



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S DAN NY. E  
POST OP FRAKTUR KRURIS DENGAN MASALAH  
KEPERAWATAN NYERI AKUT DI RUANG  
KENANGA RSUD dr. HARYOTO  
LUMAJANG TAHUN 2018**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

**Oleh**

**Aqilah Maulidiyah  
NIM 152303101078**

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



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S DAN NY. E  
POST OP FRAKTUR KRURIS 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

Aqilah Maulidiyah  
NIM 152303101078

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

## PERSEMBAHAN

Dengan mengucapkan syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, Laporan Tugas Akhir ini persembahkan untuk:

1. Kedua orang tua atas segala tetes keringat, kerja keras, kasih sayang, dukungan lahir maupun batin serta do'a yang tiada henti di setiap sholat, sujudnya setiap malam kepada saya
2. Seluruh staff, dosen, dan civitas akademika yang telah membimbing, mendidik, serta memberikan motivasi selama menjalani proses pendidikan di perguruan tinggi.
3. Almamater Fakultas Keperawatan program studi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

**MOTO**

*....Jika kita bekerja keras dengan cara-cara yang baik, niat yang baik, dan tekad yang baik, kita bisa meraih impian.\*)*

*....Step Up! Bergeraklah lagi. Jangan menyerah. Kita tidak perlu memperhitungkan usia dan kegagalan yang telah lalu. Hari ini dan hari esok disediakan Tuhan agar kita bisa merancang peluang sukses untuk hidup ke depan. Tidak pernah ada kata terlambat.\*)*

---

*\*) Endah, A. (2011). Merry Riana Mimpi Sejuta Dolar. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.*

## SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Mahasiswa : Aqilah Maulidiyah

NIM : 152303101078

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul "Asuhan Keperawatan pada Ny. S dan Ny. E *Post Op* Fraktur Kruris dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Kenanga RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018" adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi manapun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak mana pun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Lumajang, 26 Juli 2018

Yang menyatakan,



Aqilah Maulidiyah  
NIM 152303101078

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S DAN NY. E  
POST OP FRAKTUR KRURIS DENGAN MASALAH  
KEPERAWATAN NYERI AKUT DI RUANG  
KENANGA RSUD dr. HARYOTO  
LUMAJANG TAHUN 2018**

Oleh  
Aqilah Maulidiyah  
NIM 152303101078

Pembimbing :

Zainal Abidin S.Pd., M.Kes  
NIP 19800131 20080 1 007

**PENGESAHAN**

**PENGESAHAN**

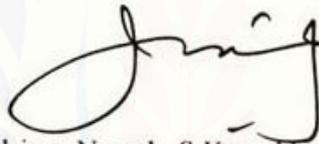
Laporan tugas akhir yang berjudul "Asuhan Keperawatan pada Ny. S dan Ny. E *Post Op* Fraktur Kruris dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Kenanga RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018" ini telah diuji dan disahkan oleh Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember pada:

Hari : Senin

Tanggal : 27 Agustus 2018

Tempat : Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Ketua Penguji,



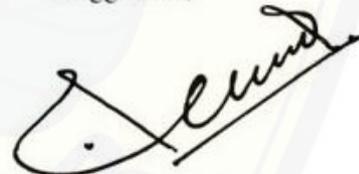
Indriana Noor I., S.Kep., Ners., M.Kep.  
NIP 197205191997032003

Anggota I,



Rizeki Dwi F., S.Kep., Ners., M.Kep.  
NRP.700017247

Anggota II,



Zainal Abidin., S.Pd., M.Kes.  
NIP 19800131200801007

Mengesahkan,  
Koordinator Prodi  
Keperawatan Universitas Jember



Nurhayati, S.Kep., Ners., MM  
NIP. 19650629 198703 2 008

## RINGKASAN

**Asuhan Keperawatan pada Ny. S dan Ny. E *Post Op* Fraktur Kruris dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Kenanga RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018;** Aqilah Maulidiyah. 152303101040; 2018; halaman: Program Studi D3 Keperawatan Unej Kampus Lumajang.

Kecelakaan lalu lintas dan kejadian alam dapat menyebabkan terjadinya fraktur terutama fraktur kruris. Fraktur kruris merupakan istilah terputusnya hubungan tulang tibia dan tulang fibula. Tindakan yang tepat dilakukan pada pasien fraktur kruris adalah tindakan pembedahan. Pembedahan akan menyebabkan nyeri pada luka insisi dan merangsang mediator kimia yang dapat meningkatkan sensitifitas reseptor nyeri dan menyebabkan rasa nyeri sehingga dapat timbul masalah keperawatan berupa nyeri akut.

Tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini adalah untuk mengeksplorasi asuhan keperawatan pada Ny. S dan Ny. E *post op* fraktur kruris dengan masalah keperawatan nyeri akut. Metode yang digunakan pada penyusunan tugas akhir ini menggunakan laporan kasus. Pengumpulan data dilakukan terhadap dua klien yang mengalami *post op* fraktur kruris dengan memenuhi kriteria partisipan, dengan teknik wawancara, observasi, dan studi dokumentasi. Intervensi keperawatan yang dilakukan kepada partisipan yang mengalami nyeri akut yang ditunjang dengan keperawatan mandiri yaitu terapi nafas dalam yang dikombinasi dengan tindakan kompres dingin di sekitar luka. Intervensi ini dilakukan 2-3 kali perhari selama 3 hari.

Dari data yang didapatkan pada pengkajian, kedua klien mengalami keluhan nyeri akibat *post operasi* (ORIF) dengan skala 6. Pada klien 1 mengeluh nyeri pada kedua kaki bagian bawah yang telah dioperasi, sedangkan pada klien 2 mengeluh nyeri pada kaki kirinya yang telah dioperasi. Masalah yang muncul pada kedua klien yaitu nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik (*prosedur bedah*). Adapun tindakan yang dilakukan untuk menangani masalah keperawatan tersebut adalah dengan melakukan teknik relaksasi nafas dalam dan kompres dingin, dimana hasil yang didapatkan yaitu nyeri pada kedua klien berkurang pada hari ketiga, pada klien 1, dari skala 6 menjadi skala 5 sedangkan pada klien 2, dari skala 6 menjadi skala 4 sehingga penulis menyimpulkan bahwa tujuan tercapai sebagian.

Dari hasil tersebut, diharapkan penulis selanjutnya mampu meningkatkan frekuensi tindakan relaksasi nafas dalam dengan disertai pendampingan oleh perawat saat tindakan. Bagi perawat diharapkan mampu memberikan proses asuhan keperawatan yang tepat seperti melakukan relaksasi, nafas dalam, dan kompres dingin. Bagi keluarga klien diharapkan keluarga mampu membantu beberapa atau semua aktivitas yang dibutuhkan oleh klien, keluarga juga harus mengetahui cara latihan teknik relaksasi nafas dalam, sehingga keluarga dapat membantu menerapkan dan memantau klien dalam melakukan teknik relaksasi nafas dalam baik di rumah sakit maupun di rumah.

## SUMMARY

**A Nursing Care on Client of Post Op Fracture Cruris under Nursing Problem of Critical Pain in Kenanga Room of RSUD dr. Haryoto Lumajang 2018; Aqilah Maulidiyah. 152303101040; 2018; pages; Diploma Program of Nursery; University of Jember Lumajang.**

Traffic accident and natural incident are able to cause fracture, particularly cruris fracture. The cruris fracture is a term to define where the connection of tibia bone and fibula bone is discontinued. The precise intervention to do for the patient is to execute surgery. This surgery is able to raise pain on the incision wound and then stimulate the chemical mediator to improve sensitivity of pain receptor and as the result it raises the pain. Further, this problem calls for the nursing problem of critical pain.

This research aims to explore the nursing problem on Mrs. Y and Mrs. E, the patient of post op cruris fracture under the nursing problem of critical pain. The method which is employed in this research is case-report, while the data collection is done to both patient who are suffering post op cruris fracture that are matched to the criteria of research participant through interview, observation, and documentation study. The nursing intervention is given to the research participants who are suffering critical pain by independent nursing, as the therapy of deep breathing which is combined with cold compress on the area of injured body. This intervention needs two or three times every day during three days.

From the research discussion, the two patients of post op cruris fracture under the nursing problem of critical pain are suffering pain because of the effect of post surgery in the scale of six. On the first client, he complains for the pain on lower leg that has been under surgical operation, whereas the second client complains for the critical pain on the left leg. Then, the problem that is emerged on both clients is critical pain which is concerned to physical injury that needs the procedure of surgical operation. As for, the intervention to treat this nursing problem is to practice the technique of deep breathing relaxation and cold compress. After performing those nursing intervention, the pain on the first client is decreased in the third day from the scale 6 to 5, while the pain on the second client is also lessened from the scale 6 to 4. In this case, the researcher is able to sum up that the purpose of nursing intervention is partly achieved.

From the research findings, the researcher recommends to the next researchers to be able to improve the frequency of intervention by taking deep breathing relaxation and nursing accompaniment during that treatment. Next, the researcher calls out for the nurse to be able to deliver good nursing care process as to give relaxation, deep breathing, and cold compress. Last, the researcher hopes for the client's family to be able to help some or all treatment activities of the client, the family have also to know the technique of deep breathing, so every member of family could implement and monitor the client to practice the technique of deep breathing relaxation in either home or hospital.

## PRAKATA

Puji syukur kepada Allah SWT, yang telah melimpahkan Rahmat dan Hidayah-Nya sehingga laporan tugas akhir ini yang berjudul **“Asuhan Keperawatan pada Ny. S dan Ny. E *Post Op* Fraktur Kruris dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Kenanga RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018”** dapat terselesaikan dengan baik.

Dalam pembuatan laporan tugas akhir ini saya menyampaikan terimakasih kepada pihak-pihak yang telah membantu baik secara langsung maupun tidak langsung sehingga laporan tugas akhir ini dapat terselesaikan tepat waktu. Adapun ucapan terimakasih, saya sampaikan kepada:

- 1) Bapak Drs. Moh. Hasan, M.Sc, Ph.D, selaku Rektor Universitas Jember.
- 2) Ibu Lantin Sulistyorini, S.Kep., Ners., M.Kes selaku Dekan Program Studi Keperawatan Universitas Jember.
- 3) Ibu Nurul Hayati, S.Kep., Ners., MM, selaku Koordinator Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang.
- 4) Bapak Zainal Abidin, S.Pd., M.Kes CBHC C.TN, selaku pembimbing KTI yang telah membimbing serta mengarahkan penulis sehingga laporan tugas akhir ini dapat selesai dengan baik.
- 5) Ibu Indriana Noor Istiqomah, S.Kep., Ners., M.Kep selaku ketua penguji dan Ibu Rizeki Dwi Fibriansari, S.Kep., Ners., M.Kep selaku penguji 2 sidang KTI yang telah memberikan bimbingan kepada penulis terkait perbaikan KTI.
- 6) Semua pihak yang secara tidak langsung telah membantu sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat selesai dengan tepat waktu.

Penulis menyadari dalam penyusunan tugas akhir karya tulis ilmiah ini masih jauh dari sempurna, untuk itu penulis sangat mengharapkan saran dan kritik yang sifatnya membangun demi perbaikan di masa mendatang.

Lumajang, 26 Juli 2018

Penulis

**DAFTAR ISI**

Halaman Judul Laporan Tugas Akhir .....	i
Halaman Judul Laporan Tugas Akhir .....	ii
Persembahan.....	iii
Motto .....	iv
Halaman Pernyataan .....	v
Halaman Persetujuan Pembimbing .....	vi
Halaman Pengesahan .....	vii
Halaman Sampul Laporan Tugas Akhir.....	viii
Ringkasan .....	ix
Summary .....	x
Prakata.....	xi
Daftar Isi.....	xiii
Daftar Tabel.....	xv
Daftar Gambar .....	xvi
Daftar Lampiran.....	xvii
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penulisan .....	4
1.4 Manfaat Penulisan .....	4
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>5</b>
2.1 Konsep Penyakit .....	5
2.1.1 Definisi Fraktur Kruris .....	5
2.1.2 Etiologi .....	5
2.1.3 Patofisiologi .....	6
2.1.4 Manifestasi Klinis .....	9
2.1.5 Klasifikasi Fraktur .....	9
2.1.6 Pemeriksaan Penunjang.....	12
2.1.7 Penatalaksanaan .....	12
2.1.8 Komplikasi .....	15
2.2 Konsep Pembedahan .....	15
2.3 Konsep Nyeri.....	21
2.3.1 Definisi Nyeri .....	21
2.3.2 Etiologi Nyeri .....	21
2.3.3 Klasifikasi Nyeri .....	22
2.3.4 Fisiologi Nyeri .....	22
2.3.5 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri.....	23
2.4 Konsep Asuhan Keperawatan .....	26
2.4.1 Pengkajian .....	26
2.4.2 Diagnosa Keperawatan.....	33
2.4.3 Intervensi Keperawatan.....	35
2.2.6 Implementasi Keperawatan .....	36

2.2.7 Evaluasi Keperawatan .....	37
<b>BAB 3 METODE PENULISAN .....</b>	<b>38</b>
3.1 Desain Penelitian .....	38
3.2 Batasan Istilah .....	38
3.2.1 Asuhan Keperawatan .....	38
3.2.2 Post Operasi .....	38
3.2.3 Fraktur Kruris .....	38
3.2.4 Nyeri Akut .....	38
3.3 Partisipan.....	39
3.4 Lokasi dan Waktu.....	40
3.4.1 Lokasi .....	40
3.4.2 Waktu .....	40
3.5 Pengumpulan Data.....	40
3.5.1 Proses .....	40
3.5.2 Teknik .....	41
3.6 Analisa Data .....	41
3.6.1 Pengumpulan Data .....	41
3.6.2 Mereduksi Data .....	41
3.6.3 Penyajian Data .....	42
3.6.4 Kesimpulan .....	42
3.7 Etika Penulisan .....	42
3.7.1 <i>Informed consent</i> .....	42
3.7.2 Tanpa Nama ( <i>Anonimity</i> ) .....	42
3.7.3 Kerahasiaan ( <i>Confidentiality</i> ).....	42
<b>BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>43</b>
4.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data .....	43
4.2 Pengkajian .....	43
4.2.1 Pengumpulan Data .....	43
4.3 Diagnosa Keperawatan .....	65
4.4 Intervensi Keperawatan .....	66
4.5 Implementasi Keperawatan.....	69
4.6 Evaluasi Keperawatan.....	78
<b>BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>83</b>
5.1 Kesimpulan .....	83
5.1.1 Pengkajian Keperawatan .....	83
5.1.2 Diagnosa Keperawatan.....	83
5.1.3 Intervensi Keperawatan.....	83
5.1.4 Implementasi Keperawatan .....	83
5.1.5 Evaluasi Keperawatan.....	84
5.2 Saran .....	84
5.2.1 Bagi Perawat.....	84
5.2.2 Bagi Keluarga .....	84
5.2.3 Bagi Penulis Selanjutnya .....	84

**DAFTAR PUSTAKA** ..... 85

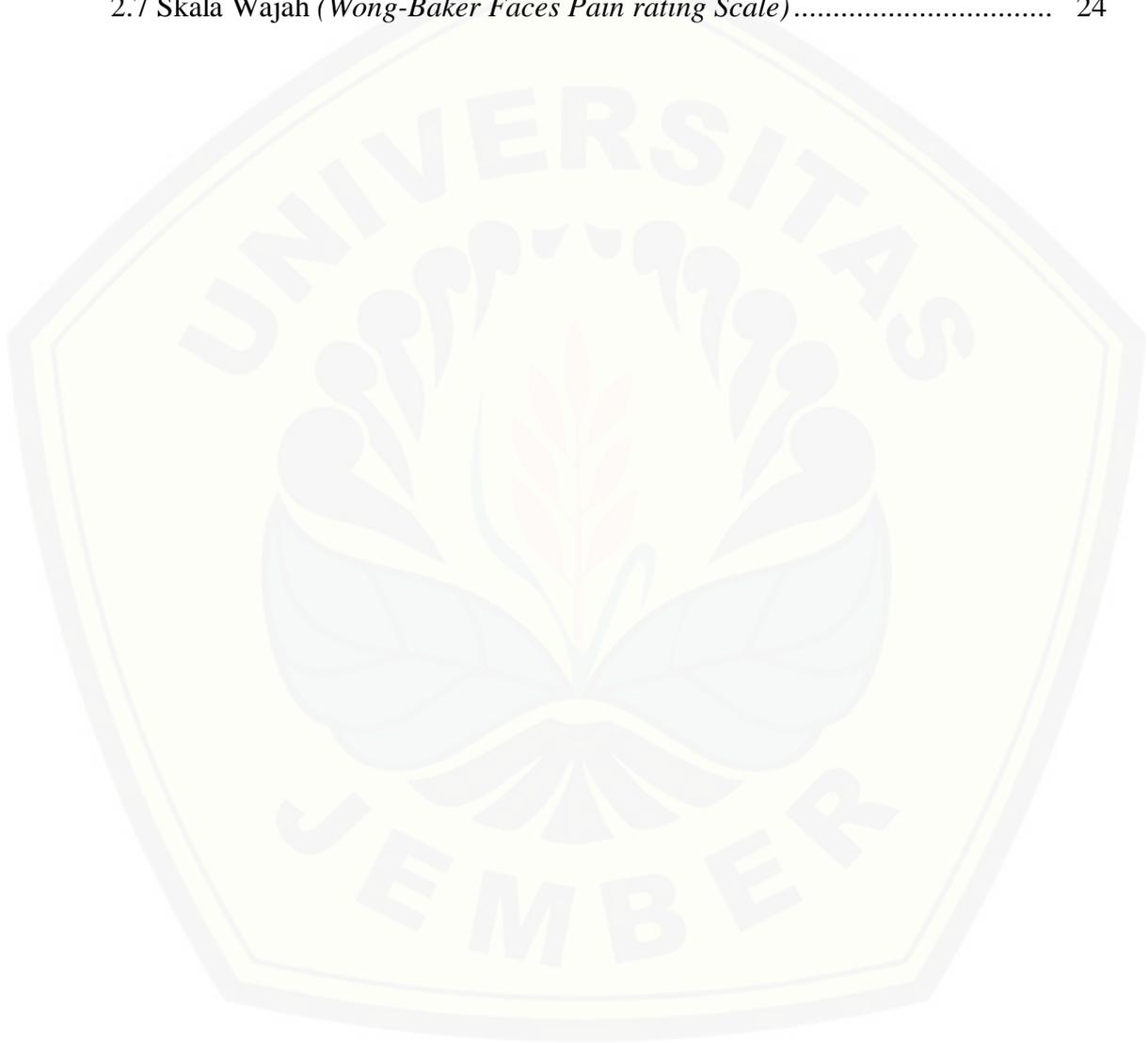


**DAFTAR TABEL**

2.1	Derajat Patah Tulang Terbuka.....	11
2.2	Intervensi keperawatan .....	35
4.1	Identitas Klien .....	43
4.2	Riwayat Penyakit .....	44
4.3	Pola Persepsi dan Tata Laksana Kesehatan .....	46
4.4	Pola Nutrisi dan Metabolik .....	47
4.5	Pola Eliminasi.....	48
4.6	Pola Tidur dan Aktivitas/Istirahat.....	49
4.7	Pola Sensori dan Pengetahuan.....	50
4.8	Pola Hubungan Interpersonal dan Peran, .....	51
4.9	Pemeriksaan Fisik Keadaan Umum.....	54
4.10	Pemeriksaan Fisik Kepala sampai Leher .....	55
4.11	Pemeriksaan Fisik Sistem Integumen .....	56
4.12	Pemeriksaan Fisik Sistem Pernapasan .....	57
4.13	Pemeriksaan Fisik Sistem Kardiovaskuler.....	57
4.14	Pemeriksaan Fisik Sistem Pencernaan.....	58
4.15	Pemeriksaan Fisik Sistem Musukuloskeletal dan Neurologi .....	58
4.16	Pemeriksaan Fisik Sistem Endokrin dan Genitourinari .....	60
4.17	Pemeriksaan Laboratorium .....	61
4.18	Terapi Obat.....	62
4.19	Analisa Data .....	63
4.20	Batasan karakteristik.....	64
4.21	Diagnosa Keperawatan .....	65
4.22	Intervensi Keperawatan.....	66
4.23	Implementasi Keperawatan Klien 1.....	69
4.24	Implementasi Keperawatan Klien 2.....	71
4.25	Evaluasi Keperawatan Hari ke 1 .....	78
4.27	Evaluasi Keperawatan Hari ke 2 .....	79
4.28	Evaluasi Keperawatan Hari ke 3 .....	80

**DAFTAR GAMBAR**

2.1 Bagan Pathway Fraktur .....	7
2.2 Fraktur Terbuka dan Fraktur Tertutup .....	8
2.3 Fraktur Inkomplet .....	10
2.4 Fraktur Transversal, Fraktur Oblik, dan Fraktur Spiral .....	10
2.5 Fraktur Kominutif, Fraktur Segmental, dan Fraktur Multipel .....	11
2.6 Fraktur Undisplaced dan Fraktur Displaced .....	11
2.7 Skala Wajah ( <i>Wong-Baker Faces Pain rating Scale</i> ).....	24



**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 3.1 Jadwal Penyelenggaraan Laporan Tugas Akhir.....	90
Lampiran 3.2 <i>Informed Consent</i> Klien 1.....	91
Lampiran 3.3 <i>Informed Consent</i> Klien 2 .....	92
Lampiran 3.4 Surat Ijin Penulisan Karya Tulis Ilmiah .....	93
Lampiran 3.5 Surat Kepala Ruang Kenanga .....	95
Lampiran 4.1 Analisa data lain yang muncul.....	96
Lampiran 4.2 Diagnosa keperawatan lain yang muncul .....	97
Lampiran 4.3 Intervensi data lain yang muncul .....	98
Lampiran 4.4 Implementasi Masalah Keperawatan Lain Yang Muncul Pada Klien 1 .....	100
Lampiran 4.5 Implementasi Masalah Keperawatan Lain Yang Muncul Pada Klien 2 .....	102
Lampiran 4.6 Evaluasi Masalah Keperawatan Lain Klien 1 dan 2 .....	104
Lampiran 4.7 SAP Teknik Napas Dalam .....	107
Lampiran 4.8 Prosedur Teknik Nafas Dalam.....	112
Lampiran 7 Leflet Teknik Napas Dalam.....	114

## BAB I PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Fraktur merupakan masalah yang akhir-akhir ini banyak menyita perhatian masyarakat, karena banyak terjadi kecelakaan lalu lintas maupun kecelakaan akibat kejadian alam yang sebagian korbannya mengalami fraktur sehingga dapat menyebabkan kecacatan (Holiluddin, 2014). Tingkat dan keparahan manifestasi klinis tergantung dari jenis fraktur dan area terjadinya fraktur, salah satunya manifestasi fraktur tibia dan fibula (kruris) sering terjadi dalam kaitan satu sama lain berupa nyeri, deformitas, hematoma yang jelas dan edema yang berat (Ropyanto, 2011). Jika fraktur tidak diberikan penatalaksanaan yang tepat, maka klien akan mengalami komplikasi bahkan dapat pula mengancam kehidupan (Aryani, 2011). Komplikasi yang dapat timbul dari fraktur misalnya, infeksi fraktur terbuka, cedera vaskular, sindroma kompartemen, malunion, angulasi ke belakang, penyatuan lambat, non-union, kekakuan sendi, osteoporosis, dan algodistrofi (Apley & Solomon, 2013).

Diantara korban-korban kecelakaan dengan fraktur tungkai bawah harus menjalani penanganan dengan pembedahan (Nugroho, 2009), tindakan pembedahan dilakukan untuk reduksi dan stabilisasi dengan eksternal fiksasi serta memperbaiki kerusakan pada vaskuler, jaringan lunak, saraf, otot dan tendon (Ropyanto, 2011) dengan konsekuensi didapatkan efek nyeri pasca bedah (Nugroho, 2009). Nyeri tidak hanya dapat menimbulkan perasaan menderita, tetapi juga reaksi stress yang dapat menghambat proses penyembuhan. Respon tubuh terhadap nyeri pasca pembedahan tidak hanya menurunkan metabolisme berbagai jaringan di tubuh, tetapi juga menyebabkan koagulasi darah meningkat, retensi cairan, gangguan tidur, waktu pemulihan yang memanjang, terhambatnya ambulasi dini, penurunan fungsi sistem, terhambatnya discharge planning hingga dampak ke perilaku (Novita, 2012). Penanggulangan nyeri akut pasca operasi masih belum optimal, sekitar 80% penderita mengeluhkan masih merasakan nyeri sedang sampai berat pasca operasi dan disertai hiperalgesia (Nugroho, 2009).

Menurut *World Health Organization* (WHO) dalam Permana, Nurchayati, & Herlina, (2015) terdapat sebanyak 1,24 juta korban meninggal tiap tahunnya di seluruh dunia akibat kecelakaan lalu lintas. Di Indonesia pada tahun 2010 telah terjadi 31.234 kematian akibat kecelakaan lalu lintas (Permana, Nurchayati, & Herlina, 2015). Kecelakaan memiliki prevalensi cukup tinggi yaitu insiden fraktur ekstremitas bawah sekitar 40% menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia tahun 2011 dalam Saputro, (2016). Sedangkan di provinsi Jawa Timur, pada tahun 2013 terdapat beberapa jenis cedera, misalnya lecet/memar 68%, luka robek 22,7%, patah tulang 6%, anggota tubuh terputus 0,3% (Trihono, 2013). Berdasarkan data dari RSUD dr.Haryoto Lumajang dari bulan Januari-Desember 2015 tercatat sebanyak 65 kasus yang mengalami Fraktur Kruris, dan pada bulan Januari-Desember 2016 tercatat 56 kasus yang mengalami Fraktur Kruris.

Fraktur paling sering disebabkan oleh trauma. Hantaman yang keras akibat kecelakaan yang mengenai tulang akan mengakibatkan tulang menjadi patah dan fragmen tulang tidak beraturan atau terjadi discontinuitas di tulang tersebut. Pada fraktur tibia dan fibula lebih sering terjadi dibanding fraktur batang tulang panjang lainnya karena periost yang melapisi tibia agak tipis, terutama pada daerah depan yang hanya dilapisi kulit (Holiluddin, 2014). Tindakan yang tepat dilakukan pada pasien fraktur kruris adalah tindakan pembedahan.

Pembedahan atau operasi adalah semua tindakan pengobatan yang menggunakan cara invasif dengan membuka atau menampilkan bagian tubuh yang akan ditangani dan pada umumnya dilakukan dengan membuat sayatan serta diakhiri dengan penutupan dan penjahitan luka (Rampengan, Rondonuwu, & Onibala, 2013). Tindakan pembedahan berfungsi untuk mengoptimalkan fungsi tulang yang mengalami kerusakan akibat fraktur (Saputra, 2015). Penatalaksanaan pembedahan pada pasien dengan post operasi fraktur kruris di antaranya bisa dilakukan tindakan dengan Fiksasi Internal atau ORIF (*Open Reduction Internal Fixation*), fiksasi Internal digunakan untuk reduksi terbuka dengan menggunakan pemasangan implant dan Fiksasi Eksternal OREF (*Open Reduction External Fixation*), fiksasi eksternal digunakan untuk mengobati fraktur terbuka dengan kerusakan jaringan lunak (Pramono, 2013). Pemulihan pasien post operasi membutuhkan waktu rata-rata 72,45 menit, sehingga pasien akan merasakan nyeri

yang hebat rata-rata pada dua jam pertama sesudah operasi karena pengaruh obat anastesi sudah hilang, dan pasien sudah keluar dari kamar sadar (Nurdin, Kiling, & Rottie, 2013). Area insisi mungkin menjadi satu-satunya sumber nyeri. Balutan atau gips yang ketat dan regangan otot akibat posisi ketika klien berada di atas meja operasi menyebabkan klien merasa tidak nyaman. Secara signifikan nyeri dapat memperlambat pemulihan. (Saputra, 2015). Pembedahan akan menyebabkan nyeri pada luka insisi dan merangsang mediator kimia seperti *prostaglandin, histamin, bradikinin, dan asetilkolin* yang meningkatkan sensitifitas reseptor nyeri dan menyebabkan rasa nyeri (Ghassani, 2016). Pada saat terjadi pelepasan mediator kimia seperti bradikinin dan prostaglandin yang akan merangsang saraf simpatis sehingga menyebabkan saraf simpatis mengalami vasokonstriksi yang akhirnya meningkatkan tonus otot yang menimbulkan berbagai efek spasme otot yang akhirnya menekan pembuluh darah. Mengurangi aliran darah dan meningkatkan kecepatan metabolisme otot yang menimbulkan pengiriman impuls nyeri dari medulla spinalis ke otak dan dipersepsikan sebagai nyeri (Saputra, 2016).

Penatalaksanaan medis pada pasien *post op* fraktur kruris salah satunya adalah dengan melakukan rawat luka steril. Selain itu, untuk meminimalisir nyeri yang timbul akibat *post op*, diperlukan tindakan manajemen nyeri keperawatan, seperti mengatur posisi dan imobilisasi ekstremitas yang mengalami nyeri, mengistirahatkan pasien, teknik distraksi, dan teknik relaksasi (Muttaqin, 2008). Teknik relaksasi merupakan metode yang dapat dilakukan pada pasien yang mengalami nyeri, terutama pada pasien post operasi yang seringkali mengalami nyeri hebat meskipun tersedia obat-obat analgesik yang efektif, namun nyeri pasca bedah tidak dapat di atasi dengan baik, sekitar 50% pasien tetap mengalami nyeri sehingga dapat mengganggu kenyamanan pasien (Nurdin, dkk, 2013). Dalam penelitian yang dilakukan oleh Saputra, (2016) menyatakan bahwa teknik relaksasi nafas dalam sangat efektif dalam menurunkan nyeri post operasi.

Berdasarkan uraian di atas penulis tertarik untuk menulis judul laporan kasus “Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Dan Ny. E *Post Op* Fraktur Kruris Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di Ruang Kenanga RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018”.

## 1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada sub bab latar belakang maka penulis merumuskan masalah sebagai berikut "Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Dan Ny. E *Post Op* Fraktur Kruris Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di Ruang Kenanga RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018?"

## 1.3 Tujuan Penelitian

Mengeksplorasi Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Dan Ny. E *Post Op* Fraktur Kruris Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di Ruang Kenanga RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018.

## 1.4 Manfaat Penulisan

### 1.4.1 Bagi Penulis

Memberikan wawasan dan pemahaman pada penulis dalam menyusun dan mengaplikasikan penatalaksanaan asuhan keperawatan pada klien post op fraktur kruris dengan masalah keperawatan nyeri akut.

### 1.4.2 RSUD dr. Haryoto Lumajang

Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan pedoman bagi tempat pelayanan untuk meningkatkan mutu pelayanan, sebagai bahan masukan intervensi (NIC), kriteria hasil (NOC), dan evaluasi pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien post op fraktur kruris dengan masalah keperawatan nyeri akut.

### 1.4.3 Keluarga dan pasien

Penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan kualitas hidup pasien post op fraktur kruris dengan masalah keperawatan nyeri akut dan memberikan informasi pada keluarga pasien terhadap tindakan keperawatan pada pasien post op fraktur kruris dengan masalah keperawatan nyeri akut supaya dapat diterapkan ketika pasien pulang.

## BAB 2 TINJAUAN TEORI

### 2.1 Konsep Fraktur Kruris

#### 2.1.1 Pengertian

Fraktur adalah terputusnya kontinuitas tulang, retak atau patahnya tulang yang utuh, yang biasanya disebabkan oleh trauma/rudapaksa atau tenaga fisik yang ditentukan jenis dan luasnya trauma (Lukman & Ningsih, 2009).

Fraktur adalah suatu patahan pada kontinuitas struktur tulang. Patahan yang mungkin tak lebih dari suatu retakan, suatu pengisutan atau perimpilan korteks, biasanya patahan itu lengkap dan fragmen tulang bergeser (Apley & Solomon, 2013).

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

Fraktur Kruris adalah terputusnya hubungan tulang tibia dan fibula. Secara klinis bisa berupa fraktur terbuka bila disertai kerusakan pada jaringan lunak (otot, kulit, jaringan saraf, pembuluh darah) sehingga memungkinkan terjadinya hubungan antara fragmen tulang yang patah dengan udara luar dan fraktur tertutup (Noor, 2016).

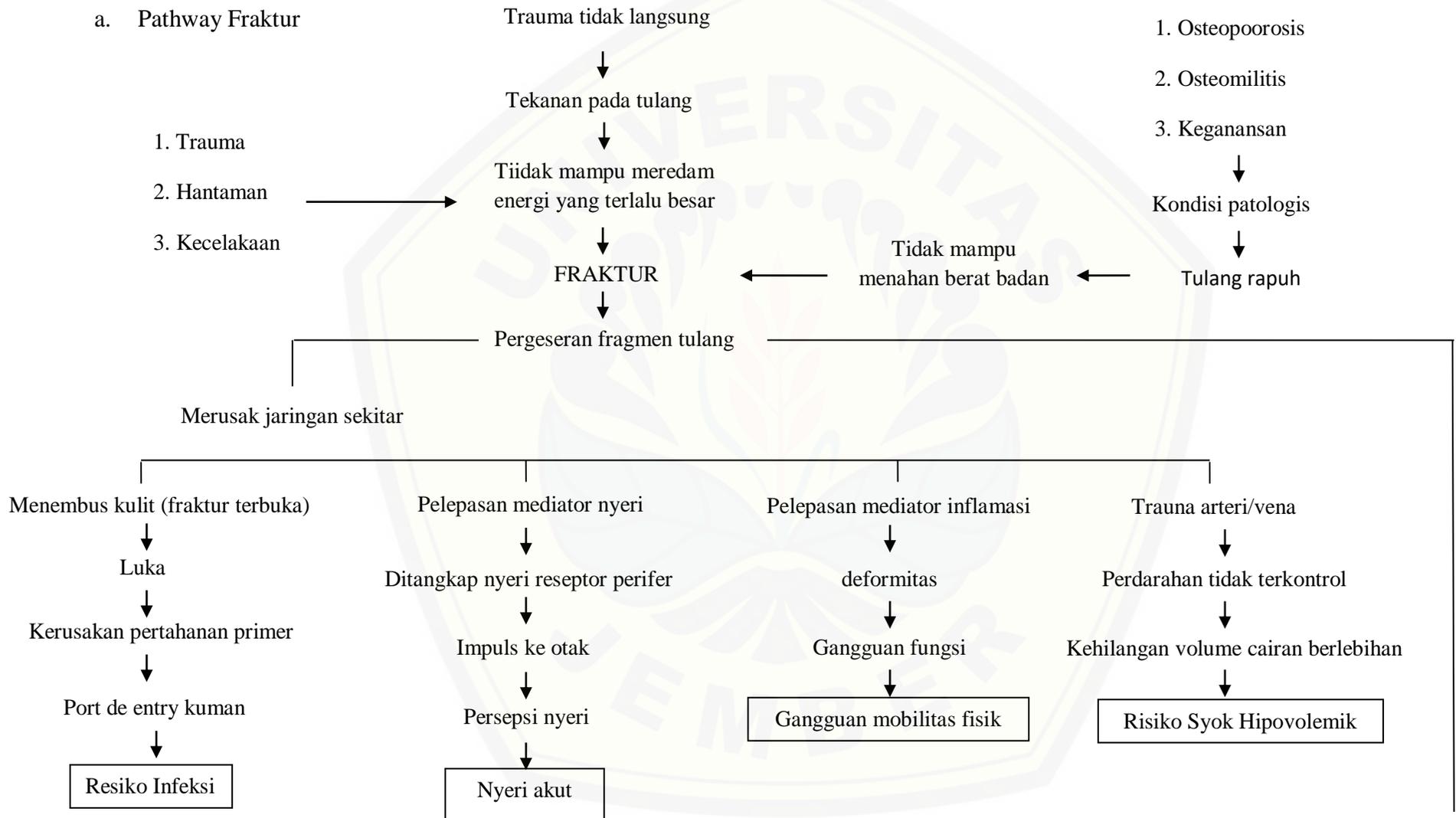
#### 2.1.2 Etiologi

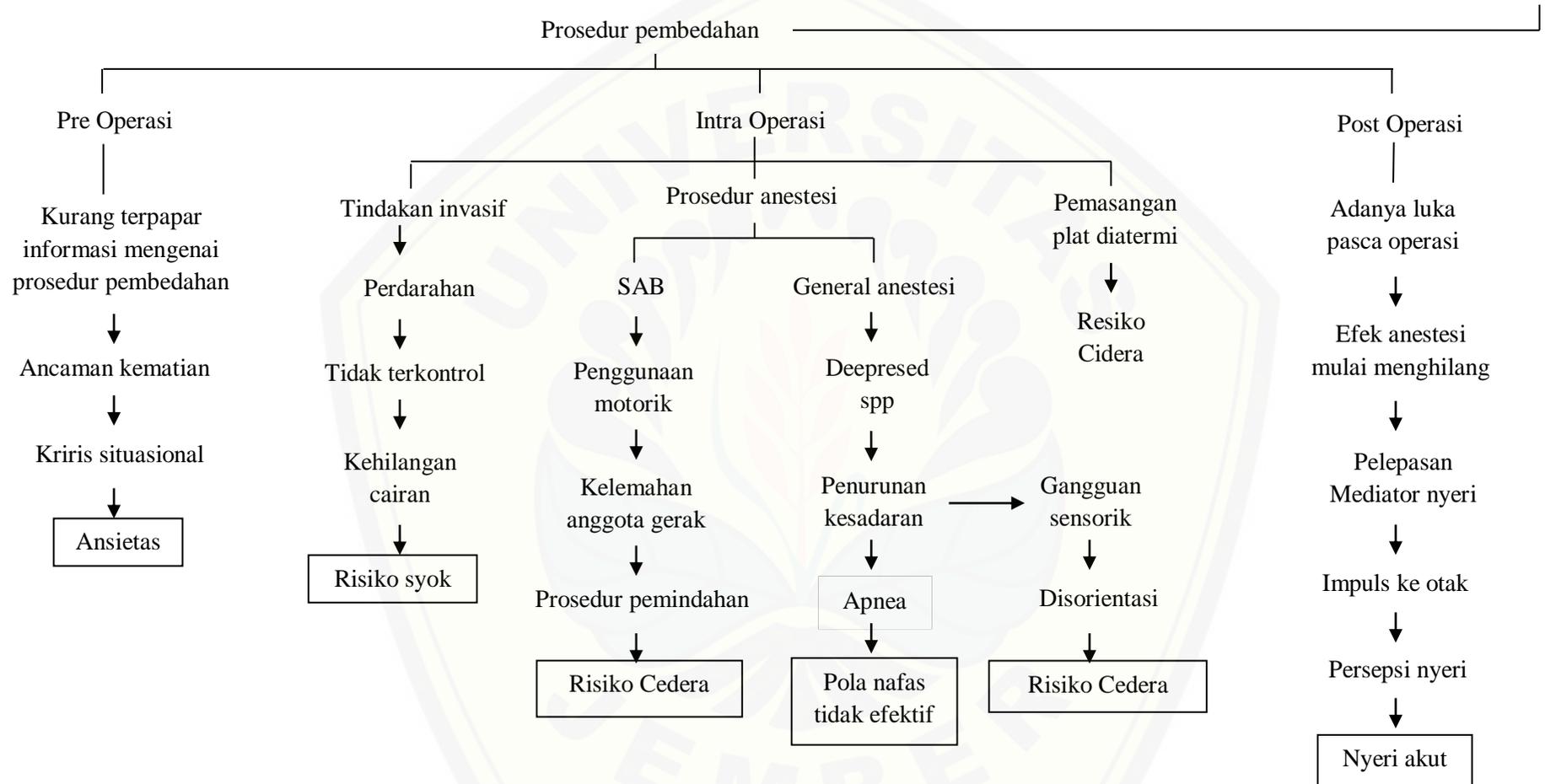
Penyebab utama terjadinya fraktur adalah kecelakaan lalu lintas. Fraktur juga dapat disebabkan oleh mekanisme trauma, baik trauma langsung maupun trauma tidak langsung (Muttaqin, 2008). Adapun penyebab lain terjadinya fraktur yaitu: peristiwa trauma tunggal, tekanan yang berulang-ulang, dan kelemahan abnormal pada tulang (Akbar, 2015). Sedangkan menurut Yasmara, dkk, (2016) etiologi fraktur yaitu traumatik (cedera langsung, cedera tidak langsung, dan tarikan otot) dan patologis (tumor tulang jinak atau ganas, infeksi seperti osteomyelitis, rakhitis).

### 2.1.3 Patofisiologi

Kerusakan pembuluh darah pada mengakibatkan perdarahan sehingga volume darah menurun dan terjadi perubahan perfusi jaringan. Hematoma yang terjadi mengeksudasi plasma dan berpoliferasi menjadi edema lokal sehingga terjadi penumpukan di dalam tubuh. Fraktur terbuka atau tertutup mengenai serabut saraf yang dapat menimbulkan gangguan rasa nyaman nyeri. Setelah terjadi fraktur, periosteum dan pembuluh darah serta saraf dalam korteks, sumsum, dan jaringan lunak yang membungkus tulang rusak. Perdarahan terjadi karena kerusakan tersebut dan terbentuk hematoma di rongga medula tulang. Jaringan tulang segera berdekatan ke bagian tulang yang patah. Jaringan yang mengalami nekrosis ini menstimulasi terjadinya respon inflamasi yang ditandai dengan vasodilatasi, eksudasi plasma dan leukosit, dan infiltrasi sel darah putih. Kejadian ini merupakan dasar dari proses penyembuhan tulang nantinya (Yasmara, dkk, 2016).

## a. Pathway Fraktur





Gambar 2.1 Pathway Fraktur (Akbar, 2014)

#### 2.1.4 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis fraktur menurut Yasmara, dkk (2016) sebagai berikut:

- a. Deformitas, yaitu fragmen tulang berpindah dari tempatnya.
- b. Bengkak, yaitu edema muncul secara cepat dari lokasi dan ekstrasvasasi darah terjadi dalam jaringan yang berdekatan dengan fraktur.
- c. Ekimosis.
- d. Spasme otot, yaitu spasme involunter dekat fraktur.
- e. Nyeri tekan.
- f. Nyeri.
- g. Kehilangan sensasi (mati rasa, mungkin terjadi akibat kerusakan saraf/perdarahan).
- h. Pergerakan abnormal.
- i. Hilangnya darah.
- j. Krepitasi

#### 2.1.5 Klasifikasi Fraktur

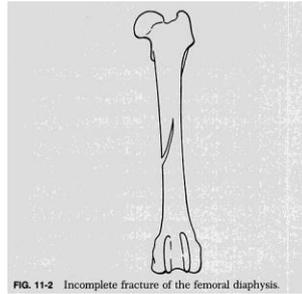
Klasifikasi fraktur menurut Yasmara, dkk (2016) dibagi menjadi beberapa kelompok antara lain:

- a. Berdasarkan sifat fraktur (luka yang ditimbulkan):
  - 1) Fraktur tertutup
  - 2) Fraktur Terbuka



Gambar 2.2 Fraktur Terbuka dan Fraktur Tertutup (Helmi, 2012)

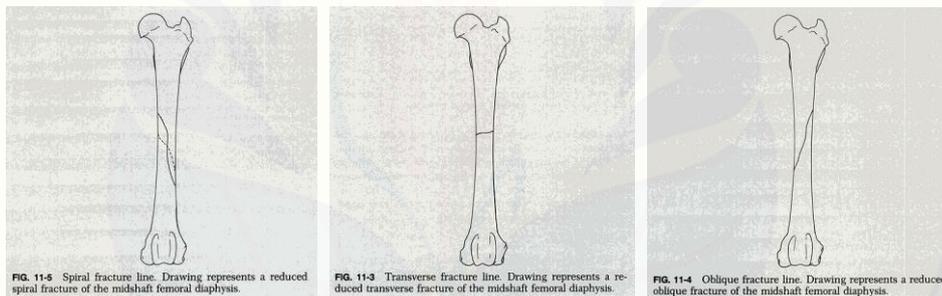
- b. Berdasarkan komplet atau tidakkompletan fraktur:
  - 1) Fraktur komplet, jika garis patah melalui seluruh penampang tulang atau melalui kedua korteks tulang.
  - 2) Fraktur inkomplet, jika garis patah tidak melalui seluruh penampang tulang.



Gambar 2.3 Fraktur Inkomplet (Helmi, 2012)

c. Berdasarkan bentuk garis patah dan hubungannya dengan mekanisme trauma:

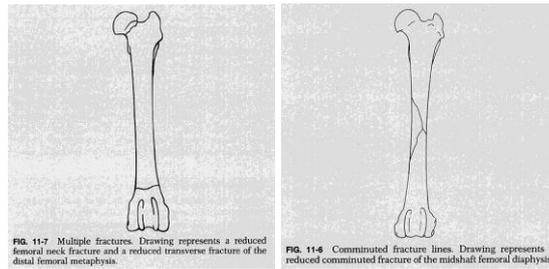
- 1) Fraktur transversal: fraktur yang arah garis patahnya melintang pada tulang dan terjadi akibat trauma angulasi atau langsung.
- 2) Fraktur oblik: fraktur yang arah garis patahnya membentuk sudut terhadap sumbu tulang terjadi akibat trauma angulasi juga.
- 3) Fraktur spiral: fraktur yang arah garis patahnya berbentuk spiral dan disebabkan oleh trauma rotasi.



Gambar 2.4 Fraktur Transversal, Fraktur Oblik, dan Fraktur Spiral (Helmi, 2012)

d. Berdasarkan jumlah garis patah:

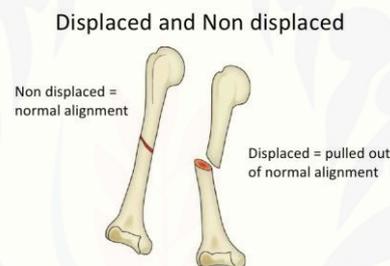
- 1) Fraktur kominutif: garis patah lebih dari satu dan saling berhubungan.
- 2) Fraktur segmental: garis patah lebih dari satu, tetapi tidak berhubungan. Jika ada dua garis patah, disebut fraktur bifokal.
- 3) Fraktur multipel: garis patah lebih dari satu, tetapi pada tulang yang berlainan tempatnya, misalnya fraktur femur dan fraktur tulang belakang.



Gambar 2.5 Fraktur Kominutif, Fraktur Segmental, dan Fraktur Multipel (Helmi, 2012)

e. Berdasarkan bergeser atau tidak bergeser:

- 1) Fraktur *undisplaced* (tidak bergeser), garis patah komplet, tetapi kedua fragmen tidak bergeser, periosteumnya masih utuh.
- 2) Fraktur *displaced* (bergeser), terjadi pergeseran fragmen yang disebut juga lokasi fragmen.



Gambar 2.6 Fraktur Undisplaced dan Fraktur Displaced (Helmi, 2012)

Tabel 2.1 Derajat Patah Tulang Terbuka menurut Ningsih & Lukman, (2012)

Derajat	Luka	Fraktur
I	Laserasi < 2 cm	Sederhana
	Laserasi < 1 cm, dengan luka bersih	Dislokasi
		Fragmen minimal
II	Laserasi > 2 cm, konstusi otot disekitarnya	Dislokasi Fragmen jelas
III	Luka lebar Rusak hebat atau hilangnya jaringan disekitarnya, terkontaminasi	Komunitif Segmental Fragmen tulang ada yang hilang

### 2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang menurut Lukman & Ningsih, (2012):

- a. Pemeriksaan Rontgen: menentukan lokasi/luasnya fraktur, dan jenis fraktur.
- b. Scan tulang, tomogram, CT Scan/MRI: memperlihatkan tingkat keparahan fraktur, juga dapat untuk mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak.

- c. Arteriogram: dilakukan bila dicurigai adanya kerusakan vaskular.
- d. Hitung darah lengkap: Ht mungkin meningkat (hemokonsentrasi) atau menurun (perdarahan bermakna pada sisi fraktur atau organ jauh pada multipel trauma). Peningkatan jumlah SDP adalah stres normal setelah trauma.
- e. Kreatinin: trauma otot meningkatkan beban kreatinin untuk klirens ginjal.
- f. Profil koagulasi: perubahan dapat terjadi pada kehilangan darah, transfusi multipel atau cedera hati.

#### 2.1.7 Penatalaksanaan

##### a. Penatalaksanaan kedaruratan

Menurut Helmi, (2012) penatalaksanaan kedaruratan fraktur Kruris terbagi menjadi dua yaitu :

##### 1) Survei dan resusitasi primer

setiap penderita yang memiliki riwayat trauma pada tulang tibia-fibula dilakukan survei secara menyeluruh untuk mendeteksi adanya trauma multipel. Survei primer termasuk mengevaluasi dan resusitasi ABCDE serta perubahan GCS, untuk mendeteksi adanya trauma kepala. Penyelamatan jiwa penderita lebih utama sebelum memberikan intervensi pada cedera trauma kruris. Berikut adalah beberapa intervensi prarumah sakit pada cedera kruris:

##### a) Lakukan pengelolaan standar

(1) Periksa ABCDE dan berikan terapi pada keadaan yang mengancam nyawa terlebih dahulu, hal tersebut dapat dimulai sebelum pemeriksaan selesai.

(2) Periksa dan dokumentasikan keadaan neurovaskuler sebelum melakukan intervensi, termasuk memasang bidai. Periksa pulsasi perdarahan eksternal yang harus dihentikan, sensoris serta motorik dari ekstremitas.

##### b) Monitoring ketat TTV, GCS, dan akses vena

Monitoring ketat TTV, tingkat kesadaran, dan pemberian cairan melalui akses vena dilakukan selama prosedur transportasi ke rumah sakit.

##### c) Observasi dan resusitasi neurovaskuler

(1) Luka pada fraktur kruris terbuka ditutup dengan kasa steril tebal kemudian difiksasi untuk mencegah perdarahan lebih lanjut. Apabila luka terkontaminasi,

maka lakukan irigasi menggunakan cairan normal salin untuk membuang material besar yang berada pada permukaan luka.

(2) Periksa adanya tanda sindrom kompartemen (terutama pada fraktur dekat persendian lutut atau pergelangan kaki).

d) Pengelolaan respon nyeri

Pengelolaan penurunan nyeri dapat dilakukan dengan pengaturan posisi dan imobilisasi disertai traksi, pemberian analgesik, dan dukungan psikologis. Pengaturan posisi dan imobilisasi dilakukan sesuai area fraktur, kemudian lakukan pembidaian pada kondisi fraktur kruris lebih optimal.

e) Apabila tersedia, lakukan traksi splint.

Jangan dilakukan pemasangan traksi splint apabila terdapat tanda sindrom kompartemen.

2) Survei Sekunder

a) Anamnesis

Temukan adanya riwayat trauma pada tulang kruris pada fase awal anamnesis. Penderita mengeluh nyeri yang sangat hebat dan kesulitan dalam menggerakkan ekstremitas bawah pada sisi yang terkena. Anamnesis menggunakan pertanyaan AMPLE, meliputi: A (alergi), M (medikasi/obat-obatan), P (penyakit sebelumnya yang diderita), L (last meal/ terakhir makan jam berapa), dan E (events, yaitu hal-hal yang bersangkutan dengan sebab dari cedera).

b) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik umum secara menyeluruh pada survei sekunder dilakukan dengan pemeriksaan fisik *head to toe*, dengan cara inspeksi, auskultasi, palpasi, dan perkusi. Pemeriksaan keadaan umum, TTV, serta adanya defisit neurologis dilakukan pada fase awal kejadian trauma.

c) Pemeriksaan diagnostik

Pemeriksaan radiologi foto polos dapat dilakukan untuk mendeteksi adanya kelainan pada tulang kruris.

d) Penatalaksanaan medis

Berikut ini beberapa intervensi yang dilakukan di bagian gawat darurat :

(1) Pemberian analgesik yang tepat dalam manajemen nyeri harus segera diberikan

- (2) Profilaksis antibiotik dan pemberian ATS (antitetanus serum).
- (3) Intervensi fasciotomi pada manajemen sindrom kompartemen.
- (4) Transfusi darah.
- (5) Radiografi harus segera dilakukan untuk mendeteksi patologi.
- (6) Konsultasi ortopedi untuk intervensi reduksi terbuka.

b. Penatalaksanaan Pembedahan

1) Reduksi tertutup dengan fiksasi eksternal atau fiksasi perkutan dengan *K-Wire*. Setelah dilakukan reduksi tertutup pada fraktur yang bersifat tidak stabil, reduksi dapat dipertahankan dengan memasukkan *K-Wire* perkutan, misalnya pada fraktur jari (Muttaqin, 2008).

2) Reduksi terbuka dan fiksasi internal atau fiksasi eksternal tulang. Perawat perlu mengenal tindakan medis operasi reduksi terbuka, baik fiksasi internal/ORIF (*Open Reduction Internal Fixation*) maupun fiksasi eksternal/OREF (*Open Reduction Eksterna Fixation*) karena asuhan keperawatan yang diperlukan berbeda. Implikasi keperawatan yang perlu dikenal perawat setelah operasi adalah adanya nyeri dan resiko infeksi yang merupakan masalah utama (Muttaqin, 2008).

3) Reduksi terbuka dengan fiksasi eksternal (OREF). Fiksasi eksternal digunakan untuk mengobati fraktur terbuka dengan kerusakan jaringan lunak. Alat ini memberikan dukungan yang stabil untuk fraktur kominutif (hancur atau remuk). Pin yang telah terpasang dijaga agar tetap posisinya, kemudian dikaitkan dengan kerangkanya (Muttaqin, 2008).

a) Perawatan luka steril dilakukan perawat setiap hari untuk mencegah timbulnya infeksi karena adanya benda asing dari luar masuk ke dalam tubuh. Setiap tempat pemasangan pin perlu dikaji mengenai adanya kemerahan, keluhan nyeri tekan, nyeri pada daerah sekitar tusukan fiksasi eksternal, dan longgarnya pin (Muttaqin, 2008).

4) Eksisi fragmen tulang dan penggantian dengan prosthesis. Pada fraktur leher femur dan sendi siku orang tua, biasanya terjadi nekrosis avascular dari fragmen atau *non-union*. Oleh karena itu, dilakukan pemasangan prosthesis, yaitu alat dengan komposisi metal tertentu untuk menggantikan bagian yang nekrosis (Muttaqin, 2008).

### 2.1.8 Komplikasi

Komplikasi yang dapat timbul dari fraktur yaitu :

- a. komplikasi awal, yaitu kerusakan arteri, sindrom kompartemen, *fat embolism syndrome*, infeksi, syok, dan nekrosis avaskular.
- b. komplikasi dalam waktu lama, seperti :
  - 1) *Delayed union* adalah kegagalan fraktur berkonsolidasi sesuai dengan waktu yang dibutuhkan tulang untuk menyambung.
  - 2) *Nonunion* adalah kegagalan fraktur berkonsolidasi dan memproduksi sambungan yang lengkap, kuat, dan stabil setelah 6-9 bulan.
  - 3) *Malunion* adalah penyembuhan tulang yang ditandai dengan peningkatan kekuatan dan perubahan bentuk (deformitas). *Malunion* diperbaiki dengan pembedahan dan reimobilisasi yang baik (Yasmara, Nursiswati, & Arafat, 2016)

## 2.2 Konsep Pembedahan

### 2.2.1 Preoperatif Ortopedi

Umumnya individu yang akan dioperasi akan mengalami beragam ketakutan, rasa ketidakberdayaan, ketakutan akan masa depan yang harus dilalui dan ketakutan akan kematian yang muncul ketika klien berhadapan dengan persiapan operasi. Periode preoperasi adalah waktu untuk menghilangkan ketakutan klien dengan mempersiapkan mental dan fisik untuk menjalani operasi. Fase preoperasi dimulai ketika klien pertama kali mempertimbangkan dan diakhiri ketika masuk ke dalam ruang operasi (Lukman & Ningsih, 2009).

Fase preoperatif dimulai saat keputusan untuk intervensi bedah dibuat dan berakhir pada waktu pasien dipindahkan ke meja kamar bedah. Lingkup aktivitas keperawatan yang termasuk di dalamnya dapat menjadi sama luasnya seperti saat memulai pengkajian pasien di klinik atau di rumah melalui wawancara preoperatif atau menjadi sangat terbatas seperti saat melakukan pengkajian preoperatif di *area holding* di kamar bedah (Maryunani, 2015).

Fokus pengkajian menurut Lukman & Ningsih, (2009) dipusatkan pada hidrasi, riwayat pengobatan terbaru, dan kemungkinan adanya infeksi :

a. Hidrasi

Hidrasi yang adekuat merupakan sasaran yang sangat penting pada klien ortopedi. imobilisasi dan tirah baring dapat menyebabkan trombosis vena dalam, stasis dan infeksi kandung kemih yang dapat mengakibatkan pembentukan batu. Hidrasi yang adekuat menurunkan kekentalan darah dan memperbaiki aliran kemih dan membantu mencegah terjadinya tromboflebitis dan masalah saluran kemih. Untuk menentukan hidrasi preoperatif, harus dikaji kulit, tanda vital, keluaran urine, dan hasil pemeriksaan laboratorium untuk membuktikan adanya dehidrasi.

b. Riwayat pengobatan

Riwayat pengobatan obat dapat memberikan informasi untuk penanganan perioperatif. Terapi steroid, baik yang baru maupun di masa lalu, dapat memperburuk kemampuan tubuh menghadapi stres operasi. Kortikosteroid perlu diberikan preoperatif, intra operatif, dan pasca operatif agar kadar kortikosteroid darah adekuat dan mencegah terjadinya insufisiensi adrenal karena supresi fungsi adrenal. Penggunaan obat-obatan yang lain seperti antikoagulan, obat kardiovaskular atau insulin, perlu dicatat dan dibahas bersama ahli bedah dan ahli anesthesiologi agar penanganannya adekuat.

c. Infeksi

Tanyakan apakah klien mengalami demam, masalah gigi, ISK, dan infeksi lain dalam dua minggu sebelum operasi. Disabilitas permanen dapat terjadi akibat infeksi yang terjadi dalam tulang dan sendi. Infeksi yang kebetulan ada juga harus diobati sebelum dilakukan pembedahan ortopedi terencana. Daerah pengkajian operasi lainnya, sama dengan yang dilakukan pada klien yang menjalani pembedahan pada umumnya. Bila klien “perlu” diberi obat preoperatif, obat tersebut harus disuntikkan ke dalam daerah yang sehat, karena absorpsi jaringan jauh lebih baik pada daerah yang tidak mengalami trauma.

### 2.2.2 Intraoperatif Ortopedi

Dimulai pada saat pasien dipindah ke meja kamar bedah dan berakhir dengan pemindahan pasien ke area/ ruang pemulihan. Bisa juga dikatakan bahwa fase intra operatif dimulai ketika pasien masuk ke bagian atau ruang bedah dan berakhir saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan. Aktivitas-aktivitas ini dilakukan perawat sama luasnya seperti saat mengetahui adanya kerusakan kulit di area tertentu dan melakukan tindakan pencegahan khusus atau terbatas seperti melakukan perubahan posisi pasien secara sederhana pada meja kamar bedahsesuai dengan prinsip-prinsip posisi tubuh yang baik (body alignment). Perawatan klien selama pembedahan berlangsung membutuhkan persiapan yang baik dan pengetahuan tentang proses yang terjadi selama prosedur pembedahan dilaksanakan (Maryunani, 2015).

### 2.2.3 Pascaoperatif Ortopedi

Fase ini dimulai pada saat pasien masuk ke ruang pemulihan dan berakhir dengan telah dilakukannya evaluasi tindak lanjut. Lingkup perawatan dapat menjadi sama luasnya seperti mengunjungi pasien di rumah atau di klinik, sama terbatasnya saat perawat mengkomunikasikan informasi penting yang berhubungan dengan pembedahan pasien pada petugas di ruang pemulihan. (Maryunani, 2015). Setelah menerima klien dari kamar operasi, perawat memeriksa klien berdasarkan status pemeriksaan kewaspadaan meliputi tanda tanda vital, irama jantung, kecepatan dan efisiensi pernapasan, saturasi oksigen, patensi intravena, serta kondisi saat pembedahan. Khusus pembedahan ortopedi, perawat mengkaji ulang kebutuhan klien berkaitan dengan nyeri, perfusi jaringan, promosi kesehatan, mobilitas, dan konsep diri.

Trauma skelet dan pembedahan dapat mengakibatkan nyeri. Perfusi jaringan harus dipantau karena edema dan perdarahan ke dalam jaringan dapat memperburuk peredaran darah dan mengaibatkan sindrom kompartemen. Anestesi umum, analgesik dapat menyebabkan kerusakan fungsi dari berbagai sistem. Pengkajian terhadap fungsi pernapasan, gatrointestinal, dan perkemihan memberikan data untuk memeperbaiki fungsi sistem tersebut. Pengkajian dan

pemantauan klien mengenai masalah risiko yang berkaitan dengan pembedahan, seperti syok hipovolemi harus menjadi perhatian.

Beberapa masalah kolaborasi atau risiko komplikasi yang dapat terjadi pada klien pasca operasi ortopedi adalah syok hipovolemia, atelektasis, pneumonia, retensi urine, infeksi dan trombosis vena profunda. Pengkajian tungkai bawah harus dilakukan setiap hari, dari adanya nyeri tekan, panas, kemerahan, dan edema pada betis serta tanda Homan positif. Temuan abnormal harus dilaporkan pada tim medis. Juga perlu dikaji adanya emboli lemak, yang ditandai dengan adanya perubahan pola napas, tingkah laku dan penurunan tingkat kesadaran klien.

Peningkatan suhu dalam 48 jam pertama sering kali berhubungan dengan atelektasis atau masalah pernapasan lain. Peningkatan suhu pada beberapa hari kemudian, sering berhubungan dengan infeksi saluran kemih. Infeksi superfisial memerlukan sekitar lima sampai sembilan hari kemudian (Ningsih & Lukman, 2012)

a. Pengkajian pasca operasi ortopedi

Pengkajian pada pasca operasi ortopedi menurut Suratun, dkk, (2008):

- 1) Lanjutkan perawatan praoperatif
- 2) Kaji ulang kebutuhan pasien berkaitan dengan rasa nyeri, perfusi jaringan, promosi kesehatan, mobilitas, dan konsep diri.
- 3) Kaji dan pantau potensial masalah yang berkaitan dengan pembedahan: tanda vital, derajat kesadaran, cairan yang keluar dari luka, suara napas, bising usus, keseimbangan cairan dan nyeri.
- 4) Observasi risiko syok hipovolemia akibat kehilangan darah pada pembedahan mayor (nadi meningkat, tekanan darah turun, kebingungan, dan gelisah).
- 5) Kaji kemungkinan komplikasi paru dan jantung: observasi perubahan frekuensi nadi, pernapasan, warna kulit, suhu tubuh, riwayat penyakit paru, dan jantung sebelumnya.
- 6) Sistem perkemihan: pantau pengeluaran urine, apakah terjadi retensi urine. Retensi dapat disebabkan oleh posisi berkemih yang tidak alamiah, pembesaran prostat, dan adanya tanda infeksi saluran kemih.
- 7) Observasi tanda infeksi (infeksi luka terjadi 5-9 hari, flebitis biasanya timbul selama minggu kedua), dan tanda vital.

8) Kaji komplikasi tromboembolik: kaji tungkai untuk tanda nyeri tekan, panas, kemerahan, dan edema pada betis.

9) Kaji komplikasi emboli lemak: perubahan pola panas, tingkah laku, dan tingkat kesadaran.

b. Tindakan keperawatan pascaoperatif ortopedi

Adapun beberapa langkah tindakan keperawatan yang dilakukan setelah pascaoperatif ortopedi yaitu (Maryunani, 2015):

1) Setelah selesai dilakukan pembalutan pada luka, perawat sirkuler memeriksa dan membersihkan pasien hingga bersih, memasang pakaian dan selimut.

2) Perhatian khusus harus diberikan dalam memindahkan pasien dari meja operasi ke brankar/stretchers atau tempat tidur pasien.

3) Sekurang-kurangnya diperlukan empat orang untuk memindahkan orang yang belum sadar dengan aman sementara menjaga tubuhnya dalam posisi tubuh yang baik.

4) Perhatian tidak hanya ditujukan agar tubuh pasien tidak tergelincir antara meja operasi dengan brankar maupun adanya pergeseran jaringan kulit pada tempat tersebut.

5) Namun, juga harus memperhatikan posisi lengan dan kaki agar benar-benar tertopang dan mengamankan tempat pemasangan infus untuk mencegah jarum infus terlepas.

6) Ahli/tim anastesi melindungi kepala dan leher dari trauma selama pemindahan.

7) Matras roller khusus sangat membantu dalam memindahkan pasien gemuk/berat.

8) Pasien diangkat dan digeser dengan hati-hati untuk menghindari terjadinya depresi sirkulasi, dan dilakukan oleh semua petugas yang membantu mengangkat dan memindahkan pasien tersebut secara serempak.

9) Pasien ditempatkan pada posisi yang nyaman dan tepat untuk mempertahankan agar jalan napas tidak tersumbat dan sirkulasi tetap adekuat.

10) Hal yang penting lainnya adalah pasien agar tetap diobservasi secara terus-menerus selama masa ini karena adakalanya perubahan posisi sedikit saja dapat menstimulasi muntah, menyebabkan obstruksi pernapasan, hipotensi, bahkan henti jantung.

11) Semua sistem drainase dipasang sesuai indikasi dan drainage bag (seperti urine bag) dipasang dan dijaga di bawah kedudukan selang untuk mencegah terjadinya aliran balik.

12) Lembar catatan pasien dan rencana keperawatan pasien perlu disertakan bersamaan dengan pemindahan pasien.

#### c. Evaluasi pascaoperatif ortopedi

Evaluasi yang dilakukan setelah dilakukannya tindakan keperawatan pascaoperatif ortopedi yaitu: Meskipun hasil yang diharapkan sangat bervariasi, tergantung pada kebutuhan individu pasien yang dikaji untuk masing-masing pasien dan aktivitas rencana keperawatan dilakukan, hasil-hasil berikut ini (berdasarkan dengan standar praktik keperawatan perioperatif) bisa menjadi acuan keberhasilan yang dapat diharapkan dari kondisi pasien bedah.

Hasil yang diharapkan, antara lain:

- 1) Pasien menunjukkan bukti bahwa ia dapat mengelola kecemasannya.
- 2) Pasien ditransportasikan secara aman ke kamar bedah dan dipindahkan dengan bantuan yang tepat dan posisi tubuh penolong yang tepat.
- 3) Pasien mendapatkan dukungan emosional yang optimal dan pertimbangan dari anggota tim kesehatan sejak mulai masuk ke kamar operasi sampai anestesi diberikan.
- 4) Pasien merasakan pengalaman nyeri yang minimal dan pemaparan minimal selama pemindahan ke meja operasi.
- 5) Pasien tidak mengalami efek samping atau menyimpang dari hal-hal berikut ini:
  - a) posisi tubuh atau restraint yang tidak tepat.
  - b) pemeliharaan, pemasangan dan pemaparan yang tidak tepat selama pemindahan ke meja operasi.
  - c) benda asing seperti kasa/tampon, jarum atau instrumen tertinggal disekitar luka.
  - d) pemasangan balutan yang tidak tepat.
  - e) pemindahan dari meja operasi ke brankar.
- 6) Pasien menerima pemantauan yang tepat sementara menerima pemberian anestesi dan sampai selesainya pemindahan ke ruang pemulihan.

- 7) Dokumentasi yang mencakup adanya drain dan tindakan-tindakan yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan pasien dicatat.

## **2.3 Konsep Nyeri**

### **2.3.1 Definisi**

Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan tidak menyenangkan bersifat sangat subjektif karena perasaan nyeri berbeda setiap orang dalam hal skala atau tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya (Hidayat & Uliyah, 2014).

Nyeri merupakan sensasi yang rumit, unik, universal, dan bersifat individual. Dikatakan bersifat individual karena respons individu terhadap sensasi nyeri beragam dan tidak bisa disamakan satu dengan lainnya. Hal tersebut menjadi dasar bagi perawat dalam mengatasi nyeri pada klien (Asmadi, 2008).

Nyeri diartikan berbeda-beda antar individu, bergantung pada persepsinya. Walaupun demikian, ada satu kesamaan mengenai persepsi nyeri. Secara sederhana, nyeri dapat diartikan sebagai suatu sensasi yang tidak menyenangkan baik secara sensori maupun emosional yang berhubungan dengan adanya suatu kerusakan jaringan atau faktor lain, sehingga individual merasa tersiksa, menderita yang akhirnya akan mengganggu aktivitas sehari-hari, psikis, dan lain-lain (Asmadi, 2008).

### **2.3.2 Penyebab Nyeri**

Penyebab nyeri dapat diklasifikasikan ke dalam dua golongan yaitu penyebab yang berhubungan dengan fisik dan berhubungan dengan psikis. Secara fisik misalnya, penyebab nyeri adalah trauma (baik trauma mekanik, termis, kimiawi, maupun elektrik), neoplasma, peradangan, gangguan sirkulasi darah, dan lain-lain. Secara psikis penyebab nyeri dapat terjadi oleh karena adanya trauma psikologis.

### 2.3.3 Klasifikasi Nyeri

Nyeri berdasarkan waktu lamanya serangan ada dua, yaitu:

#### a. Nyeri Akut

Adalah nyeri yang dirasakan dalam waktu yang singkat dan berakhir kurang dari enam bulan, sumber dan daerah nyeri diketahui dengan jelas. Rasa nyeri mungkin sebagai akibat dari luka, seperti luka operasi, ataupun pada suatu penyakit arteriosclerosis pada arteri koroner (Asmadi, 2008).

#### b. Nyeri Kronis

Adalah nyeri yang dirasakan lebih dari enam bulan. Nyeri kronis ini polanya beragam dan berlangsung berbulan-bulan bahkan bertahun-tahun. Ragam pola tersebut ada yang nyeri timbul dengan periode yang diselingi interval bebas dari nyeri lalu timbul kembali lagi nyeri, dan begitu seterusnya. Adapula nyeri kronis yang konstan, artinya rasa nyeri tersebut terus-menerus terasa makin lama semakin meningkat intensitasnya walaupun telah diberikan pengobatan. Misalnya, pada nyeri karena neoplasma (Asmadi, 2008).

### 2.3.4 Fisiologi nyeri

Munculnya nyeri berkaitan dengan reseptor dan adanya rangsangan. Reseptor nyeri yang dimaksud adalah nociceptor, merupakan ujung-ujung saraf sangat bebas yang memiliki sedikit atau bahkan tidak memiliki myelin yang tersebar pada kulit dan mukosa, khususnya pada visera, persendian, dinding arteri, hati, dan kandung empedu. Reseptor nyeri dapat memberikan respons akibat adanya stimulasi atau rangsangan. Stimulasi tersebut dapat berupa zat kimiawi seperti histamin, bradikinin, prostaglandin, dan macam-macam asam yang dilepas apabila terdapat kerusakan pada jaringan akibat kekurangan oksigenasi. Stimulasi yang lain dapat berupa termal, listrik, atau mekanis. Selanjutnya, stimulasi yang diterima oleh reseptor tersebut ditransmisikan berupa impuls-impuls nyeri ke sumsum tulang belakang oleh dua jenis serabut yang bermielin rapat atau serabut A (delta) dan serabut C (serabut lamban). Impuls-impuls yang ditransmisikan oleh serabut delta A bersifat inhibitor yang ditransmisikan ke serabut C. Serabut-serabut aferen masuk ke spinal melalui akar dorsal (dorsal root) serta sinaps pada dorsal horn. Dorsal horn terdiri atas beberapa lapisan atau lamina yang saling

bertautan. Diantara lapisan dua dan tiga terbentuk substantia gelatinosa yang merupakan saluran utama impuls. Kemudian, impuls nyeri menyebrangi sumsum tulang belakang pada interneuron dan bersambung ke jalur spinal asendens yang paling utama, yaitu jalur spinothalamic tract (STT) atau jalur spinothalamus dan spinothalamic tract (SRT) yang membawa informasi tentang lokasi nyeri. Dari proses transmisi terdapat dua jalur mekanisme terjadinya nyeri, yaitu jalur opiate dan jalur non opiate. Jalur opiate ditandai oleh pertemuan reseptor pada otak yang terdiri atas jalur spinal desendens dari thalamus yang melalui otak tengah dan medulla ke tanduk dorsal dari sumsum tulang belakang yang berkonduksi dengan nociceptor impuls supresif. Serotonin merupakan neurotransmitter dalam impuls supresif. Sistem supresif lebih mengaktifkan stimulasi nociceptor yang ditransmisikan oleh serabut A. Jalur nonopiate merupakan jalur desenden yang tidak memberikan respon terhadap naloxone yang kurang banyak diketahui mekanismenya (Hidayat & Uliyah, 2014).

### 2.3.5 Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri

#### a. Arti nyeri

Arti nyeri bagi seseorang memiliki banyak perbedaan dan hampir sebagian arti nyeri merupakan arti yang negatif, seperti membahayakan, merusak, dan lain-lain. Keadaan ini dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti usia, jenis kelamin, latar belakang, sosial budaya, lingkungan, dan pengalaman (Hidayat & Uliyah, 2014).

#### b. Persepsi nyeri

Persepsi nyeri merupakan penilaian yang sangat subjektif tempatnya pada korteks (fungsi evaluatif kognitif). Proses ini dipengaruhi oleh faktor yang dapat memicu stimulasi nociceptor (Hidayat & Uliyah, 2014).

#### c. Toleransi nyeri

Toleransi ini erat hubungannya dengan intensitas nyeri yang dapat mempengaruhi kemampuan seseorang menahan nyeri. Faktor yang dapat mempengaruhi toleransi nyeri antara lain alkohol, obat-obatan, hipotonis, gesekan atau garukan, pengalihan perhatian, kepercayaan yang kuat, dan sebagainya. Sementara itu faktor yang menurunkan toleransi antara lain kelelahan, rasa marah,

bosan, cemas, nyeri yang tidak kunjung hilang, sakit, dan lain-lain (Hidayat & Uliyah, 2014).

#### d. Reaksi dan toleransi terhadap nyeri

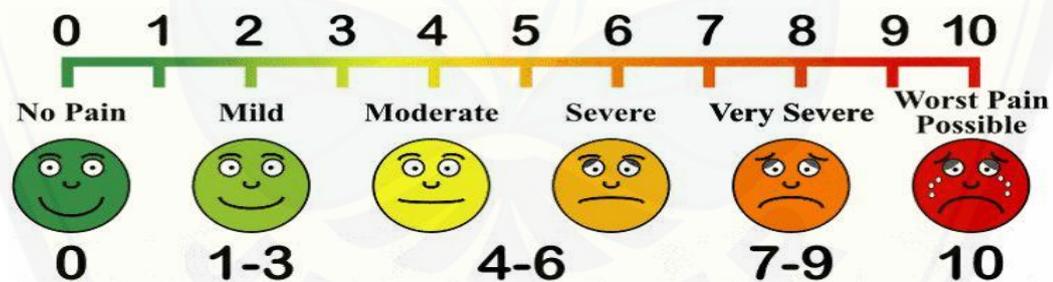
Reaksi terhadap nyeri merupakan bentuk respon seseorang terhadap nyeri, seperti ketakutan, gelisah, cemas, menangis, dan menjerit. Beberapa faktor yang mempengaruhi seperti arti nyeri, tingkat persepsi nyeri, cemas, usia, rasa takut, pengalaman masa lalu, nilai budaya, harapan sosial, kesehatan fisik dan mental, dan lain-lain (Hidayat & Uliyah, 2014).

#### e. Skala Nyeri

Penilaian skala nyeri adalah suatu tindakan yang dilakukan untuk mengetahui tingkat kesakitan/ nyeri yang sedang diderita oleh seseorang yang mana hasilnya dapat membantu kita dalam membedakan tingkat beratnya suatu penyakit sehingga dapat membantu menegakkan diagnosis yang akurat, mengintervensikan pengobatan yang tepat dan menilai efektivitas therapy yang telah diberikan (Hidayat & Uliyah, 2014).

Skala nyeri yang biasa digunakan dalam dunia kesehatan ada dua yaitu Wong-Baker Faces Pain rating Skala dan Comparative Pain Scale.

##### 1) Skala Wajah (*Wong-Baker Faces Pain rating Scale*)



Gambar 2.7 Skala Wajah (Hidayat & Uliyah, 2014)

- Bekspresi wajah 2 : nyeri hanya sedikit
- Ekspresi wajah 3 : sedikit lebih nyeri
- Ekspresi wajah 4 : jauh lebih nyeri
- Ekspresi wajah 5 : jauh lebih nyeri sangat
- Ekspersi wajah 6 : sangat nyeri luar biasa hingga penderita menangis
- Ekspresi wajah 7-10 : (nyeri berat) nyeri yang sangat kuat sehingga memerlukan therapy medis dan tidak dapat melakukan pola aktivitas mandiri.

2) Pengukuran skala nyeri (*Wong-Baker Faces Pain rating Scale*)

Dari beberapa metode pengukuran rasa nyeri, paling sering menggunakan rentang skala dari 0-10 :

a) Pada Skala 1 (*Sangat Ringan/Very Mild*)

Rasa nyeri hampir tak terasa. Sangat ringan, seperti gigitan nyamuk.

2) Pada Skala 2 (*Tidak nyaman/Discomforting*)

Nyeri ringan, seperti cubitan ringan pada kulit. Mengganggu dan mungkin memiliki kedutan kuat sekali.

3) Pada Skala 3 (*Bisa ditoleransi/Tolerable*)

Rasa nyeri sangat terasa, seperti pukulan ke hidung menyebabkan hidung berdarah, atau suntikan oleh dokter.

4) Pada Skala 4 (*Menyedihkan/Distressing*)

Kuat, nyeri yang dalam, seperti sakit gigi atau rasa sakit dari sengatan lebah.

5) Pada Skala 5 (*Sangat menyedihkan/Very Distressing*)

Rasa nyeri yang kuat, dalam, seperti nyeri yang menusuk, seperti pergelangan kaki terkilir.

6) Pada Skala 6 (*Intens*)

Rasa nyeri yang kuat, dalam, nyeri yang menusuk begitu kuat sehingga tampaknya cenderung mempengaruhi bagian indra.

7) Pada Skala 7 (*Very Intens*)

Nyeri berat yang mendominasi indra dan sangat mengganggu

8) Pada Skala 8 (*Sungguh mengerikan/Excruciating*)

Nyeri begitu kuat sehingga mengalami perubahan kepribadian yang parah dan berlangsung lama.

9) Pada Skala 9 (*Menyiksa tak tertahankan/ Unbearable*)

Nyeri sangat begitu kuat sehingga tidak bias mentolerirnya sampai menuntut untuk segera menghilangkan rasa sakit apapun caranya.

10) Pada Skala 10 (*Sakit tak dapat diungkapkan*)

Sakit yang tak tergambar merupakan nyeri begitu kuat tak sadarkan diri.

## 2.4 Konsep Asuhan Keperawatan

### 2.4.1 Pengkajian

Menurut Muttaqin, (2008) pengkajian meliputi:

#### a. Anamnesis

##### 1) Identitas klien

Identitas klien meliputi, nama, usia, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam masuk rumah sakit (MRS), nomor register, dan diagnosa medis (Muttaqin, 2008). Wanita yang sudah mengalami penuaan dengan rentang usia >45 tahun lebih sering mengalami fraktur dari pada laki-laki, disebabkan adanya perubahan hormon pada wanita yaitu hormon yang dapat menyebabkan menopause, dimana wanita yang mengalami menopause di usia yang sudah tua cenderung mengalami osteoporosis (Mediarti, Rosnani, & Seprianti, 2015).

##### 2) Keluhan utama

Proses Pembedahan akan menyebabkan nyeri pada luka insisi dan merangsang mediator kimia seperti *prostaglandin*, *histamin*, *bradikinin*, dan *asetilkolin* yang akan meningkatkan sensitifitas reseptor nyeri dan menyebabkan rasa nyeri (Ghassani, 2016), proses pembedahan selalu menggunakan anestesi untuk menghambat konduksi saraf secara langsung sehingga menjadi metode pengontrol nyeri (Irawati, Priyanti, & Maryanti, 2016), Hilangnya pengaruh obat anastesi menjadikan klien yang telah sadar setelah menjalani operasi mengalami nyeri yang hebat meskipun diberikan obat pereda nyeri (Nurdin, Kiling, & Rottie, 2013). Sehingga keluhan utama yang sering dirasakan oleh klien dengan post op fraktur kruris adalah nyeri (Muttaqin, 2008).

Adapun pengkajian nyeri menggunakan PQRST menurut Muttaqin, (2008) meliputi:

a) *Provoking Incident*: apakah ada peristiwa yang menjadi faktor penyebab nyeri, apakah nyeri berkurang apabila beristirahat, apakah nyeri bertambah berat bila beraktivitas, pada aktivitas mana nyeri bertambah (apakah pada saat batuk, bersin, berdiri, dan berjalan). Pada umumnya nyeri akan bertambah berat apabila ada gerakan setempat dan berkurang apabila istirahat (Muttaqin, 2008).

- b) *Quality of Pain*: seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan klien. Apakah seperti terbakar, berdenyut tajam, atau menusuk (Muttaqin, 2008).
- c) *Region, radiation, relief*: dimana lokasi nyeri harus ditunjukkan dengan tepat oleh klien, apakah rasa sakit bisa reda, apakah rasa sakit menjalar atau menyebar, dan di mana rasa sakit terjadi (Muttaqin, 2008).
- d) *Severity (scale) of Pain*: seberapa hebat rasa nyeri yang dirasakan klien, dapat berdasarkan skala nyeri/gradasi dan menerangkan seberapa hebat rasa sakit memengaruhi kemampuan fungsinya (Muttaqin, 2008).
- e) *Time*: berapa lama nyeri berlangsung, kapan, apakah, bertambah buruk pada malam hari atau siang hari (Muttaqin, 2008).

### 3) Riwayat Kesehatan

#### a) Riwayat penyakit sekarang

Kaji kronologi terjadinya trauma yang menyebabkan patah tulang kruris, pertolongan apa yang di dapatkan, apakah sudah berobat ke dukun patah tulang. Selain itu, dengan mengetahui mekanisme terjadinya kecelakaan, perawat dapat mengetahui luka kecelakaan yang lainnya. Adanya trauma lutut berindikasi pada fraktur tibia proksimal. Adanya trauma angulasi akan menimbulkan fraktur tipe konversal atau oblik pendek, sedangkan trauma rotasi akan menimbulkan tipe spiral. Penyebab utama fraktur adalah kecelakaan lalu lintas darat (Muttaqin, 2008).

#### b) Riwayat penyakit dahulu

Pada beberapa keadaan, klien yang pernah berobat ke dukun patah tulang sebelumnya sering mengalami malunion. Penyakit tertentu seperti kanker tulang atau menyebabkan fraktur patologis sehingga tulang sulit menyambung. Selain itu, klien diabetes dengan luka di kaki sangat beresiko mengalami osteomielitis akut dan kronik serta penyakit diabetes menghambat penyembuhan tulang (Muttaqin, 2008). Selain itu perlu di kaji adanya riwayat osteoporosis, disebabkan angka kejadian fraktur karena osteoporosis berdasarkan jenis kelamin yakni 4:1 antara wanita dengan pria (Irawati, Priyanti, & Maryanti, 2016).

#### c) Riwayat penyakit keluarga

Penyakit keluarga yang berhubungan dengan patah tulang kruris adalah salah satu faktor predisposisi terjadinya fraktur, seperti osteoporosis yang sering terjadi

pada beberapa keturunan dan kanker tulang yang cenderung diturunkan secara genetik (Muttaqin, 2008).

d) Riwayat psikososial spiritual

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

4) Pola-pola kesehatan

Dalam tahap pengkajian, perawat juga perlu mengetahui pola-pola fungsi kesehatan dalam proses keperawatan klien fraktur kruris, seperti :

a) Pola Persepsi dan Tata Laksana

Pada kasus fraktur, klien biasanya merasa takut akan mengalami kecacatan pada dirinya. Oleh karena itu, klien harus menjalani penatalaksanaan kesehatan untuk membantu penyembuhan tulangnya. Selain itu, juga dilakukan pengkajian yang meliputi kebiasaan hidup klien, seperti penggunaan obat steroid yang dapat mengganggu metabolisme kalsium, pengonsumsi alkohol yang dapat mengganggu keseimbangan klien, dan apakah klien melakukan olahraga atau tidak. (Muttaqin, 2008). Selain itu tindakan lain untuk mengatasi nyeri pada pasien fraktur dapat dilakukan dengan 2 tindakan yaitu tindakan dalam pemberian terapi farmakologi dan non farmakologi. Pada pemberian terapi farmakologi pasien biasanya diberikan injeksi ataupun pemberian obat oral dalam mengurangi nyeri, sedangkan terapi non farmakologi biasanya berupa teknik relaksasi, teknik distraksi, hipnosis diri maupun pemberian masase (Firdaus, Bayhakki, & Misrawati, 2014).

b) Pola Nutrisi dan Metabolisme

Klien fraktur harus mengonsumsi nutrisi melebihi kebutuhan sehari-harinya, seperti kalsium, zat besi, protein, vitamin C, dan lainnya untuk membantu proses penyembuhan tulang. Evaluasi terhadap nutrisi klien dapat membantu menentukan penyebab masalah muskuloskeletal dan mengantisipasi komplikasi dari nutrisi yang tidak adekuat, terutama kalsium atau protein. Kurangnya sinar matahari yang diperoleh tubuh merupakan faktor predisposisi masalah muskuloskeletal terutama pada lansia. Selain itu obesitas juga menghambat degenerasi dan mobilitas klien (Muttaqin, 2008). Pada klien fraktur tidak akan

mengalami penurunan nafsu makan, meskipun menu berubah misalnya makan di rumah gizi tetap sama sedangkan di rumah sakit disesuaikan dengan penyakit dan diet pasien (Pranata, 2016). Pemberian nutrisi pada semua jenis operasi salah satunya post operasi fraktur itu sangatlah penting, karena pemberian nutrisi yang optimal akan berdampak pada proses penyembuhan luka dan penyambungan jaringan viseral sampai kulit. Kepentingan karbohidrat untuk luka sebagai faktor struktural lubricant, fungsi transport, imunologi, hormonal, dan enzimatik (Heryanto, Rakhmat, & Ismail, 2013).

c) Pola Eliminasi

Klien fraktur kruris tidak ada gangguan pada pola eliminasi, namun perlu juga dikaji tentang frekuensi, konsistensi, warna, serta bau feses pada pola eliminasi alvi. Pada pola Eliminasi urin mengkaji frekuensi, kepekatan, warna, bau, dan jumlahnya. Pada kedua pola ini dikaji adanya kesulitan atau tidak (Muttaqin, 2008). Kebiasaan miksi atau defekasi sehari-hari, kesulitan waktu defekasi dikarenakan imobilisasi, feses warna kuning dan konsistensi defekasi, pada miksi pasien tidak mengalami gangguan (Pranata, 2016).

d) Pola Tidur dan Istirahat

Semua klien fraktur biasanya merasa nyeri, gerakannya terbatas sehingga hal ini dapat mengganggu pola dan kebutuhan tidur klien, selain itu, pengkajian juga dilaksanakan pada lamanya tidur, suasana lingkungan, kebiasaan tidur, kesulitan tidur, dan penggunaan obat tidur (Muttaqin, 2008). Kebiasaan pola tidur dan istirahat mengalami gangguan yang disebabkan oleh nyeri, misalnya nyeri akibat fraktur (Pranata, 2016). Menurut Lukman & Ningsih, (2012) dijelaskan bahwa pasien yang telah menjalani operasi fraktur kruris akan mengalami kesulitan dalam beristirahat atau tidur yang diakibatkan dari nyeri yang dialami, bahkan nyeri pada pasien post operasi fraktur kruris sering kali memperlihatkan ketidaknyamanan secara verbal maupun non verbal (Mediarti, Rosnani, & Seprianti, 2015). Ketika akan melakukan aktivitas yang memerlukan perubahan posisi di atas tempat tidur, baik bergeser maupun duduk dapat mengakibatkan bertambah meningkatnya nyeri pada area fraktur tersebut, kemampuan ekstremitas bawah berperan penting untuk mencapai keseimbangan maka dengan adanya

penurunan fungsi ekstremitas bawah dapat memberikan dampak terhadap stabilitas keseimbangan (Lesmana, 2016).

e) Pola Aktivitas

Klien dengan post operasi fraktur kruris sering kali mengalami berkurangnya daya raba terutama pada area distal, sedangkan daerah lainnya tidak mengalami gangguan. Adanya nyeri dan gerak yang terbatas, semua bentuk aktivitas klien menjadi berkurang dan klien butuh banyak bantuan dari orang lain. Hal lain yang perlu dikaji adalah bentuk aktivitas klien terutama pekerjaan klien karena ada beberapa bentuk pekerjaan beresiko untuk terjadinya fraktur dibandingkan pekerjaan yang lain (Muttaqin, 2008). Terjadinya fraktur kruris akan mengakibatkan pergerakan tulang tibia dan fibula menjadi sangat terbatas, sehingga dapat menyebabkan adanya gangguan aktifitas fungsional tungkai dan kaki (Wicaksono, 2016). Aktivitas dan latihan mengalami gangguan akibat dari fraktur sehingga kebutuhan pasien perlu dibantu oleh perawat/keluarga (Pranata, 2016).

f) Pola Hubungan Interpersonal dan Peran

Klien akan kehilangan peran dalam keluarga dan masyarakat karena klien harus menjalani rawat inap (Muttaqin, 2008). Terjadi perubahan peran yang dapat mengganggu hubungan interpersonal yaitu pasien merasa tidak berguna lagi dan menarik diri (Pranata, 2016).

g) Pola Persepsi dan Proses Diri

Dampak yang timbul pada klien fraktur adalah timbul ketakutan akibat kecacatan akibat fraktur, rasa cemas, rasa ketidak mampuan untuk melaksanakan aktivitas secara optimal, dengan gangguan citra diri (Muttaqin, 2008).

h) Pola Sensori dan Kognitif

Pada klien fraktur, daya rabanya berkurang terutama pada bagian distal fraktur, sedangkan pada indra yang lain dan kognitifnya tidak mengalami gangguan. Selain itu, juga timbul rasa nyeri akibat fraktur (Muttaqin, 2008).

i) Pola Reproduksi dan Seksual

Dampak pada klien fraktur, yaitu klien tidak dapat melakukan hubungan seksual karena harus menjalani rawat inap, mengalami keterbatasan gerak, serta

merasa nyeri. Selain itu, juga perlu dikaji status perkawinannya termasuk jumlah anak dan lama perkawinan (Muttaqin, 2008).

j) Pola Penanggulangan Stres

Pada klien fraktur timbul rasa cemas akan keadaan dirinya, yaitu ketakutan timbul kecacatan pada diri dan fungsi tubuhnya. Mekanisme koping yang ditempuh klien dapat tidak efektif (Muttaqin, 2008).

k) Pola Tata Nilai dan Keyakinan

Klien fraktur tidak dapat melaksanakan ibadah dengan baik, terutama frekuensi dan konsentrasi dalam beribadah. Hal ini dapat disebabkan oleh rasa nyeri dan keterbatasan gerak (Muttaqin, 2008). Adanya kecemasan dan stress sebagai pertahanan dan pasien meminta perlindungan/mendekatkan diri dengan Allah SWT (Pranata, 2016).

5) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik pada pasien fraktur meliputi (Muttaqin, 2008):

a) Keadaan umum

Keadaan baik dan buruknya klien. Tanda-tanda yang perlu dicatat adalah kesadaran klien, keadaan penyakit, dan tanda-tanda vital tidak normal karena ada gangguan lokal (Muttaqin, 2008).

b) B1 (*Breathing*)

Pada pemeriksaan sistem pernapasan didapatkan bahwa klien fraktur kruris tidak mengalami kelainan pernapasan. Pada palpasi thoraks, didapatkan taktil fremitus seimbang kanan dan kiri. Pada auskultasi tidak ditemukan suara napas tambahan (Muttaqin, 2008).

c) B2 (*Blood*)

Pada inspeksi tidak terlihat iktus cordis, pada palpasi nadi meningkat, iktus tidak teraba. Auskultasi suara s1 dan s2 tunggal dan tidak ada murmur (Muttaqin, 2008).

d) B3 (*Brain*)

Tingkat kesadaran pada klien fraktur kruris biasanya kompos mentis.

(1) Kepala: Tidak ada gangguan, seperti simetris, tidak ada penonjolan dan tidak ada nyeri pada kepala.

- (2) Leher: Tidak ada gangguan, seperti simetris, tidak ada penonjolan dan reflek menelan ada.
- (3) Wajah: Wajah terlihat menahan sakit dan bagian wajah yang lain tidak ada perubahan fungsi dan bentuk, wajah simetris tidak ada lesi dan edema.
- (4) Mata: Konjungtiva tidak anemis (pada fraktur tertutup karena tidak terjadi perdarahan). Pada fraktur terbuka dengan banyaknya perdarahan yang keluar biasanya mengalami konjungtiva anemis.
- (5) Telinga: Tes bisik atau weber masih dalam keadaan normal. Tidak ada lesi dan tidak ada nyeri tekan.
- (6) Hidung: Tidak ada deformitas, tidak ada pernapasan cuping hidung.
- (7) Mulut dan faring: Tidak ada pembesaran tonsil, gusi tidak terjadi perdarahan, mukosa mulut tidak pucat.

Pemeriksaan fungsi serebral. Status mental: observasi penampilan dan tingkah laku klien, biasanya status mental tidak mengalami perubahan.

Pada pemeriksaan saraf kranial I-XII klien fraktur kruris pada umumnya tidak mengalami gangguan. Pemeriksaan reflek, biasanya tidak didapatkan reflek-reflek patologis.

e) B4 (*Bladder*)

Kaji keadaan urine yang meliputi warna, jumlah, dan karakteristik urine, termasuk berat jenis urine. Biasanya klien fraktur tidak mengalami kelainan pada sistem ini.

f) B5 (*Bowel*)

Inspeksi abdomen: bentuk datar, simetris, dan tidak ada hernia. Palpasi: turgor baik, tidak ada defans muskular, dan hepar tidak teraba. Perkusi: suara timpani, ada pantulan gelombang cairan. Auskultasi: peristaltik usus normal  $\pm 20$ x/menit. Inguinal-genetalia-anus: tidak ada hernia, tidak ada pembesaran limfe, dan tidak ada kesulitan BAB.

g) B6 (*Bone*)

Adanya fraktur kruris akan mengganggu secara lokal, baik fungsi motorik, sensorik maupun peredaran darah.

Pemeriksaan fisik secara umum antara lain sebagai berikut (Helmi, 2012):

- 1) *Look*. Terlihat adanya luka terbuka pada tungkai bawah dengan deformitas yang jelas. Periksa berapa luas kerusakan jaringan lunak yang terlibat, kaji apakah pada luka terbuka terdapat fragmen tulang yang keluar, dan apakah terdapat adanya kerusakan pada arteri yang berisiko meningkatkan respons syok hipovolemik (Helmi, 2012).
- 2) *Feel*. Ditemukannya keluhan nyeri tekan (*tenderness*) dan adanya krepitasi (Helmi, 2012).
- 3) *Move*. Pergerakan pada daerah tungkai yang patah tidak boleh dilakukan karena akan memberikan respons trauma pada jaringan lunak di sekitar ujung fragmen tulang yang patah. Penderita terlihat tidak mampu melakukan pergerakan pada tungkai bawah yang patah (Helmi, 2012).
- 4) *Sindrom kompartemen*. Melanjutkan adanya laporan pada survei primer, periksa kembali adanya tanda dan gejala sindrom kompartemen pada tungkai (Helmi, 2012).
- 5) Jaringan lunak fraktur terbuka. Luka fraktur terbuka dengan menggunakan Klasifikasi dari Gustilo-Anderson (Helmi, 2012).

#### 2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Taksonomi Diagnosa Keperawatan yang diangkat menurut NANDA International, (2015): Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik (prosedur bedah).

##### a. Taksonomi NANDA-I, Diagnosa Nyeri Akut

Domain 12 : Kenyamanan

Kelas 1 : Kenyamanan fisik

Kode Diagnosa : 00132

##### b. Definisi Nyeri

Pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan aktual atau potensial atau yang digambarkan sebagai kerusakan (*International Association for the Study of Pain*); awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi NANDA International, (2015).

c. Batasan karakteristik

Batasan karakteristik yang dapat ditemukan pada nyeri akut menurut NANDA International, (2015) yaitu terdapat dua atau tiga batasan karakteristik yang dapat membuktikan suatu diagnosis keperawatan pada beberapa batasan karakteristik berikut:

- 1) Bukti nyeri dengan menggunakan standar daftar periksa nyeri untuk pasien yang tidak dapat mengungkapkannya
- 2) Diaforesis
- 3) Dilatasi pupil
- 4) Ekpresi wajah nyeri
- 5) Fokus menyempit
- 6) Fokus pada diri sendiri
- 7) Keluhan tentang intensitas menggunakan standar skala nyeri
- 8) Keluhan tentang karakteristik nyeri dengan menggunakan standar instrumen nyeri
- 9) Laporan tentang perilaku nyeri/perubahan aktivitas
- 10) Mengekspresikan perilaku
- 11) Perilaku distraksi
- 12) Perubahan pada parameter fisiologis
- 13) Perubahan posisi untuk menghindari nyeri
- 14) Perubahan selera makan
- 15) Putus asa
- 16) Sikap melindungi area nyeri
- 17) Sikap tubuh melindungi

d. Faktor yang berhubungan menurut NANDA International, (2015)

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

### 2.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah panduan untuk perilaku spesifik yang diharapkan dari klien atau tindakan yang harus dilakukan perawat. Intervensi dilakukan untuk membantu klien mencapai hasil yang diharapkan. Intervensi keperawatan harus spesifik dan dinyatakan dengan jelas (Suara, dkk. 2010).

Tabel 2.2 Intervensi keperawatan menurut Yasmara, dkk, (2016)

Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi (NIC)
Setelah dilakukannya tindakan keperawatan diharapkan Tingkat nyeri berkurang (Wilkinson, 2011)	1) Menunjukkan Tingkat Kenyamanan seperti wajah relaks 2) Memperlihatkan pengendalian nyeri dengan indikator: mengenali awitan nyeri dan melaporkan nyeri dapat dikendalikan 3) Menunjukkan Tingkat Nyeri (dengan skala 3: ringan) dibuktikan oleh indikator: tidak ditemukan ekspresi nyeri, gelisah, merintih maupu menangis 4) Memperlihatkan teknik relaksasi napas dalam secara individual yang efektif untuk mencapai kenyamanan 5) Mempertahankan tingkat nyeri pada skala ... atau kurang 6) Melaporkan kesejahteraan fisik dan psikologis 7) Mengenali faktor penyebab dan menggunakan tindakan untuk memodifikasi faktor tersebut 8) Melaporkan nyeri kepada penyedia kesehatan 9) Menggunakan tindakan meredakan nyeri dengan analgesik dan non analgesik secara tepat 10) Tidak mengalami gangguan dalam frekuensi pernapasan, frekuensi jantung, tekanan darah 11) Mempertahankan selera makan yang baik 12) Melaporkan pola tidur yang baik 13) Melaporkan kemampuan untuk mempertahankan performa peran dan	<b>Manajemen Nyeri : Independen</b> 1) Pertahankan imobilisasi bagian yang terkena dengan cara tirah baring, gips, bidai, dan traksi. 2) Tinggikan dan sokong ekstremitas yang cedera. 3) Tinggikan penutup tempat tidur dan pertahankan seprai tidak menyentuh jari kaki. 4) Evaluasi dan dokumentasikan laporan nyeri atau ketidaknyamanan, dengan mencatat lokasi dan karakteristik, termasuk intensitas (skala 0-10) faktor yang mengurangi dan memperburuk. Catat isyarat nyeri nonverbal, seperti perubahan tanda-tanda vital dan emosi atau perilaku. Dengarkan laporan anggota keluarga/orang terdekat terkait nyeri klien. 5) Dorong klien untuk mendiskusikan masalah terkait cedera. 6) Jelaskan prosedur sebelum memulainya. 7) Beri medikasi sebelum melakukan aktivitas perawatan. Biarkan klien mengetahui bahwa penting meminta medikasi sebelum nyeri menjadi hebat. 8) Lakukan latihan RPS aktif atau pasif. 9) Beri tindakan kenyamanan alternatif misalnya, masase, mengusap punggung, atau perubahan posisi. 10) Beri dukungan emosional dan anjurkan penggunaan teknik manajemen stres-relaksasi progresif, latihan napas dalam, dan visualisasi atau imajinasi terbimbing; berikan sentuhan terapeutik. 11) Identifikasi aktivitas pengalih yang sesuai dengan usia, kemampuan fisik, dan preferensi personal klien. 12) Investigasi adanya laporan nyeri yang luar biasa atau tiba-tiba atau nyeri terlokalisasi yang buruk, progresif dan dalam yang tidak mereda dengan analgesik. 13) Beri kompres dingin atau kompres es 24-72 jam pertama dan sesuai kebutuhan sesuai dengan kebijakan atau protokol

Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi (NIC)
	hubungan interpersonal (Wilkinson, 2011)	<p>fasilitas.</p> <p><i>Kolaboratif</i></p> <p>1) Beri medikasi, sesuai indikasi, analgesik opioid dan nonopioid, seperti morfin, merepidin, atau hidrokodon, obat anti inflamasi nonsteroid injeksi dan oral, seperti ketorolac atau ibuprofen, dan atau relaksasi otot, seperti siklobenzaprin atau karisoprodol.</p> <p>2) Pertahankan analgesia intravena (IV) kontinu atau analgesia dikontrol pasien (<i>patient-controlled analgesia</i>, PCA) dengan menggunakan rute pemberian perifer, epidural, atau intratekal. Pertahankan infusi dan peralatan yang aman dan efektif.</p> <p>(Yasmara, Nursiswati, &amp; Arafat, 2016)</p>

#### 2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan ke dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kemampuan yang harus dimiliki perawat pada tahap implementasi adalah kemampuan komunikasi yang efektif, kemampuan untuk menciptakan hubungan saling percaya dan saling bantu, kemampuan melakukan tehnik psikomotor, kemampuan melakukan observasi sistemis, kemampuan memberikan pendidikan kesehatan, kemampuan advokasi, dan kemampuan evaluasi (Asmadi, 2008).

Implementasi merupakan kategori dari perilaku keperawatan, dimana perawat melakukan tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan. Implementasi mencakup melakukan, membantu, atau mengarahkan kinerja aktivitas sehari-hari. Dengan kata lain implementasi adalah melakukan rencana tindakan yang telah ditentukan untuk mengatasi masalah klien (Haryanto, 2008).

Menurut Wicaksono, (2016) Pasien dengan post op fraktur kruris, selama periode pasca perioperatif proses keperawatan diarahkan pada menstabilkan kembali equilibrium fisiologi pasien, menghilangkan rasa nyeri dan pencegahan terjadinya komplikasi. Penanganan nyeri dapat dilakukan dengan beberapa cara,

salah satunya yaitu dengan manajemen non farmakologi yang merupakan suatu cara untuk menghilangkan nyeri dengan menggunakan teknik manajemen nyeri salah satunya dengan menerapkan teknik relaksasi napas dalam (Mediarti, Rosnani, & Seprianti, 2015). Teknik relaksasi napas dalam merupakan teknik relaksasi dengan menggunakan nafas yang pelan, sadar, dan dalam Aprianto, Kristiyawati, & Purnomo, (2013). Teknik relaksasi nafas dalam sangat efektif dalam menurunkan nyeri post operasi (Saputro, 2016), hal ini terjadi dikarenakan peran otot-otot skeletal dalam nyeri pasca operasi relatif kecil, sehingga perlu diajarkan beberapa kali agar mencapai hasil yang optimal untuk menurunkan atau mencegah meningkatnya nyeri (Nurdin, Kiling, & Rottie, 2013). Teknik relaksasi nafas dalam dapat mengendalikan nyeri dengan meminimalkan aktivitas simpatik dalam sistem saraf otonom (Saputro, 2016).

#### 2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan. Pada tahap ini, perawat dapat menemukan penyebab mengapa suatu proses keperawatan dapat berhasil atau gagal. Perawat dapat menemukan treaksi klien terhadap intervensi keperawatan yang telah diberikan dan menepatkan apakah sasaran dari rencana keperawatan telah dapat diterima. Evaluasi penting dilakukan untuk menilai status kesehatan klien setelah tindakan keperawatan dan juga untuk menilai pencapaian tujuan, baik tujuan jangka panjang maupun jangka pendek, serta mendapatkan informasi yang tepat dan jelas untuk meneruskan, memodifikasi, atau menghentikan asuhan keperawatan yang diberikan (Suara, dkk. 2010). Hasil evaluasi dapat dikatakan berhasil jika kriteria hasil dari suatu intervensi keperawatan sudah tercapai, seperti menyatakan nyeri mereda, menunjukkan sikap yang relaks, mampu berpartisipasi dalam aktivitas, dan tidur serta istirahat dengan baik (Yasmara, Nursiswati, & Arafat, 2016).

## BAB 3 METODE PENULISAN

### 3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian yang dipakai dalam karya tulis ini adalah Laporan kasus dengan mengeksplorasi asuhan keperawatan pada Ny. S dan Ny. E yang mengalami *post op* fraktur kruris dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Kenanga Rumah Sakit Daerah dr. Haryoto Lumajang tahun 2018.

### 3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah dalam laporan kasus ini adalah penerapan proses keperawatan mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi pada Ny. S dan Ny. E *post op* fraktur kruris dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Kenanga Rumah Sakit Daerah dr. Haryoto Lumajang tahun 2018.

#### 3.2.1 Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan adalah serangkaian tindakan terstruktur yang dilakukan meliputi pengkajian, diagnosis, intervensi, dan implementasi serta evaluasi untuk merawat pasien sakit dan meningkatkan derajat kesehatan.

#### 3.2.2 Post Operasi

Post operasi merupakan tahap dimana pasien telah meninggalkan ruang operasi kemudian dipindah ke ruangan pemulihan dan diobservasi guna memastikan bahwa tubuhnya kembali ke keadaan normal.

#### 3.2.3 Fraktur Kruris

Fraktur Kruris adalah terputusnya hubungan tulang tibia dan fibula. Secara klinis bisa berupa fraktur terbuka bila disertai kerusakan pada jaringan lunak (otot, kulit, jaringan saraf, pembuluh darah) sehingga memungkinkan terjadinya hubungan antara fragmen tulang yang patah dengan udara luar dan fraktur tertutup.

#### 3.2.4 Nyeri Akut

Nyeri Akut adalah kondisi dimana pasien merasakan ketidaknyamanan dan memicu timbulnya stres yang mengganggu pemenuhan kebutuhan dasar.

#### a. Batasan Karakteristik

Batasan karakteristik yang dapat ditemukan pada nyeri akut menurut NANDA International, (2015) yaitu terdapat dua atau tiga batasan karakteristik yang dapat membuktikan suatu diagnosis keperawatan pada beberapa batasan karakteristik berikut:

- 1) Bukti nyeri dengan menggunakan standar daftar periksa nyeri untuk pasien yang tidak dapat mengungkapkannya
- 2) Diaforesis
- 3) Dilatasi pupil
- 4) Ekpresi wajah nyeri
- 5) Fokus menyempit
- 6) Fokus pada diri sendiri
- 7) Laporan tentang perilaku nyeri/perubahan aktivitas
- 8) Mengekspresikan perilaku
- 9) perilaku distraksi
- 10) Perubahan posisi untuk menghindari nyeri
- 11) Perubahan selera makan
- 12) Putus asa
- 13) Sikap melindungi area nyeri

### 3.3 Partisipan

Partisipan dalam penyusunan studi kasus ini adalah 2 pasien dengan diagnosa medis *post op* fraktur kruris dengan masalah keperawatan nyeri akut yang memenuhi kriteria:

3.3.1 Ny.S dan Ny.E dengan diagnosis *post op* fraktur kruris

3.3.2 Mengalami masalah keperawatan nyeri akut dengan skala nyeri 6 (*Wong-Baker Faces Pain rating Scale*)

3.3.3 Menjalani rawat inap di Ruang Kenanga RSUD dr.Haryoto Lumajang.

3.3.4 Pasien *post op* 6 jam setelah operasi di Ruang Kenanga RSUD dr.Haryoto Lumajang

3.3.5 Pasien bersedia menjadi partisipan dengan menandatangani *informed consent*.

### 3.4 Lokasi dan Waktu

Pada laporan kasus ini dilakukan asuhan keperawatan pada Ny.S dan Ny.E dengan *post op* fraktur kruris dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Kenanga RSUD dr. Haryoto Lumajang tahun 2018 selama 3 hari.

#### 3.4.1 Lokasi

Laporan kasus ini dilaksanakan di kamar nomor 7 di Ruang Kenanga RSUD dr. Haryoto Lumajang.

#### 3.4.2 Waktu

Total waktu yang digunakan untuk penyusunan tugas akhir adalah 7 (tujuh) bulan yaitu mulai bulan Pebruari sampai dengan Agustus 2018. Pengambilan data dilakukan tanggal 13-15 April 2018 pada Ny.S dan tanggal 20-22 April 2018 pada Ny.E.

### 3.5 Pengumpulan Data

#### 3.5.1 Proses

Proses diawali dari permohonan izin pengambilan data penulis kepada koordinator program studi D3 keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang, untuk dilaksanakan proses pengambilan data (Lampiran 3.3 Surat Permohonan Izin Pengambilan Data). Setelah mendapatkan izin, penulis melanjutkan meminta izin kepada Bakesbangpol (Badan Kesatuan Bangsa dan Politik) Kabupaten Lumajang sebagai badan yang bertanggung jawab terhadap penyelenggaraan pengambilan data laporan kasus di Kabupaten Lumajang. Izin yang dikeluarkan oleh Bakesbangpol terdiri dari tujuh tebusan diantaranya yang perlu ditindak lanjuti adalah kepada direktur RSUD Dr. Haryoto Lumajang sebagai lokasi pengambilan data laporan kasus penulis (Lampiran 3.4 Surat Izin Penelitian Bakesbangpol). Setelah itu, kepala bagian pendidikan dan latihan dan penelitian dengan atas nama direktur RSUD Dr. Haryoto Lumajang mengeluarkan izin pengambilan data yang ditujukan kepada Kepala Ruang Kenanga sebagai lokasi pengambilan data penulis (Lampiran 3.5 Surat Pengambilan data kepala ruang Kenanga).

### 3.5.2 Teknik

#### a. Wawancara

Pengumpulan data dengan menanyakan secara langsung kepada pasien dan keluarga terkait dengan masalah yang dihadapi pasien (anamnesa) yang kemudian dituangkan dalam lembar wawancara. Selain itu, peneliti juga dapat menggunakan bantuan alat perekam untuk menghindari ketidakvalidan data akibat lupa atau hilangnya lembar wawancara.

#### b. Observasi

Pengumpulan data yang dilakukan dengan mengamati pasien untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan keperawatan pasien. Observasi dilakukan dengan menggunakan penglihatan dan alat indera lainnya, melalui rabaan, sentuhan dan pendengaran.

#### c. Studi Dokumentasi

Hasil dari pemeriksaan diagnostik dan data lain yang relevan meliputi hasil laboratorium, foto rontgen, CT-Scan, MRI.

#### d. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik secara langsung dan menyeluruh mulai dari ujung rambut sampai ujung kaki dengan menggunakan pemeriksaan IPPA (inspeksi, palpasi, perkusi, asukultasi) dengan alat seperti stetoskop, tensimeter, termometer, *penlight*, timbangan berat badan.

## 3.6 Analisis Data

### 3.6.1 Pengumpulan data

Data dikumpulkan dari hasil WOD (Wawancara, Observasi dan Dokumentasi). Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip (catatan terstruktur).

### 3.6.2 Mereduksi data

Dari hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan di jadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subjektif dan objektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian dibandingkan dengan nilai normal.

## BAB 5 SIMPULAN DAN SARAN

### 5.1 Simpulan

#### 5.1.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan pada klien post op fraktur kruris dengan masalah keperawatan nyeri akut didapatkan data berjenis kelamin perempuan, usia di atas 45 tahun, yang menjadi keluhan utama kedua klien yaitu nyeri pada kakinya tepatnya kaki bagian bawah yang telah dilakukan tindakan operasi, nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk dengan skala 6 (*Wong-Baker Faces Pain rating Scale*), nyeri sejak klien sadar, nyeri seakan hilang timbul dan nyeri bertambah ketika kaki dicoba digerakkan  $\pm 2$  menit.

#### 5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada kedua klien post op fraktur kruris memiliki masalah keperawatan yaitu nyeri akut yang berhubungan dengan agens cedera fisik (prosedur bedah), dengan batasan karakteristik bukti nyeri yang menggunakan standar daftar periksa nyeri untuk pasien yang tidak dapat mengungkapkannya dan ekspresi wajah menyeringai. Terdapat 9 batasan karakteristik yang muncul pada klien post op fraktur kruris dari 13 batasan karakteristik menurut NANDA International, (2015).

#### 5.1.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada klien post op fraktur kruris dengan masalah keperawatan nyeri akut memiliki 8 intervensi keperawatan dengan tambahan 1 intervensi keperawatan yaitu tindakan rawat luka. Semua intervensi telah diberikan pada Ny. S dan Ny. E. Adapun fokus intervensi keperawatan yang penulis lakukan untuk menurunkan intensitas nyeri pada pasien *post op* fraktur kruris yaitu dengan melakukan tindakan teknik relaksasasi nafas dalam dan kompres dingin.

#### 5.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan pada Ny. S dan Ny. E yang memiliki penyakit *post op* fraktur kruris dengan masalah keperawatan nyeri akut dilakukan selama 3 hari sesuai dengan intervensi keperawatan yang telah dibuat. Dari 8 intervensi keperawatan tersebut, penulis telah mengimplementasikan semua dan salah satu

implementasi yang merupakan fokus utama penulis yaitu relaksasi nafas dalam dan kompres dingin, namun hal tersebut tidak menutup kemungkinan penulis untuk tidak memperhatikan tindakan keperawatan lain yang telah direncanakan.

#### 5.1.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan pada Ny. S dan Ny. E yang mengalami post op fraktur kruris dengan masalah keperawatan nyeri akut menunjukkan hasil yaitu tujuan tercapai sebagian pada hari ke 3. Jadi perlu adanya pemantauan kembali sampai klien dinyatakan boleh pulang oleh dokter dan perlu dilanjutkannya intervensi untuk menurunkan resiko meningkatnya nyeri kembali yang diderita oleh klien.

### 5.2 Saran

#### 5.2.1 Bagi Perawat

Diharapkan perawat mampu memberikan proses asuhan keperawatan pada pasien dengan post op fraktur kruris dengan masalah keperawatan nyeri akut salah satunya dengan menerapkan teknik relaksasi nafas dalam. Hal ini diakarenakan nyeri akut dapat menyebabkan timbulnya komplikasi salah satunya seperti takikardi. Perawat perlu melakukan tindakan keperawatan yang tepat seperti relaksasi, nafas dalam, dan kompres dingin.

#### 5.2.2 Bagi Keluarga

Diharapkan keluarga mampu membantu beberapa atau semua aktivitas yang dibutuhkan oleh klien. Keluarga juga harus mengetahui cara latihan teknik nafas dalam pada klien nyeri akut, sehingga keluarga dapat membantu menerapkan dan memantau klien dalam melakukan teknik relaksasi nafas dalam di rumah.

#### 5.2.3 Bagi Penulis Selanjutnya

Diharapkan penulis selanjutnya mampu mengidentifikasi dengan cermat masalah dan keluhan pasien dengan masalah keperawatan nyeri akut dan mampu meningkatkan frekuensi tindakan relaksasi nafas dalam dengan disertai pendampingan oleh perawat saat tindakan, sehingga pengaplikasian asuhan keperawatan dapat dilakukan secara maksimal.

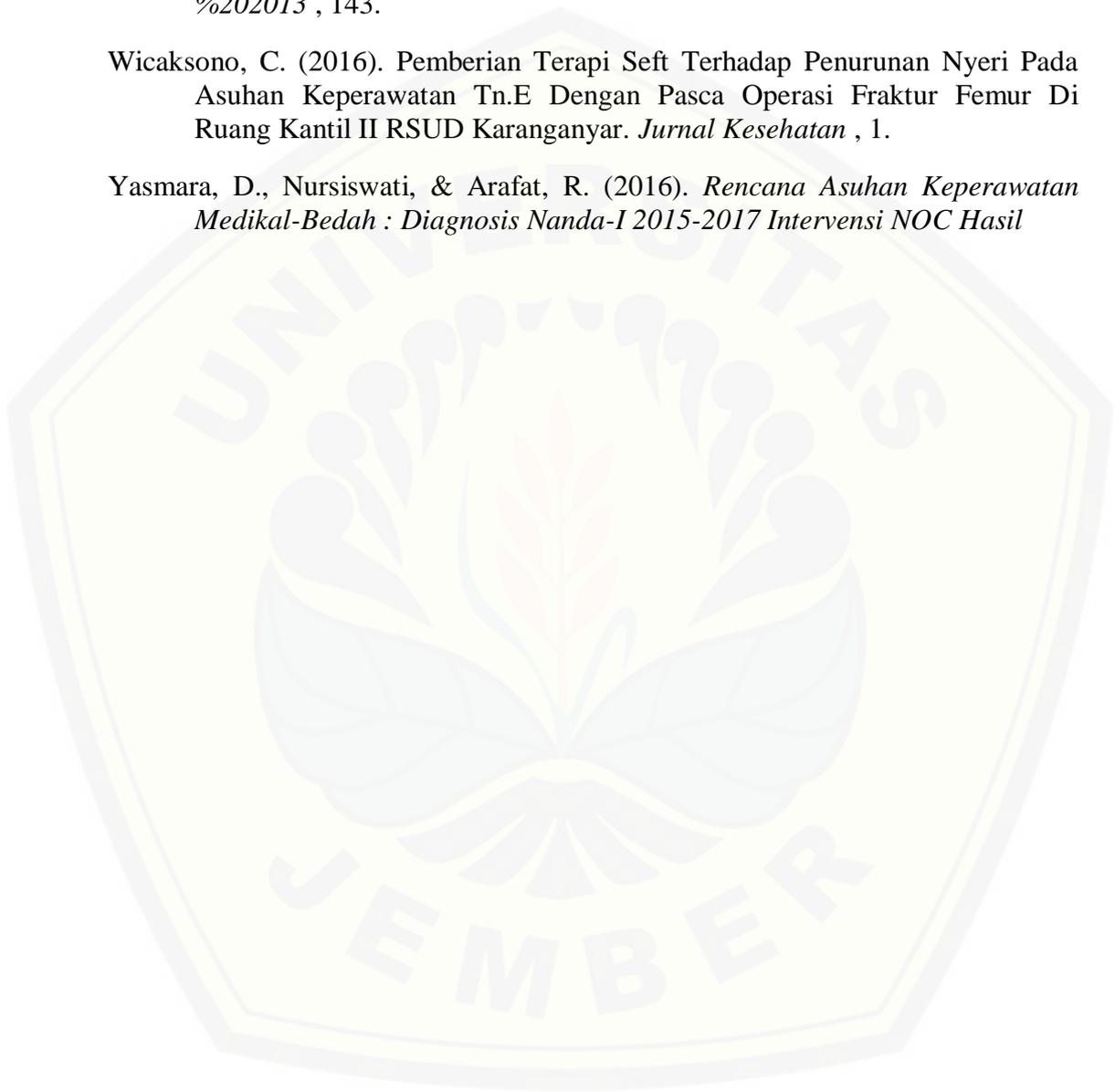
**DAFTAR PUSTAKA**

- Akbar, E. D. (2015). penatalaksanaan fisioterapi pada kasus post orif fraktur cruris 1/3 distal sinistra di RSUD Salatiga. <http://eprints.ums.ac.id/39711/21/NASKAH%20PUBLIKASI.pdf> , 06.
- Apley, A. G., & Solomon, L. (2013). *Buku Ajar Ortopedi Dan Fraktur Sistem Apley, Ed. 7*. Jakarta: Widya Medika.
- Aprianto, D., Kristiyawati, S. P., & Purnomo, S. C. (2013). Efektivitas Teknik Relaksasi Imajinasi Terbimbing Dan Nafas Dalam Terhadap Penurunan Kecemasan Pada Pasien Pre Operasi. *Jurnal Kesehatan* , 2.
- Aryani, R. (2011). Studi Fenomenologi: pengalaman klien yang mengalami fraktur ekstremitas bawah dengan pemasangan external fixator di RSUP Fatmawati Jakarta. <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20282041-T%20Ratna%20Aryani.pdf> , 1.
- Asmadi. (2008). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Asmadi. (2008). *Teknik prosedural Keperawatan Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*. Jakarta: Salemba Medika.
- Astari, R. Y. (2015). Pengaruh Hipnoterapi Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien Post Operasi Fraktur Femur Di Ruang Rawat Inap Bedah Rumah Sakit Orthopedi Surakarta. *3767-7972-1-SM.pdf* , 35-36.
- Firdaus, M., Bayhakki, & Misrawati. (2014). Efektivitas Terapi Musik Mozart Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Fraktur Ekstremitas Bawah. *Jurnal Kesehatan* , 1.
- Ghassani, Z. (2016). Pengaruh Pemberian Aromaterapi Lavender Dan Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Skala Nyeri Pada Pasien Post Operasi Fraktur Ekstremitas Di RS PKU Muhammadiyah Gamping. *Naskah\_Publikasi\_ZerlindaGhassani.pdf* , 3.
- Haryanto. (2008). *Konsep Dasar Keperawatan dengan Pemetaan Konsep* . Jakarta Selatan: Salemba Medika.
- Helmi, Z. N. (2012). *Buku Saku Keperawatan Kedaruratan di Bidang Bedah Ortopedi*. Jakarta Selatan: Salemba Medika.
- Herdman, T. H. (2015). *Nanda International Inc Diagnosis keperawatan : definisi & klasifikasi 2015-2017*. Jakarta: EGC.
- Heryanto, R., Rakhmat, A., & Ismail. (2013). Faktor Yang Berhubungan Dengan Terjadinya Infeksi Pasien Fraktur Terbuka Di Ruang Bedah Lontara 2 Orthopedi RSUP Dr.Wahidin Sudirohusodo Makassar. *Jurnal Kesehatan* , 9.
- Hidayat, A. A., & Uliyah, M. (2014). *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta: Salemba Medika.

- Holiluddin. (2014). Asuhan Keperawatan pada Pasien Fraktur Ekstremitas Bawah di RSI Sakinah Kota Mojokerto. <http://repository.poltekkesmajapahit.ac.id/index.php/PUB-KEP/article/view/529> , 2.
- Irawati, I., Priyanti, R. P., & Maryanti, H. (2016). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Operasi Fraktur Ekstremitas Atas Dengan Nyeri Akut Di Paviliun Asoka RSUD Jombang. *Jurnal Kesehatan*, 2.
- Istiqomah, I. N. (2015). *Modul Praktikum Keperawatan Dasar*. Lumajang: Akper Lumajang.
- KEMENTERIAN, K. R. (2014). Data Dasar Puskesmas. *Data Dasar Puskesmas* , 3-13.
- Lesmana, A. C. (2016). Meningkatkan Kemandirian Dalam Merawat Diri Pada Pasien Dengan Fraktur Femur 1/3 Proksimal Dekstra Post Orif Hari ke-2 Di RSOP Dr. R Soeharso Surakarta. *Jurnal Kesehatan* , 3.
- Lukman, & Ningsih, N. (2009). *Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal* . Jakarta: Salemba Medika.
- Lusiana, D. (2016). upaya meningkatkan efektifitas pola napas pada pasien fraktur dislokasi servikal di RSOP Surakarta. <http://eprints.ums.ac.id/44467/1/PDF%20APLOD.pdf> , 7.
- Maryunani, A. (2015). *Asuhan Keperawatan Intra Operasi Di Kamar Bedah (Selama Pembedahan) Seri Perawatan Perioperatif*. Jakarta: CV.TRANS INFO MEDIA.
- Mediarti, D., Rosnani, & Seprianti, S. M. (2015, Oktober). Pengaruh Pemberian Kompres Dingin Terhadap Nyeri Pada Pasien Fraktur Ekstremitas Tertutup di IGD RSMH Pelembang Tahun 2012. *Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan, Volume 2, No. 3* , 253-260.
- Mulyani, H., & Sri Harti Widyastuti, d. V. (2016). Tumbuhan Herbal Sebagai Jamu Pengobatan Tradisional Terhadap Penyakit Dalam Serat Primbon Jampi Jawi Jilid I. *Jurnal Penelitian Humaniora, Vol. 21. No. 2, Oktober 2016: 73-91* , 74-75.
- Muttaqin, A. (2008). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Sistem Muskuloskeletal*. Jakarta: EGC.
- Nanda International. (2015). *NANDA International Inc. Diagnosis Keperawatan: Definisi & Klasifikasi 2015-2017, Ed.10*. Jakarta: EGC.
- Noor, Z. (2016). *Buku Ajar Gangguan Muskuloskeletal*. Jakarta Selatan: Salemba Medika.
- Novita, D. (2012). pengaruh terapi musik terhadap nyeri post operasi open reduction and internal fixation (ORIF) di rsud dr.h.abdul moeloek propinsi

- lampung. <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20328120-T30673%20-%20Pengaruh%20terapi.pdf>, 3-4.
- Nugroho, B. (2009). Perbandingan efektivitas analgesi antara akupuntur dan fentanil pada nyeri pasca bedah fraktur tungkai bawah. <https://eprints.uns.ac.id/id/eprint/2256>, 2.
- Nurdin, S., Kiling, M., & Rottie, J. (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*, 2.
- Patasik, C. K., Tangka, J., & Rottie, J. (2013). Efektifitas Teknik Relaksasi Nafas Dalam Dan Giuded Imagery Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien Post Operasi Sectio Caesare Di Irna D Blu RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. *ejurnal keperawatan (e-Kp) Volume 1. Nomor 1. Agustus 2013*, 2.
- Permana, O., Nurchayati, S., & Herlina. (2015). Pengaruh Range Of Motion Terhadap Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Fraktur EKstremitas Bawah. *JOM Vol 2 No 2, Oktober 2015*, 1327.
- Pranata, B. (2016). Pemberian Latihan Rom Aktif Dan Pasif Terhadap Kepuasan Pasien Pada Asuhan Keperawatan Ny.S Dengan Post ORIF Fraktur Humerus Medial Sinistra Di Ruang Mawar II Rumah Sakit DR.Moewardi Surakarta. 17-19.
- Rampengan, S. F., Rondonuwu, R., & Onibala, F. (2013). Pengaruh Teknik Relaksasi dan Teknik Distraksi Terhadap Perubahan Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Di Ruang Irnina A Atas RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. *5172-10003-1-SM.pdf*, 2.
- Ropyanto, C. B. (2011). Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan status fungsional pasien paska Open Reductional Internal Fixation (ORIF) fraktur ekstremitas bawah di RS Ortopedi Prof. SOEHARSO Surakarta. <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20280296-T%20Chandra%20Bagus%20Ropyanto.pdf>, 19.
- Saputra, R. A. (2015). Pemberian Terapi Musik Mozart Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada ASuhan Keperawatan Nn.N Dengan Post Operasi Close Fraktur Fraktur Femur Dextra Di Ruang Parangseling RS.Ortopedi Surakarta. *Jurnal Kesehatan*, 2.
- Saputro, W. (2016). Upaya Penurunan Nyeri Pada Pasien Post Operasi Open Fraktur Cruris Di RSOP Dr. R. Soeharso Surakarta. *jurnal kesehatan*, 4-5.
- Smeltzer, S. C. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah Edisi 12*. Jakarta: EGC.
- Soetikno, F. (2018). *Cefoperazone-Sulbactam*. Dipetik Agustus 23, 2018, dari <http://www.dexa-medica.com/our-product/searchs/Cefoperazone-Sulbactam>.

- Suara, M., Dalami, E., Rochimah, Raenah, E., & Rusmiyati. (2010). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Suratun, Heryati, Manurung, S., & Raenah, E. (2008). *Seri Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Sistem Muskuloskeletal*. Jakarta: EGC.
- Trihono, M. (2013). Riset Kesehatan Dasar RISKESDAS 2013. <http://www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Riskasdas%202013> , 143.
- Wicaksono, C. (2016). Pemberian Terapi Seft Terhadap Penurunan Nyeri Pada Asuhan Keperawatan Tn.E Dengan Pasca Operasi Fraktur Femur Di Ruang Kantil II RSUD Karanganyar. *Jurnal Kesehatan* , 1.
- Yasmara, D., Nursiswati, & Arafat, R. (2016). *Rencana Asuhan Keperawatan Medikal-Bedah : Diagnosis Nanda-I 2015-2017 Intervensi NOC Hasil*



Lampiran 3.1

**JADWAL PENYELENGGARAAN PROPOSAL DAN KARYA TULIS ILMIAH: LAPORAN KASUS**

KETERANGAN	TAHUN 2017																TAHUN 2018																							
	FEB				MAR-NOV				DES				JAN				FEB - MARET				APRIL				MEI				JUNI				JULI				AGUSTUS			
	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	1	2	3	4	1	2	3	4
Informasi Penelitian	■	■																																						
Konfirmasi Penelitian	■	■																																						
Konfirmasi Judul			■																																					
Penyusunan Proposal Laporan kasus				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																								
Sidang Proposal																	■																							
Revisi																	■	■																						
Pengumpulan Data																			■	■	■	■	■	■																
Konsul Penyusunan Data																					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■								
Ujian Sidang																																	■							
Revisi																																	■	■	■					
Pengumpulan Laporan kasus																																				■				

Lampiran 3.2 *Informed* Consent Klien 1

Lampiran 2

**FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN  
(INFORMED CONSENT)**

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang
--

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertandatangan di bawah ini :

Inisial : Ny. S.....  
 Umur : 47 tahun.....  
 Jenis kelamin : Perempuan.....  
 Alamat : Dusun Karanganyar 2 RT/34 RW/12 Desa Dauuhan Wetan Lumajang.....  
 Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga.....

Setelah mendapatkan keterangan secukupnya sertamenya dari manfaat dan resiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul :

“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Op Fraktur Kruris Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di Ruang Kenanga RSUD dr.Haryoto Lumajang 2018 ”

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

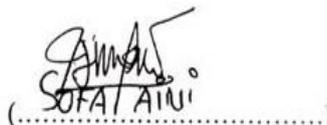
Lumajang, 13 April 2018

Mengetahui,  
Penanggung Jawab Penelitian

Yang Menyetujui,  
Peserta Penelitian



**Aqilah Maulidivah**  
NPM. 152303101078



(.....)

Lampiran 3.3 *Informed* Consent Klien 2

Lampiran 2

**FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN  
(INFORMED CONSENT)**

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang
--

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertandatangan di bawah ini :

Inisial : Ny. E .....

Umur : 55 tahun .....

Jenis kelamin : Perempuan .....

Alamat : Tempeh Tengah .....

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga .....

Setelah mendapatkan keterangan secukupnya sertamenya dari manfaat dan resiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul :

“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Op Fraktur Kruris Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di Ruang Kenanga RSUD dr.Haryoto Lumajang 2018 ”

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

Lumajang, 21 April 2018 .....

Mengetahui,  
Penanggung Jawab Penelitian



**Aqilah Maulidiyah**  
NPM. 152303101078

Yang Menyetujui,  
Peserta Penelitian



(.....)  
Siti SOLIKHA



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI  
UNIVERSITAS JEMBER

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN KAMPUS LUMAJANG  
Jl. Brigjend. Katamso Telp. (0334) 882262. Fax. (034) 882262 Lumajang 67312  
Email: [d3keperawatan@unej.ac.id](mailto:d3keperawatan@unej.ac.id)

KEPUTUSAN KOORDINATOR PRODI D3 KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER KAMPUS LUMAJANG

Nomor : 185/UN25.1.14.2/UT/2018

TENTANG

IJIN PENYUSUNAN KARYA TULIS ILMIAH

Koordinator Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang, setelah menimbang pedoman menyusun Karya Tulis Ilmiah Akademi Keperawatan Pemerintah Kabupaten Lumajang, Nomor: 188.4/472/427.35.28/2015 Tanggal 20 Agustus 2015, dengan persetujuan pembimbing tanggal 23 Februari 2018

MEMUTUSKAN

Menetapkan kepada mahasiswa tersebut dibawah ini :

Nama : Aqilah Maulidiyah  
Nomor Induk Mahasiswa : 152303101078  
Tempat, Tanggal Lahir : Lumajang, 01 November 1995  
Prodi : D3 Keperawatan  
Tingkat / Semester : III/ VI  
Alamat : Dusun Sumbereling RT 15 RW 03 Kunir Lor, Kecamatan Kunir,  
Kabupaten Lumajang

dijijinkan memulai menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Op Fraktur Kruris Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di Ruang Kenanga RSUD dr.Haryoto Lumajang Tahun 2018"

Dengan pembimbing :

1. Zainal Abidin, M.Kes, CBHC, CTN

Surat Keputusan ini mulai berlaku sejak ditetapkan dan akan ditinjau kembali jika dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan.

Ditetapkan di : Lumajang  
Pada Tanggal : 23 Februari 2018

Koordinator Prodi D3 Keperawatan  
Kampus Lumajang



NURUL HAYATI, S.Kep.Ners. MM  
NIP. 19650629198703 2 008

Lumajang, 23 Februari 2018

Perihal : Permohonan penerbitan surat  
permohonan ijin pengambilan  
data penelitian.

Yth. Koordinator Prodi D3 Keperawatan  
UNEJ Kampus Lumajang  
di -

LUMAJANG

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya, mahasiswa D3 Keperawatan Universitas  
Jember Kampus Lumajang :

Nama : Aqilah Maulidivah  
NIM : 152303101078

Telah mendapatkan ijin dari Pembimbing KTI saya untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah  
dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Op Fraktur Kruris Dengan  
Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di Ruang Kenanga RSUD dr.Haryoto Lumajang  
Tahun 2018"

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon perkenan Koordinator  
Prodi D3 Keperawatan UNEJ Kampus Lumajang untuk memberikan surat pengantar dan  
permohonan ijin untuk melakukan penelitian di institusi tersebut dibawah ini :

Nama Instansi : Ruang Kenanga RSUD Dr. Haryoto Lumajang  
Alamat : Jl. Basuki Rahmat No. 5 Lumajang, Kabupaten Lumajang  
Waktu penelitian : Februari – Mei 2018

Demikian atas perkenannya di ucapkan terima kasih

Mengetahui :  
Pembimbing KTI



Zainal Abidin, M.Kes, CBHC, CTN  
NIP. 19800131 200801 1 007

Hormat kami,  
Pemohon,



Aqilah Maulidivah  
NIM 152303101078

## Lampiran 4.2 Diagnosa Keperawatan Lain Yang Muncul

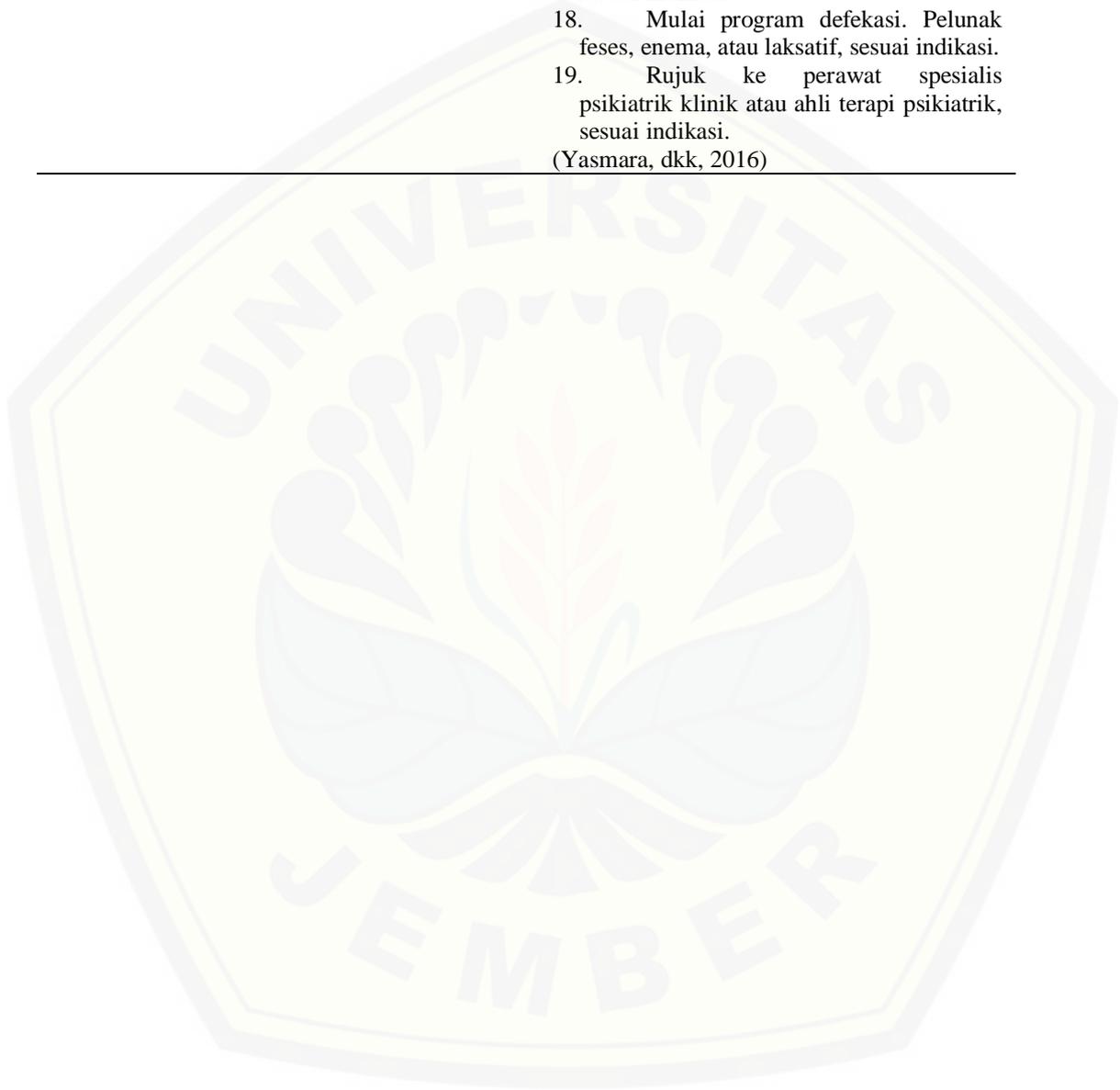
Klien 1	Klien 2
<p>Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri yang ditandai dengan klien mengatakan aktivitasnya terganggu, tidak bisa beraktivitas seperti biasanya karena kakinya terasa nyeri, sehingga aktivitasnya dibantu oleh keluarganya, ADL dibantu oleh keluarganya, terdapat edema disekitar luka bekas operasi pada kedua kakinya, klien hanya berbaring di atas tempat tidur, wajah tampak menyeringai ketika kaki digerakkan, terdapat luka bekas operasi pada kedua kaki, pada kaki sebelah kiri terdapat luka jahit <math>\pm 17</math> cm dengan jumlah jahitan 11 dan kaki sebelah kanan terdapat luka jahit sepanjang 14 cm dengan jumlah jahitan sebanyak 9 jahitan, tidak ada eksudat, luka bersih, jahitan rapi, edema pada kedua kaki, terpasang infus ditangan kanan.</p>	<p>Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan klien mengatakan tidak bisa beraktivitas seperti biasanya karena kakinya terasa nyeri, klien merasa bergantung pada keluarganya karena semua aktivitas dibantu oleh keluarganya, ADL dibantu oleh keluarganya, terdapat edema pada kaki kirinya bekas operasi, klien hanya berbaring dan terlentang di atas tempat tidur, wajah tampak menyeringai ketika kaki digerakkan, terdapat luka bekas operasi pada kaki sebelah kiri, terdapat luka jahit sepanjang <math>\pm 14</math> cm dengan jumlah jahitan sebanyak 9 jahitan, tidak ada eksudat, luka bersih, jahitan rapi, terpasang infus ditangan kanan.</p>

Pada penelitian yang telah dilakukan oleh penulis menghasilkan beberapa diagnose keperawatan yang sesuai dengan teori diatas yaitu nyeri akut dan untuk diagnosa lain yang muncul yaitu hambatan mobilitas fisik. Untuk diagnosa keperawatan lain tidak sesuai dengan penelitian yang telah dilakukan. Lampiran 4.3 Intervensi data lain yang muncul.

## Lampiran 4.4 Intervensi Masalah Keperawatan Lain Yang Muncul

Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi (NIC)
Setelah dilakukannya tindakan keperawatan diharapkan Tingkat nyeri berkurang (Wilkinson, 2011)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ambulasi</li> <li>2. Ambulasi: Kursi Roda</li> <li>3. Keseimbangan</li> <li>4. Perfroma mekanika tubuh</li> <li>5. Pergerakan terkoordinasi</li> <li>6. Pergerakan sendi</li> <li>7. Mobilitas</li> <li>8. Fungsi skeletal</li> <li>9. Performa berpindah (Wilkinson, 2011)</li> </ol>	<p><b>Perawatan tirah baring :</b></p> <p><i>Independen</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji tingkat imobilitas yang disebabkan oleh cedera dan/atau terapi dan cacat persepsi klien tentang imobilitas.</li> <li>2. Anjurkan partisipasi dalam aktivitas pengalih atau rekreasi. Pertahankan lingkungan yang menstimulasi (radio, TV, surat kabar, barang milik pribadi, gambar, jam, kalender, dan kunjungan dari keluarga dan teman).</li> <li>3. Instruksikan klien dalam latihan RPS aktif, atau bantu dengan latihan RPS pasif pada ekstremitas yang terkena dan tidak terkena.</li> <li>4. Anjurkan penggunaan latihan isometrik, yang dimulai dengan ekstremitas yang tidak terkena.</li> <li>5. Beri footboard, bidai pergelangan tangan, dan trochanter roll atau handroll jika tepat.</li> <li>6. Instruksikan dan anjurkan penggunaan rekstok gantung dan “posisi pasca” untuk fraktur ekstremitas bawah.</li> <li>7. Bantu dan anjurkan aktivitas perawatan diri seperti mandi, bercukur, hygiene oral.</li> <li>8. Bantu mobilitas dengan alat kursi roda, <i>walker</i>, kruk, dan/atau tongkat sesegera mungkin. Instruksikan penggunaan alat bantu mobilitas yang aman.</li> <li>9. Pantau tekanan darah seiring dengan melakukan aktivitas kembali. Catat laporan pusing.</li> <li>10. Ubah posisi secara berkala dan anjurkan latihan batuk dan napas dalam.</li> <li>11. Auskultasi bising usus. Pantau kebiasaan eliminasi dan berikan rutinitas defekasi yang teratur. Letakkan pispot disamping tempat tidur, jika dapat dilakukan. Berikan privacy.</li> <li>12. Evaluasi kebiasaan defekasi sebelumnya pada klien.</li> <li>13. Anjurkan peningkatan asupan cairan sebesar 2.000-3.000 mL/hari dalam toleransi jantung, termasuk jus pohon yang asam seperti kranberi.</li> <li>14. Beri diet tinggi protein, karbohidrat, vitamin, dan mineral.</li> <li>15. Tingkatkan jumlah makanan kasar dan serat dalam diet. Batasi makanan</li> </ol>

Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi (NIC)
		<p>pembentuk gas. <i>Kolaboratif</i></p> <ol style="list-style-type: none"><li>16. Konsultasikan dengan ahli terapi fisik atau ahli terapi okupasional dan/ atau spesialis rehabilitasi.</li><li>17. Rujuk ke tim ahli diet atau nutrisi, sesuai indikasi.</li><li>18. Mulai program defekasi. Pelunak feses, enema, atau laksatif, sesuai indikasi.</li><li>19. Rujuk ke perawat spesialis psikiatrik klinik atau ahli terapi psikiatrik, sesuai indikasi.</li></ol> <p>(Yasmara, dkk, 2016)</p>



Lampiran 4.4 Implementasi Masalah Keperawatan Lain Yang Muncul Pada Klien 1

Diagnosa	Klien 1 (Ny.S)					
	Hari ke-1 13 April 2018		Hari ke-2 14 April 2018		Hari ke-3 15 April 2018	
	Jam	Implementasi	Jam	Implementasi	Jam	Implementasi
Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	14.10	1. Melakukan pengkajian terhadap derajat imobilisasi klien Hasil : klien mengatakan takut menggerakkan kakinya yang habis dioperasi	07.45	1. Melakukan pengkajian terhadap derajat imobilisasi klien Hasil : klien mengatakan takut menggerakkan kakinya yang habis dioperasi jika tidak di bantu orang lain	15.00	1. Melakukan pengkajian terhadap derajat imobilisasi klien Hasil : klien mengatakan sudah berani menggerakkan kakinya yang sakit tanpa bantuan orang lain
	14.25	2. Mengajukan klien untuk melakukan aktivitas/rekreasi dengan cara membaca koran, mengobrol dengan teman sekamarnya ataupun dengan saudara yang berkunjung. Hasil : klien mengatakan sering mengobrol dan bergurau dengan teman sekamar dan saudara yang menjenguk.	07.50	2. Mengajukan klien untuk melakukan aktivitas/rekreasi dengan cara membaca koran, mengobrol dengan teman sekamarnya ataupun dengan saudara yang berkunjung. Hasil : klien mengatakan sering mengobrol dan bergurau dengan teman sekamar dan saudara yang menjenguk.	14.25	2. Mengajarkan klien bagaimana cara melakukan ROM pasif dan aktif Hasil : klien kooperatif dan mampu melakukan ROM aktif dengan melakukan gerakan fleksi ekstensi paha dan lutut tanpa bantuan perawat
	14.15	3. Memberikan Pendidikan kesehatan pada klien tentang mobilisasi pasca operasi sperti ROM dan Ambulasi Hasil : klien mengatakan sekarang sudah mengerti tentang pentingnya melakukan mobilisasi pasca operasi.	08.10	3. Mengajarkan klien bagaimana cara melakukan ROM pasif dan aktif Hasil : klien kooperatif dan mampu melakukan ROM pasif dengan melakukan gerakan fleksi ekstensi paha dan lutut dengan bantuan perawat	15.35	3. Mengajarkan kepada klien tentang teknik ambulasi Hasil : klien kooperatif dan klien sudah bisa duduk tanpa bantuan perawat
	14.35	4. Mengajarkan klien bagaimana cara melakukan ROM pasif dan aktif Hasil : klien kooperatif dan mampu melakukan ROM pasif dengan melakukan gerakan fleksi ekstensi paha dan lutut	08.30	4. Mengajarkan kepada klien tentang teknik ambulasi Hasil : klien kooperatif dan klien sudah bisa duduk dengan bantuan perawat	15.40	4. Membantu klien dalam melakukan mobilisasi seperti miring kanan dan miring kiri Hasil : klien bisa melakukan miring kanan dn miring kiri tanpa bantuan perawat
	14.40	5. Memantau TTV klien Hasil : TD: 120/80 mmHg RR: 20 x/m				5. Memantau TTV klien Hasil : TD: 120/80 mmHg RR: 20 x/m

		dengan bantuan perawat	10.30										
16.20	5.	Mengajarkan kepada klien tentang teknik ambulasi Hasil : klien kooperatif dan klien masih tidak bisa duduk		5.	Membantu klien dalam melakukan mobilisasi seperti miring kanan dan miring kiri Hasil : klien kesulitan untuk melakukan mobilisasi tanpa bantuan orang lain	16.30	N: 96x/m S: 37,5 °C						
17.00	6.	Membantu klien dalam melakukan mobilisasi seperti miring kanan dan miring kiri Hasil : klien kesulitan untuk melakukan mobilisasi tanpa bantuan orang lain	07.40	6.	Memantau TTV klien Hasil : TD: 110/70 mmHg RR: 22 x/m N: 112x/m S: 36 °C	16.15	6. Menilai kekuatan otot klien Hasil : <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px 10px;">5</td><td style="padding: 5px 10px;">5</td></tr><tr><td colspan="2" style="border-top: 1px solid black;"></td></tr><tr><td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px 10px;">4</td><td style="padding: 5px 10px;">5</td></tr></table>	5	5			4	5
5	5												
4	5												
14.20	7.	Memantau TTV klien Hasil : TD: 110/70 mmHg RR: 20 x/m N: 92x/m S: 36 °C	09.00	7.	Menilai kekuatan otot klien Hasil : <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px 10px;">5</td><td style="padding: 5px 10px;">5</td></tr><tr><td colspan="2" style="border-top: 1px solid black;"></td></tr><tr><td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px 10px;">3</td><td style="padding: 5px 10px;">5</td></tr></table>	5	5			3	5		7. Melakukan kolaborasi injeksi obat santagesik dan cefobactam Hasil : klien kooperatif dan obat sudah masuk melalui jalur IV
5	5												
3	5												
15.00	8.	Menilai kekuatan otot klien Hasil : <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px 10px;">5</td><td style="padding: 5px 10px;">5</td></tr><tr><td colspan="2" style="border-top: 1px solid black;"></td></tr><tr><td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px 10px;">2</td><td style="padding: 5px 10px;">5</td></tr></table>	5	5			2	5	07.30	8.	Melakukan kolaborasi injeksi obat santagesik dan cefobactam Hasil : klien kooperatif dan obat sudah masuk melalui jalur IV		
5	5												
2	5												
17.00	9.	Melakukan kolaborasi injeksi obat santagesik dan cefobactam Hasil : klien kooperatif dan obat sudah masuk melalui jalur IV											

## Lampiran 4.5 Implementasi Masalah Keperawatan Lain Yang Muncul Pada Klien 2

Diagnosa	<b>Klien 2 (Ny.E)</b>					
	Hari ke-1 20 April 2018		Hari ke-2 21 April 2018		Hari ke-3 22 April 2018	
	Jam	Implementasi	Jam	Implementasi	Jam	Implementasi
Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	07.15	1. Melakukan pengkajian terhadap derajat imobilisasi klien Hasil : klien mengatakan takut menggerakkan kakinya yang habis dioperasi	07.45	1. Melakukan pengkajian terhadap derajat imobilisasi klien Hasil : klien mengatakan takut menggerakkan kakinya yang habis dioperasi jika tidak di bantu orang lain	14.30	1. Melakukan pengkajian terhadap derajat imobilisasi klien Hasil : klien mengatakan sudah berani menggerakkan kakinya yang sakit tanpa bantuan orang lain
	07.40	2. Menganjurkan klien untuk melakukan aktivitas/rekreasi dengan cara membaca koran, mengobrol dengan teman sekamarnya ataupun dengan saudara yang berkunjung. Hasil : klien mengatakan sering mengobrol dan bergurau dengan teman sekamar dan saudara yang menjenguk.	08.20	2. Menganjurkan klien untuk melakukan aktivitas/rekreasi dengan cara membaca koran, mengobrol dengan teman sekamarnya ataupun dengan saudara yang berkunjung. Hasil : klien mengatakan sering mengobrol dan bergurau dengan teman sekamar dan saudara yang menjenguk.	14.40	2. Mengajarkan klien bagaimana cara melakukan ROM pasif dan aktif Hasil : klien kooperatif dan mampu melakukan ROM aktif dengan melakukan gerakan fleksi ekstensi paha dan lutut tanpa bantuan perawat
	07.35	3. Memberikan Pendidikan kesehatan pada klien tentang mobilisasi pasca operasi seperti ROM dan Ambulasi Hasil : klien mengatakan sekarang sudah mengerti tentang pentingnya melakukan mobilisasi pasca operasi.	08.25	3. Mengajarkan klien bagaimana cara melakukan ROM pasif dan aktif Hasil : klien kooperatif dan mampu melakukan ROM pasif dengan melakukan gerakan fleksi ekstensi paha dan lutut dengan bantuan perawat	15.00	3. Mengajarkan kepada klien tentang teknik ambulasi Hasil : klien kooperatif dan klien sudah bisa duduk tanpa bantuan perawat
	07.50	4. Mengajarkan klien bagaimana cara melakukan ROM pasif dan aktif Hasil : klien kooperatif dan mampu melakukan ROM pasif dengan melakukan gerakan fleksi ekstensi paha dan lutut dengan bantuan perawat	08.30	4. Mengajarkan kepada klien tentang teknik ambulasi Hasil : klien kooperatif dan klien sudah bisa duduk dengan bantuan perawat	15.20	4. Membantu klien dalam melakukan mobilisasi seperti miring kanan dan miring kiri Hasil : klien bisa melakukan miring kanan dn miring kiri tanpa bantuan perawat
				10.00	5. Membantu klien dalam melakukan mobilisasi seperti	

08.15	5.	Mengajarkan kepada klien tentang teknik ambulasi Hasil : klien kooperatif dan klien masih tidak bisa duduk		miring kanan dan miring kiri Hasil : klien kesulitan untuk melakukan mobilisasi tanpa bantuan orang lain	16.00	N: 90x/m S: 37 °C		
08.30	6.	Membantu klien dalam melakukan mobilisasi seperti miring kanan dan miring kiri Hasil : klien kesulitan untuk melakukan mobilisasi tanpa bantuan orang lain	07.35	6.	Memantau TTV klien Hasil : TD: 100/70 mmHg RR: 20 x/m N: 106x/m S: 36 °C	6.	Menilai kekuatan otot klien Hasil :	
07.30	7.	Memantau TTV klien Hasil : TD: 120/80 mmHg RR: 20 x/m N: 88x/m S: 36,8 °C	10.40	7.	Menilai kekuatan otot klien Hasil :	16.20	7.	Melakukan kolaborasi injeksi obat santagesik dan cefobactam Hasil : klien kooperatif dan obat sudah masuk melalui jalur IV
09.00	8.	Menilai kekuatan otot klien Hasil :						
				08.00	8.			
07.20	9.	Melakukan kolaborasi injeksi obat santagesik dan cefobactam Hasil : klien kooperatif dan obat sudah masuk melalui jalur IV						

5	5
4	5

5	5
3	5

5	5
2	5

## Lampiran 4.6 Evaluasi Masalah Keperawatan Lain Klien 1 dan 2

Klien Tanggal evaluasi Evaluasi/ NOC	<b>Klien 1 (Tn. S)</b> 13 April 2018 SOAP	<b>Klien 2 (Ny. E)</b> 20 April 2018 SOAP												
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempertahankan posisi fungsi.</li> <li>2. Meningkatkan kekuatan dan fungsi bagian tubuh yang terkena dan kompensatori.</li> <li>3. Mencapai kembali dan mempertahankan mobilitas pada tingkat setinggi mungkin.</li> <li>4. Menunjukkan teknik yang memungkinkan pengembalian aktivitas, terutama aktivitas kehidupan sehari-hari.</li> </ol>	<p>S : klien mengatakan rentang geraknya terbatas, pasien sulit miring kanan dan miring kiri, aktivitas di bantu oleh keluarga</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rentang gerak klien terbatas</li> <li>2. Klien melakukan ROM pasif dengan bantuan perawat</li> <li>3. Klien sulit membolak balikkan tubuhnya</li> <li>4. Aktivitas di bantu oleh keluarga</li> <li>5. Kekuatan otot</li> </ol> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">5</td> <td style="padding: 5px;">5</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">2</td> <td style="padding: 5px;">2</td> </tr> </table> <p>6. TTV TD: 110/70 mmHg RR: 20 x/m N: 96 x/m S: 37,6 °C</p> <p>A : Tujuan belum tercapai</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 1,3,4,5,6,8</p>	5	5			2	2	<p>S : klien mengatakan rentang geraknya terbatas, pasien sulit miring kanan dan miring kiri, aktivitas di bantu oleh keluarga, klien mengatakan takut menggerakkan kakinya</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien sulit membolak balikkan tubuhnya</li> <li>2. Klien melakukan ROM pasif dengan bantuan perawat</li> <li>3. Rentang gerak klien terbatas</li> <li>4. Aktivitas di bantu oleh keluarga</li> <li>5. Klien takut menggerakkan kakinya</li> <li>6. Kekuatan otot</li> </ol> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">5</td> <td style="padding: 5px;">5</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">5</td> <td style="padding: 5px;">2</td> </tr> </table> <p>7. TTV TD: 120/80 mmHg RR: 20 x/m N: 88 x/m S: 36,8 °C</p> <p>A : Tujuan belum tercapai</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 1,3,4,5,6,8</p>	5	5			5	2
5	5													
2	2													
5	5													
5	2													

Klien Tanggal evaluasi Evaluasi/ NOC	Klien 1 (Tn. S) 14 April 2018 SOAP	Klien 2 (Ny. E) 21 April 2018 SOAP												
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ambulasi</li> <li>2. Ambulasi: Kursi Roda</li> <li>3. Keseimbangan</li> <li>4. Perfroma mekanika tubuh</li> <li>5. Pergerakan terkoordinasi</li> <li>6. Pergerakan sendi</li> <li>7. Mobilitas</li> <li>8. Fungsi skeletal</li> <li>9. Performa berpindah</li> </ol>	<p>S : klien mengatakan rentang gerakanya terbatas, klien mengatakan sudah bisa membolak balikkan badannya sedikit sedikit dengan dan tanpa bantuan orang lain, klien mengatakan sudah bisa duduk dengan bantuan orang lain</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rentang gerak klien terbatas</li> <li>2. Klien sudah belum bisa membolak balikkan tubuhnya</li> <li>3. Klien duduk dengan bantuan orang lain</li> <li>4. Klien melakukan ROM pasif dengan bantuan perawat</li> <li>5. Kekuatan otot</li> </ol> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">5</td> <td style="padding: 5px;">5</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">3</td> <td style="padding: 5px;">3</td> </tr> </table> <p>6. TTV TD:110/70 mmHg RR: 22 x/m N: 112 x/m S: 36 °C</p> <p>A : Tujuan tercapai sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 1,3,4,5,6,8</p>	5	5			3	3	<p>S : klien mengatakan sudah tidak takut menggerakkan kakinya, klien mengatakan rentang gerakanya masih terbatas, klien mengatakan bisa sedikit miring kanan dan miring kiri</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tidak takut menggerakkan kakinya</li> <li>2. Rentang gerak klien terbatas</li> <li>3. Klien sudah bisa sedikit-sedikit miring kanan dan miring kiri</li> <li>4. Klien duduk dengan bantuan orang lain</li> <li>5. Klien melakukan ROM pasif dengan bantuan perawat</li> <li>6. Kekuatan otot</li> </ol> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">5</td> <td style="padding: 5px;">5</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">5</td> <td style="padding: 5px;">3</td> </tr> </table> <p>7. TTV TD:100/70 mmHg RR: 20 x/m N: 106 x/m S: 36 °C</p> <p>A : Tujuan tercapai sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 1,3,4,5,6,8</p>	5	5			5	3
5	5													
3	3													
5	5													
5	3													

Klien Tanggal evaluasi Evaluasi/ NOC	<b>Klien 1 (Tn. S)</b>  15 April 2018 SOAP	<b>Klien 2 (Ny. E)</b>  22 April 2018 SOAP												
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempertahankan posisi fungsi.</li> <li>2. Meningkatkan kekuatan dan fungsi bagian tubuh yang terkena dan kompensatori.</li> <li>3. Mencapai kembali dan mempertahankan mobilitas pada tingkat setinggi mungkin.</li> <li>4. Menunjukkan teknik yang memungkinkan pengembalian aktivitas, terutama aktivitas kehidupan sehari-hari.</li> </ol>	<p>S : klien mengatakan sudah bisa duduk secara mandiri, klien mengatakan bisa membolak balikkan tubuhnya secara mandiri</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien bisa membolak balikkan tubuhnya dengan dibantu</li> <li>2. Klien belum bisa duduk dengan mandiri</li> <li>3. Klien dapat melakukan ROM aktif dengan bantuan perawat</li> <li>4. Kekuatan otot</li> </ol> <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px 10px;">5</td> <td style="padding: 5px 10px;">5</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px 10px;">4</td> <td style="padding: 5px 10px;">5</td> </tr> </table> <p>5. TTV TD:120/80 mmHg RR: 20 x/m N: 96 x/m S: 37,5 °C</p> <p>A : Tujuan tercapai sebagian</p> <p>P : Pasien pulang</p>	5	5			4	5	<p>S : klien mengatakan bisa miring kanan dan miring kiri secara mandiri, klien mengatakan dapat duduk dengan mandiri</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien dapat duduk dengan dibantu keluarga</li> <li>2. Klien dapat miring kanan dan miring kiri tanpa bantuan orang lain</li> <li>3. Klien dapat melakukan ROM aktif tanpa bantuan perawat</li> <li>4. Kekuatan otot</li> </ol> <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px 10px;">5</td> <td style="padding: 5px 10px;">5</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px 10px;">4</td> <td style="padding: 5px 10px;">5</td> </tr> </table> <p>5. TTV TD:120/80 mmHg RR: 20 x/m N: 96 x/m S: 37,5 °C</p> <p>A : Tujuan tercapai sebagian</p> <p>P : Pasien pulang</p>	5	5			4	5
5	5													
4	5													
5	5													
4	5													

## Lampiran 4.7 SAP Teknik Napas Dalam

**SATUAN ACARA PENYULUHAN**

<b>Topik</b>	: Teknik Nafas Dalam
<b>Waktu</b>	: 20 menit
<b>Tempat</b>	: Ruang Kenanga
<b>Sasaran</b>	: Pasien dan Keluarga Pasien Yang Mengalami <i>Post Op</i> Fraktur Kruris
<b>Penyuluh</b>	: Aqilah Maulidiyah

---

**A. ANALISA SITUASIONAL**

## 1. Peserta

Pasien dan Keluarga Pasien Yang Mengalami *Post Op* Fraktur Kruris

- Jumlah ± 2-3 orang

## 2. Ruangan

- Diruangan pasien dirawat (Ruangan Kenanga RSUD Dr.Haryoto Lumajang)
- Ventilasi baik

## 3. Penyuluh

Pasien dan keluarga pasien yang mengalami *post op* fraktur kruris

- Mampu mengkomunikasikan materi penyuluhan dengan baik dan menggunakan metode yang sesuai

**B. TUJUAN INSTRUKSIONAL**

## 1. Tujuan Instruksional Umum

Setelah dilakukan penyuluhan diharapkan peserta dapat mampu memahami tentang materi Teknik Nafas Dalam dan dapat mempraktikkannya sendiri oleh klien

## 2. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah dilakukan penyuluhan diharapkan :

- a. Menyebutkan pengertian Teknik Nafas Dalam
- b. Menyebutkan tujuan Teknik Nafas Dalam

- c. Menyebutkan indikasi Teknik Nafas Dalam
- d. Menyebutkan prosedur dan mempraktikkan Teknik Nafas Dalam

### C. MATERI PENYULUHAN

1. Pengertian Teknik Nafas Dalam
2. Tujuan Teknik Nafas Dalam
3. Indikasi Teknik Nafas Dalam
4. Prosedur Teknik Nafas Dalam

### D. KEGIATAN PENYULUHAN

Tahap Kegiatan	Kegiatan Penyaji	Kegiatan Peserta	Metode
Pembukaan (2 menit)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengucapkan salam pembuka</li> <li>2. Memperkenalkan diri</li> <li>3. Menjelaskan maksud dan tujuan penyuluhan.</li> <li>4. Relevansi</li> <li>5. Apresiasi</li> <li>6. Kontak waktu</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menjawab Salam</li> <li>• Mendengarkan</li> <li>• Memperhatikan</li> </ul>	Ceramah
Penyajian Materi (15 menit)	Penyampaian materi : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjelaskan pengertian teknik nafas dalam</li> <li>2. Memberi kesempatan kepada peserta untuk bertanya.</li> <li>3. Menjelaskan tujuan teknik nafas dalam</li> <li>4. Memberi kesempatan kepada peserta untuk bertanya.</li> <li>5. Menjelaskan indikasi teknik nafas dalam</li> <li>6. Memberi kesempatan kepada peserta untuk bertanya.</li> <li>7. Menjelaskan prosedur tindakan teknik nafas</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memperhatikan dan mendengarkan keterangan</li> <li>• Bertanya dan menjawab pertanyaan yang diajukan</li> </ul>	Ceramah , Tanya jawab

	dalam 8. Memberi kesempatan kepada peserta untuk bertanya dan mempraktikkan.		
Penutup ( 3menit )	1. Menanyakan kepada peserta tentang materi yang telah diberikan 2.Mengevaluasi kembali tentang materi yang di sampaikan 3.Membuat kesimpulan 4.Tindak lanjut 5.Salam penutup	Bertanya, Menjawab pertanyaan penyuluhan,	Tanya jawab dan ceramah

#### **E. MEDIA DAN ALAT PENYULUHAN**

1. Leaflet

#### **F. METODE PENYULUHAN**

1. Ceramah
2. Tanya jawab

#### **G. EVALUASI**

1. Apa pengertian teknik nafas dalam?
2. Apa tujuan teknik nafas dalam?
3. Apa indikasi dari teknik nafas dalam?
4. Bagaimana prosedur tindakan teknik nafas dalam?

## Materi Penyuluhan

### TEKNIK NAFAS DALAM

#### A. Pengertian Teknik Nafas Dalam

Menurut Smeltzer (2013), latihan nafas dalam adalah bernapas dengan perlahan dan menggunakan diafragma, sehingga memungkinkan abdomen terangkat perlahan dan dada mengembang penuh. Latihan nafas dalam bukanlah bentuk dari latihan fisik, ini merupakan teknik jiwa dan tubuh yang bisa ditambahkan dalam berbagai rutinitas guna mendapatkan efek relaks. Praktik jangka panjang dari latihan pernafasan dalam akan memperbaiki kesehatan. Bernafas pelan adalah bentuk paling sehat dari pernafasan dalam.

#### B. Tujuan Teknik Nafas Dalam

Menurut Smeltzer (2013), tujuan nafas dalam adalah untuk mencapai ventilasi yang lebih terkontrol dan efisien serta untuk mengurangi kerja bernafas, meningkatkan inflasi alveolar maksimal, meningkatkan relaksasi otot, menghilangkan ansietas, menyingkirkan pola aktifitas otot-otot pernafasan yang tidak berguna, tidak terkoordinasi, melambatkan frekuensi pernafasan, mengurangi udara yang terperangkap serta mengurangi kerja bernafas. Dengan demikian dilakukan latihan nafas dalam dapat meningkatkan pengembangan alveolar secara maksimal, sehingga memicu pertukaran gas dalam paru-paru tetap terpelihara, selain itu dengan latihan nafas dalam dapat meningkatkan efisiensi batuk, mengurangi stress baik stress fisik maupun emosional (Istiqomah, 2015).

#### C. Indikasi Teknik Nafas Dalam

Menurut Istiqomah (2015), tindakan latihan nafas dalam sangat dianjurkan untuk klien PPOK, Emfisema, Fibrosis, Asma, Chest Infection, Klien *Bed Rest* atau Post Operasi (*Thoraks Surgery and Abdominal Surgery*).

#### D. Prosedur Teknik Nafas Dalam

Berdasarkan Istiqomah, (2015), teknik nafas dalam yang dilakukan diantaranya:

6. Mengatur posisi klien sesuai dengan kebutuhan (semi fowler/high fowler)

7. Meletakkan salah satu telapak tangan pada kurva iga anterior dan salah satunya pada abdomen
8. Memberi intruksi pada klien bila perlu dengan contoh
9. Menganjurkan klien untuk menghirup nafas secara maksimal melalui hidung  $\pm 4$  detik sampai dada dan abdomen terasa terangkat maksimal. Anjurkan klien tetap menutup mulut selama inspirasi.
10. Menganjurkan klien untuk menahan nafas selama  $\pm 2$  detik
11. Menganjurkan klien untuk menghembuskan nafas melalui bibir yang dirapatkan dan sedikit terbuka (seperti bersiul) sambil mengencangkan (mengontraksi) otot-otot abdomen dalam waktu  $\pm 4$  detik.
12. Menganjurkan klien untuk melakukan pengulangan selama  $\pm 1$  menit dengan jeda  $\pm 2$  detik. Setiap pengulangan diikuti periode istirahat selama  $\pm 2$  menit. Setiap latihan nafas dalam dilakukan dalam lima siklus selama  $\pm 15$  menit.

#### DAFTAR PUSTAKA

- Istiqomah, I. N. (2015). *Modul Praktikum Keperawatan Dasar*. Lumajang: Akper Lumajang.
- Smeltzer, S. C. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah Edisi 12*. Jakarta: EGC.

## Lampiran 4.8 Prosedur Teknik Nafas Dalam

**Standart Operational Prosedur (SOP)****“Teknik Nafas Dalam”**

## a. Definisi

Teknik nafas dalam adalah bernapas dengan perlahan dan menggunakan diafragma, sehingga memungkinkan abdomen terangkat perlahan dan dada mengembang penuh.

## b. Tujuan

Pemberian teknik nafas dalam ini bertujuan untuk mencapai ventilasi yang lebih terkontrol dan efisien serta untuk mengurangi kerja bernafas, meningkatkan inflasi alveolar maksimal, meningkatkan relaksasi otot, menghilangkan ansietas, menyingkirkan pola aktifitas otot-otot pernafasan yang tidak berguna, tidak terkoordinasi, melambatkan frekuensi pernafasan, mengurangi udara yang terperangkap serta mengurangi kerja bernafas.

## c. Indikasi

Teknik nafas dalam sangat dianjurkan untuk klien PPOK, Emfisema, Fibrosis, Asma, Chest Infection, Klien *Bed Rest* atau Post Operasi (*Thoraks Surgery and Abdominal Surgery*).

Prosedur tindakan	Dilakukan	Tidak dilakukan
Pengkajian Keperawatan 1) Kaji program atau instruksi medis 2) Kaji status pernafasan klien 3) Kaji riwayat kesehatan yang dapat menjadikan indikasi maupun kontra indikasi dari latihan nafas dalam 4) Kumpulkan data pemeriksaan penunjang yang dapat mendukung perlunya dilakukan latihan nafas dalam, misalnya foto polos dada yang menggambarkan keadaan paru 5) Kaji tingkat pengetahuan klien tentang latihan nafas dalam 6) Kaji kemampuan klien dalam melakukan prosedur latihan nafas dalam		
Perencanaan Keperawatan 1) Hasil yang diharapkan selama prosedur: a) Klien dan keluarga kooperatif dalam tindakan b) Klien dan keluarga memahami tujuan dari tindakan yang diberikan c) Klien mengikuti arahan yang diajarkan oleh perawat d) Klien dapat melakukan tindakan secara mandiri pada sesi latihan berikutnya 2) Persiapan alat: a) Bed multi fungsi b) Handscoen dan masker wajah untuk proteksi		

c) Stetoskop		
<p>Implementasi Keperawatan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Mengucapkan salam terapeutik dan memperkenalkan diri</li> <li>2) Menjelaskan prosedur kepada klien dan meminta klien berpartisipasi</li> <li>3) Tetap memperhatikan komunikasi terapeutik dengan klien selama menyiapkan prosedur</li> <li>4) Mencuci tangan dengan cara 6 langkah</li> <li>5) Menjaga privasi klien</li> <li>6) Menggunakan handscoen dan masker wajah (bila perlu) untuk proteksi</li> <li>7) Mengatur posisi klien sesuai dengan kebutuhan (semi fowler / high fowler)</li> <li>8) Meletakkan salah satu telapak tangan pada kurva iga anterior dan salah satunya pada abdomen</li> <li>9) Member instruksi kepada klien bila perlu dengan contoh</li> <li>10)Menganjurkan klien untuk menghirup nafas secara maksimal melalui hidung <math>\pm</math> 4 detik sampai dada dan abdomen terasa terangkat maksimal. Anjurkan klien tetap menutup mulut selama inspirasi</li> <li>11)Menganjurkan klien untuk menahan nafas selama <math>\pm</math> 2 detik</li> <li>12)Menganjurkan klien untuk menghembuskan nafas melalui bibir yang dirapatkan dan sedikit terbuka (seperti bersiul) sambil mengencangkan (mengkontraksi) otot-otot abdomen dalam waktu <math>\pm</math> 4 detik</li> <li>13)Menganjurkan klien untuk melakukan pengulangan selama <math>\pm</math> 1 menit dengan jeda <math>\pm</math> detik. Setiap latihan nafas dalam dilakukan dalam lima siklus selama <math>\pm</math> 15 menit</li> <li>14)Merapikan klien, membuka sketsel, pintu, jendela serta membereskan alat</li> <li>15)Melepas handscoen dan masker lalu mencuci tangan dengan cara 6 langkah</li> <li>16)Melaksanakan dokumentasi tindakan yang dilakukan dan hasil serta respon klien pada lembar catatan klien, mencatat tanggal dan jam melakukan tindakan dan nama perawat yang melakukan dan tanda tangan / paraf pada lembar catatan klien</li> <li>17)Melakukan terminasi kepada klien</li> </ol>		
<p>Evaluasi Keperawatan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Mengkaji kembali status pernapasan klien</li> <li>2) Mengkaji kembali kondisi faal paru melalui hasil pemeriksaan penunjang</li> <li>3) Mengkaji kembali kemampuan klien dalam melakukan prosedur secara mandiri</li> </ol>		

Sumber: (Istiqomah, 2015)

### Bagaimana cara melakukannya?

1. Mengatur posisi klien sesuai dengan kebutuhan (semi fowler/high fowler)
2. Meletakkan salah satu telapak tangan pada kurva iga anterior dan salah satunya pada abdomen
3. Memberi intruksi pada klien bila perlu dengan contoh
4. Menganjurkan klien untuk menghirup nafas secara maksimal melalui hidung  $\pm 4$  detik sampai dada dan abdomen terasa terangkat maksimal. Anjurkan klien tetap menutup mulut selama inspirasi.
5. Menganjurkan klien untuk menahan nafas selama  $\pm 2$  detik

6. Menganjurkan klien untuk menghembuskan nafas melalui bibir yang dirapatkan dan sedikit terbuka (seperti bersiul) sambil mengencangkan (mengontraksi) otot-otot abdomen dalam waktu  $\pm 4$  detik.

7. Menganjurkan klien untuk melakukan pengulangan selama  $\pm 1$  menit dengan jeda  $\pm 2$  detik. Setiap pengulangan diikuti periode istirahat selama  $\pm 2$  menit. Setiap latihan nafas dalam dilakukan dalam lima siklus selama  $\pm 15$  menit.

## SATUAN ACARA PENYULUHAN

### TEKNIK NAFAS DALAM

Disusun oleh :

**Aqilah Maulidiyah (152303101078)**

## TEKNIK NAFAS DALAM

**Apa itu LATIHAN NAFAS DALAM?**

Latihan nafas dalam adalah bernapas dengan perlahan dan menggunakan diafragma, sehingga memungkinkan abdomen terangkat perlahan dan dada mengembang penuh.

## TUJUAN DILAKUKAN TEKNIK NAFAS DALAM

Tujuan nafas dalam adalah untuk mencapai ventilasi yang lebih terkontrol dan efisien serta untuk mengurangi kerja bernafas, meningkatkan inflasi alveolar maksimal, meningkatkan relaksasi otot, menghilangkan ansietas, menyingkirkan pola aktifitas otot-otot pernafasan yang tidak berguna, tidak terkoordinasi, melambatkan frekuensi pernafasan, mengurangi udara yang terperangkap serta mengurangi kerja bernafas.



**Dilakukan  
oleh siapa  
saja teknik**

Tindakan latihan nafas dalam sangat dianjurkan untuk klien PPOK, Emfisema, Fibrosis, Asma, Chest Infection, Klien *Bed Rest* atau Post Operasi (*Thoraks Surgery and Abdominal Surgery*).

	FORMULIR	No. Dok. : Akp / F / K / 29
	LOG BOOK PENYUSUNAN KARYA PROPOSAL MAHASISWA	Berlaku Sejak : 2016 Revisi :

LOG BOOK PENYUSUNAN KARYA TULIS ILMIAH  
MAHASISWA AKPER PEMKAB LUMAJANG

NAMA MAHASISWA : AQILAH MAULIDIYAH  
 N I M : 15.081  
 PROGRAM STUDI : D3 Keperawatan  
 JUDUL KARYA TULIS ILMIAH : Asuhan Keperawatan pada pasien post op fraktur kruris dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di ruang Kenanga RSUD dr. HARTOTO Lumajang.

TAHAP PENULISAN TUGAS AKHIR

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
1.	20 Feb 2017	Konsul judul	ACC judul		
2.	22 Feb 2017	Konsul BAB 1	Revisi BAB 1, BAB 1 harus MKKS (Masalah, Skala, kronologis, solusi)		
3.	01 Maret 2017	Konsul BAB 1	Revisi BAB 1, Masalah kurang fokus, skala dari wto → RS, solusi dari masalah Pn Sendiri		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
4.	30 Agustus 2017	Konsul BAB 1	Revisi BAB 1, menambahkan dampak dr masalah jika tidak segera ditangani dan revisi kronologis dan solusi		hy
5.	11 Sept 2017	Konsul BAB 1	Revisi masalah dan skala, menambahkan komplikasi dan skala kurang runoff.		hy
6.	19 Sept 2017	Konsul BAB 1	Revisi Masalah lebih fokus pada nyeri, hubungan fraktur lg nyeri		hy
7.	18 Des 2017	Konsul BAB 1	ACC BAB 1. lanjut konsul BAB 2		hy
8.	21 Des 2017	Konsul BAB 2	Revisi BAB 2, pathway diberi perbedaan pada masalah yg muncul		hy
9.	8 Jan 2018	Konsul BAB 2	Revisi BAB 2, menambahkan implementasi dan evaluasi		hy
10.	10 Jan 2018	Konsul BAB 2	Revisi BAB 2, Menambahkan konsep pre, intra dan post op		hy

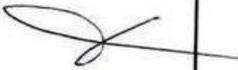
11.	11 Jan 2018	Konsul BAB 2 + BAB 3	ACC BAB 2, revisi menambahkan data post OP dan konsul BAB 3, revisi partisipan		
12.	15 Jan 2018	Konsul BAB 3	Revisi BAB 3, menambahkan etika penulisan		
13.	19 Januari 2018	Konsul BAB 3 + Proposal Sidang	ACC BAB 3, Revisi cover Print out lengkap cover → BAB 323 hubungi PJMK KTI untuk persiapan Sidang.		

	<b>FORMULIR</b>	No. Dok. : Berlaku Sejak : Revisi :
	<b>LOG BOOK PENYUSUNAN                  KARYA TULIS ILMIAH MAHASISWA</b>	

**LOG BOOK PENYUSUNAN KTI  
 MAHASISWA D3 UNEJ KAMPUS LUMAJANG**

NAMA MAHASISWA : Agilah Maulidiyah  
 N I M :  
 PROGRAM STUDI :  
 JUDUL KARYA TULIS ILMIAH :

**TAHAP PENULISAN KTI**

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
14.	12/2 2018	Konsultasi presea sidang proposal	Cek penulisan lain lain Ace		
15.	14/2 2018	Revisi presea sidang proposal	Ais to be revisi tu → Forest wood Ace		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
16.	15/2 2018	Revisi proposal / pasca sidang proposal	Acc Mars Surya jaya		
19.	12/15 07	Konsul BAB IV Askep dan pola z	Revisi Askep lanjut pembahasan		
18.	16/07 18	Konsul pembahasan BAB IV	Revisi pembahasan BAB IV		
19.	17/07 18	Konsul BAB V dan Revisi BAB IV	Revisi pembahasan BAB IV dan BAB V		
20.	18/07 18	Konsul. Revisi BAB IV Implementasi dan Evaluasi	Revisi BAB IV dan BAB V		
21.	20/07 16	Konsul BAB IV & V	ACC BAB IV dan BAB V		
22.	23/07 18	Konsul Lampiran	Membenarkan Ringkasan		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
23.	25/07 <sup>18</sup>	Konsul Ringkasan.	Perbaiki penulisan & penyusunan BAB 1-5		
24.	26/07 <sup>18</sup>	Konsul Penulisan KTI BAB 1-5	Print Out & ACC Magu Sidang.		
25.	02/08 <sup>18</sup>	Konsul Revisi pasca sidang	Revisi penulisan KTI sesuai panduan ppr, intervensi perbaikan bagian tujuan & kriteria hasil, evaluasi di sesuaikan dengan kriteria hasil, revisi ringkasan.		
26.	22/08 <sup>18</sup>	Konsul Revisi Pasca Sidang	Revisi penulisan judul tabel, kompres dingin dibahas di implementasi & kesimpulan, perbedaan antibiotik pada kedua klien, kriteria hasil kedua klien mengacu pada skala/waktu.		
27.	23/08 <sup>18</sup>	Konsul Revisi Pasca Sidang	revisi penambahan tindakan kompres dingin pada implementasi & ringkasan Print out cover + BAB 1-5 + Lampiran		
28	/08 <sup>18</sup>	Konsul Revisi pasca sidang	Acc revisi 191.		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
	11/8	bab 1-3	Judul tabel 3w, intervensi revisi, post op 1/2 → anestesi, kasus terbanyak ruang kenanga pemfis kekuatan otot, gambaran R. Kenanga.		
	13/8	bab 4-5	Ara bab 1-3. 10 kasus takayak ← ? kapukin ort.		
	24/8.		Cek pemfis - kasus di R. kenanga? leuykapi lampiran		
	27/8	Pemer KAT	Cek pemfis lain 2 Aca.		