

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST OPERASI*
RUPTUR TENDON DIGITI MANUS DENGAN
NYERI AKUT DIRUANG MARJAN ATAS
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
DR SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

**Dianjukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya
Keperawatan (A.Md.Kep) di Program Studi DIII Keperawatan
Universitas Bhakti Kencana Bandung**

Oleh :

NENG ERNI SULENTA

NIM : AKX.17.062



**PRODI DIII KEPERAWATAN FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA BANDUNG**

2020

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Neng Erni Sulenta

NIM : AKX. 17.062

Prodi : DIII Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi Ruptur Tendon Digiti Manus Dengan Nyeri Akut Di Ruang Marjan Atas Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Slamet Garut

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa :

1. Karya tulis tesis ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik (diploma ataupun sarjana), baik di Universitas Bhakti kencana maupun di perguruan tinggi lain.
2. Karya tulis ini murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan dari pihak lain kecuali arahan Tim Pembimbing dan Masukan Tim Penelaah/Penguji.
3. Dalam karya tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain kecuali secara tertulis dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan di sebutkan nama pengarang dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila di kemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidak beneran dalam pernyataan ini maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah di peroleh dalam karya ini, serta sanksi lainnya sesuai norma yang berlaku di perguruan tinggi ini.

Bandung, 17 Juli,2020
Yang Membuat Pernyataan



Neng Erni Sulenta
AKX.17.062

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST* OPERASI
RUPTUR TENDON DIGITI MANUS DENGAN NYERI
AKUT DI RUANG MARJAN ATAS
RSUD DR.SLAMET GARUT**

OLEH

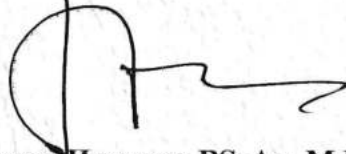
NENG ERNI SULENTA

AKX. 17. 062

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh Panitia Penguji pada tanggal 17 Juli 2020

Menyetujui

Pembimbing Utama



Drs. Rachwan Herawan, BScAn., M.Kes
NIK: 02005050163

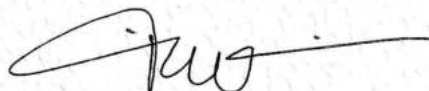
Pembimbing Pendamping



Tuti Suprapti, S.Kp., M. Kep
NIK: 02016020178

Mengetahui

Ketua Prodi DIII Keperawatan



Dede Nur Aziz Muslim, S.Kep., Ners., M.Kep
NIK: 02001020009

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST* OPERASI
RUPTUR TENDON DIGITI MANUS DENGAN NYERI
AKUT DI RUANG MARJAN ATAS
RSUD DR.SLAMET GARUT**

OLEH

NENG ERNI SULENTA

AKX. 17. 062

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Panitia Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung, Pada Tanggal 17 Juli 2020

PANITIA PENGUJI

**Ketua: Drs.RachwanHerawan,BScAn.,M.Kes
(Pembimbing Utama)**

Anggota:

- 1. Agus Mi'raj D,S.Pd.,S.Kep.,Ners.,M.Kes (Penguji I)**
- 2. Hj. Sri Sulami, S.Kep.,MM (Penguji II)**
- 3. Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep (Pembimbing Pendamping)**

(.....)

(.....)

(.....)

(.....)

Mengetahui,

Universitas Bhakti Kencana Bandung

Dekan Fakultas Keperawatan



Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M. Kep

NIK: 02007020132

ABSTRAK

Latar Belakang : Menurut *Medical Record* di ruang Marjan Atas RSUD Dr.Slamet Garut pada tahun 2019, Ruptur tendon termasuk penyakit yang jarang terjadi yaitu sekitar 22 kasus dan menduduki peringkat ke empat dari 426 kasus pembedahan. Ruptur tendon lengan bawah adalah robek atau terputusnya hubungan tendon (jaringan penyambung) pada lengan bawah yang disebabkan oleh cedera akibat trauma tajam. (Arif Muttaqin,2011) **Tujuan :** Mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada klien post op ruptur tendon digiti manus dengan gangguan nyeri akut. **Metode:** Studi kasus yaitu mengeksplorasi masalah atau fenomena dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan sebagai sumber informasi. Studi kasus ini dilakukan pada dua klie yaitu Tn. A dan Ny. M dengan diagnosa Post Op ruptur tendon digiti manus dengan masalah keperawatan nyeri akut. **Hasil :** Setelah dilaklkan asuhan keperawatan dengan intervensi keperawatan terapi teknik relaksasi nafas dalam selama 2x24 jam masalah keperawatan nyeri akut pada klien 1 dan 2 dapat teratasi. **Diskusi :** Klien dengan masalah keperawatan nyeri akut tidak selalu memiliki respon yang sama pada setiap klien post op ruptur tendon hal ini dipengaruhi oleh kondisi klien. Adapun hasil dari intervensi terapi nonfarmakologi teknik relaksasi nafas dalam pada kedua klien yaitu intensitas nyeri berkurang pada klien pertama skla nyeri 3 (0-10) berkurang menjadi 1 (0-10) sedangkan pada klien kedua skala nyeri 3 (0-10) berkurang menjadi 2 (0-10) sehingga perawat harus melakukan asuhan yang komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada setiap klien.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Nyeri Akut, Ruptur Tendon

Daftar Pustaka : 16 buku (2009-2016), 2 jurnal, 4 Website

Abstract

Background : According to the *Medical Record* in the room of Marjan Atas Rsud Dr. Slamet Garut in 2019, tendon rupture including a rare illness of about 22 cases and ranked fourth out of 426 surgical cases. The rupture of the lower forearm is torn or disconnects tendons (connection tissues) in the forearm caused by injuries due to sharp trauma. (Arif Muttaqin,2011) **Purpose:** Able to perform nursing care in post op tendon rupture client in digiti manus tendon with acute pain disorder. **Method:** Case studies are to explore problems or phenomena with detailed limitations, have in-depth data retrieval and include as a source of information. The case study was conducted on two clie namely Mr. A and Ny. M with the diagnosis of Post Op tendon rupture of tendons digiti manus with the problem of acute pain nursing. **Result:** After being treatment nursing care with nursing intervention therapy technique of deep breath relaxation during 2x24 hours the problem of acute pain treatment in clients 1 and 2 can be resolved. **Discussion:** Clients with acute pain treatment problems do not always have the same response in each client post op tendon rupture tendon it is affected by the condition of the client. As for the results of the intervention of nonpharmacological therapy of deep breath relaxation techniques in both clients namely the reduced pain intensity in the first client Skla Pain 3 (0-10) reduced to 1 (0-10) whereas in the second client The Pain Scale 3 (0-10) reduced to 2 (0-10) so that the nurse should do the comprehensive care to handle nursing problems on each client.

Key words: Nursing care, acute pain, rupture of tendons

Bibliography: 16 Books (2009-2016), 2 journals, 4 websites

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat rahmat atas karunia-Nya penulis masiH di beri kekuatan kesehatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST* OPERASI RUPTUR TENDON DIGITI MANUS DENGAN NYERI AKUT DI RUANG MARJAN ATAS RSUD dr. SLAMET GARUT” dengan sebaik-baiknya.

Maksud dan tujuan penyusunan karya tulis ini adalah untuk memenuhi salah satu tugas akhir dalam menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan di Universitas Bhakti Kencana Bandung.

Penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam menyusun karya tulis ini, terutama kepada :

1. H. Mulyana,SH, MH.Kes, selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana Bandung.
2. Dr. Entris Sutrisno, M. HKes.,Apt selaku Rektor Universitas Bhakti Kencana
3. Rd.Siti Jundiah, S,Kp.,Mkep, selaku Dekan Fakultas Keperawatan
4. Dede Nur Aziz Muslim, S,Kep.,Ners.,M.Kep selaku Ketua Program Study Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung
5. H. Rachwan Herawan, BSc.,M.Kes selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Tuti Suprapti ,S,Kp.,M.Kep selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing serta memberikan arahan terbaik sepanjang penulisan karya tulis ilmiah ini.
7. Dr. H. Husodo Dewo Adi Sp.OT selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum dr.Slamet Garut yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.

8. Hj. Ema Siti Maryam, S.Kep.,Ners selaku CI Ruangan Marjan Atas yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD dr. Slamet Garut
9. Seluruh Dosen Prodi D III Keperawatan Konsentrasi Anestesi, selaku dosen yang telah memberikan banyak ilmu dan pengalaman sehingga memberikan semangat positif kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini
10. Tn. A dan Ny. M selaku responden yang telah bekerja sama dengan penulis selama pemberian Asuhan Keperawatan
11. Ayahanda tercinta A. Sanusi dan Ibunda N.Atikah sebagai orang tua, Fijay Simamora Erik selaku adik dan Indi Anjani selaku Keponakan terimakasih kepada semuanya atas segala do'a dan motivasinya yang selalu memberikan semangat, motivasi dan dukungan moril, materil dengan penuh cinta dan kasih sayang, demi keberhasilan dalam penyusunan karya tulis ini. Terimakasih yang sebesar-besarnya penulis sampaikan
12. Sahabat – sahabat terdekat yaitu Wanda Misran, Mardiana Zainal, Eka Nurasfia, Virna Putri A, Ismi MN, M Ramdhan D , M Fauzan , Ratnengsih, Mery Juliana M yang telah sama-sama berjuang dan saling memotivasi selama penyusunan tugas akhir ini serta sahabat lainnya yaitu Nabila Hasna P, Ainun Nurjanah, Disna Yunirianita, Anggia Dewani Prasasti, Ravi Oktapyan Lestari, dan Liza Hartiningsih, yang telah mendoakan dan memotivasi selama penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
13. Seluruh teman seperjuangan Angkatan 13 yang sudah berjuang bersama selama tiga tahun ini dan senior yang telah memberikan semangat, motivasi dan dukungan serta membantu dalam penyelesaian penyusunan karya tulis ini.
14. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya Tulis Ilmiah ini yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan, sehingga penulis sangat mengharapkan segala masukan dan saran yang bersifat membangun guna penulisan Karya Tulis Ilmiah yang baik. Demikian karya tulis ilmiah ini penulis buat, semoga bermanfaat bagi dunia keperawatan.

Bandung, Juli 2020

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	i
Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Pengesahan.....	iv
Abstract.....	v
Kata Pengantar.....	vi
Daftar Isi.....	ix
Daftar Gambar.....	xii
Daftar Tabel	xiii
Daftar Bagan.....	xiv
Daftar Lampiran.....	xv
Daftar Singkatan	xvi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1.Latar Belakang.....	1
1.2.Rumusan Masalah.....	6
1.3.Tujuan Penelitian.....	7
1.3.1. Tujuan Umum.....	7
1.3.2. Tujuan Khusus.....	7
1.4.Manfaat.....	8
1.4.1. Manfaat Teoritis.....	8
1.4.2. Manfaat Praktis.....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	9
2.1.Konsep Teori.....	9
2.1.1. Defisini Ruptur Tendon.....	9
2.1.2. Anatomi Ruptur Tendon.....	10
2.1.3. Karakteristik Ruptur Tendon.....	11
2.1.4. Patofisiologi.....	11
2.1.5. Penatalaksanaan	14
2.1.6. Pemeriksaan Penunjang.....	14
2.2.Konsep Nyeri.....	14
2.2.1. Definisi Nyeri	14
2.2.2. Klasifikasi Nyeri	15
2.2.3. Fisiologi Nyeri	17
2.2.4. Diagnosa Nyeri	19
2.2.5. Faktor-Faktor Mempengaruhi Persepsi Nyeri	22
2.2.6. Tatalaksana Nyeri	24
2.3.Konsep Asuhan Keperawatan.....	27
2.3.1. Pengkajian.....	27
2.3.2. Analisa Data.....	38
2.3.3. Diagnosa Keperawatan.....	38
2.3.4. Intervensi.....	39
2.3.5. Implementasi.....	46
2.3.6. Evaluasi.....	47
BAB III METODE PENULISAN KTI.....	48

3.1.Desain Penelitian.....	48
3.2.Batasan Istilah.....	48
3.3.Partisipan/Responden/Subjek Penelitian.....	49
3.4.Lokasi dan Waktu Penelitian.....	49
3.5.Pengumpulan Data.....	50
3.5.1. Wawancara.....	50
3.5.2. Observasi	50
3.5.3. Pemeriksaan Fisik.....	51
3.5.4. Studi Dokumentasi	51
3.6.Uji Keabsahan Data.....	51
3.7.Analisa Data.....	52
3.8.Etik Penelitian.....	54
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	57
4.1.Hasil.....	57
4.1.1. Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....	57
4.1.2. Pengkajian.....	58
4.1.3. Analisa Data.....	68
4.1.4. Diagnosa Keperawatan.....	70
4.1.5. Intervensi.....	72
4.1.6. Implementasi.....	76
4.1.7. Evaluasi.....	78
4.2.Pembahasan.....	79
4.2.1. Pengkajian.....	80
4.2.2. Diagnosa Keperawatan.....	80
4.2.3. Perencanaan.....	82
4.2.4. Implementasi.....	83
4.2.5. Evaluasi.....	83
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	85
5.1.Kesimpulan.....	85
5.1.1. Pengkajian.....	85
5.1.2. Diagnosa Keperawatan.....	86
5.1.3. Intervensi.....	86
5.1.4. Implementasi.....	87
5.1.5. Evaluasi.....	87
5.2.Saran.....	88
5.2.1. Rumah Sakit.....	88
5.2.2. Institusi Pendidikan.....	88
DAFTAR PUSTAKA.....	89
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Klinis Ruptur tendon	10
Gambar 2.2 Visual Analogue Scale (VAS)	21
Gambar 2.3 Numerical Rating Scale (NRS)	22

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Jenis-jenis Stimulus Nyeri	18
Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan	39
Tabel 4.1 Identitas Klien	58
Tabel 4.2 Riwayat Penyakit	59
Tabel 4.3 Perubahan Aktivitas Sehari-hari	60
Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik	61
Tabel 4.5 Data Psikologi	65
Tabel 4.6 Hasil Pemeriksaan Diagnostik	66
Tabel 4.7 Program dan Rencana Pengobatan	67
Tabel 4.8 Analisa Data	68
Tabel 4.9 Diagnosa Keperawatan	70
Tabel 4.10 Intervensi Keperawatan	72
Tabel 4.11 Implementasi Keperawatan	76
Tabel 4.12 Evaluasi Keperawatan	78

DAFTAR BAGAN

	Halaman
Bagan 2.1 Pathway Ruptur Tendon	13

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran I Lembar Konsultasi KTI
- Lampiran II Lembar Catatan Revisi KTI
- Lampiran III Lembar Berita Acara Perbaikan Hasil Sidang Akhir
- Lampiran IV Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran V Lembar Observasi
- Lampiran VI Satuan Acara Penyuluhan
- Lampiran VII Format Review Artikel
- Lampiran VIII Leaflet
- Lampiran IX Surat Pernyataan Dan Justifikasi Studi Kasus
- Lampiran X Jurnal
- Lampiran XI Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR SINGKATAN

ADL	: Activity of Daily Living
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
C	: <i>Celsius</i>
Ca	: Kalsium
Cm	: <i>Centimeter</i>
CRT	: Cappillary Refil Time
dr.	: Dokter
DO	: Data Objektif
DS	: Data Subjektif
GCS	: Glasgow Coma Scale
HB	: Hemoglobin
HIV	: <i>Human immunodeficiency virus</i>
HR	: <i>Heart Rate</i>
IASP	: <i>International Association For The Study of Pain</i>
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
IPPA	: Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi
IV	: Intravena
Jl	: Jalan
Kp	: Kampung
KTI	: Karya Tulis Ilmiah
Kg	: Kilogram

K	: Kalium
Medrec	: Medical Record
mmHg	: Milimeter Merkuri (Hydrargyrum)
mL	: Mili Liter
MRS	: Masuk Rumah Sakit
N	: Nervus
Na	: Natrium
NANDA	: North American Nursing Diagnosis
NIC	: Nursing Interventions Classification
NSAID	: Nonsteroidal Anti Inflammatory Drug
NOC	: Nursing Outcome Classification
NRS	: Numeric Rating Scale
Ny	: Nyonya
op	: Operasi
RR	: <i>Respiration Rate</i>
RL	: Ringer Laktat
RSU	: Rumah Sakit Umum
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
ROM	: Range Of Motion
SMP	: Sekolah Menengah Pertama
SMA	: Sekolah Menengah Atas
SOAP	: <i>Subjektif, Objektif, Assessment, Planing</i>

SOAPIE	: <i>Subjektif, Objektif, Assessment, Planing, Implementasi, Evaluasi</i>
SOAPIER	: <i>Subjektif, Objektif, Assessment, Planing, Implementasi, Evaluasi, Re-Asseessment.</i>
SOP	: Standar Operasional Prosedur
TBC	: Tuberculosis
TD	: Tekanan Darah
THT	: Telingan Hidung Tenggorokan
Tn	: Tuan
Tpm	: Tetes per menit
TTV	: Tanda-Tanda Vital
VAS	: Visual Analog Scale
WIB	: Waktu Indonesia Barat
WHO	: <i>World Health Organization</i>
WOD	: Wawancara ,Observasi, Dokumen

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Sistem muskuloskeletal merupakan penunjang bentuk tubuh dan mengurus pergerakan . komponen utama dari sistem muskuloskeletal adalah tulang dan jaringan ikat yang menyusun kurang lebih 25 % berat badan dan otot menyusun kurang lebih 50 %. sistem ini terdiri dari tulang, sendi, otot rangka, tendon, ligament, dan jaringan-jaringan khusus yang menghubungkan struktur-struktur ini. (Price,S.A,1995:175)

Tendon adalah struktur dalam tubuh yang menghubungkan otot ke ttulang. Otot rangka dalam tubuh bertanggung jawab untuk menggerakkan tulang, sehingga memungkinkan untuk berjalan, melompat, angkat , dan bergerak dalam banyak cara. Ketika otot kontraksi, tendon menarik tulang dan menyebabkan terjadinya gerakan. Struktur yang memancarkan kekuatan kontraksi otot ke tulang disebut tendon. Dalam beberapa kasus yang jarang terjadi, tendon dapat pecah atau dapat mengalami ruptur tendon. Rupture Tendon lengan bawah adalah robek atau terputusnya hubungan tendon (jaringan Penyambung) pada lengan bawah yang disebabkan oleh cedera akibat trauma tajam. (Arif Muttaqin,2011).

Secara klinis, cedera tendon yang tidak tertangani akan menyebabkan deformitas pada jari dan dapat mengganggu pergerakan sendi, sehingga dapat mengganggu aktivitas. Untuk kasus trauma terbuka, cedera tendon yang tidak diberikan penanganan yang tepat akan menyebabkan infeksi jaringan, sehingga pada kasus yang terlambat ditangani maka proses infeksi akan berakhir pada kematian dari jaringan. Penanganan cedera tendon meliputi penanganan konservatif dan operatif.

Cedera tendon merupakan cedera kedua yang paling sering terjadi pada tangan dan oleh sebab itu, ini merupakan topik yang paling untuk dibicarakan dalam kasus trauma. Kebanyakan cedera adalah cedera terbuka pada tendon fleksor dan tendon ekstensor, lengan dan tangan merupakan organ yang sangat penting untuk melakukan pekerjaan dikarenakan aktifitas yang beragam. Tendon merupakan organ yang rentan mengalami trauma, berdasarkan data dari departemen *Sport Orthopaedic* dan *Sport Medicine* Klinikum di Jerman. Kasus dari cedera tendon semakin meningkat. Dapat disimpulkan oleh pendata bahwa hal ini disebabkan oleh karena meningkatnya aktivitas sehari-hari. Berdasarkan 50272 pasien trauma secara umum. Anger dan Lohman menyimpulkan bahwa 28.6% merupakan pasien cedera pada ekstremitas atas (lengan dan tangan), dari data ini dapat ditemukan lebih jauh bahwa cedera tendon menduduki urutan kedua (29%) setelah cedera tulang yang masih menduduki peringkat teratas (42%).

Trauma akut pada tendon merupakan kasus yang banyak di temukan pada unit gawat darurat, studi di amerika pada tahun 2014 sudah mengemukakan kasus cedera tendon yang di tinjau segi epidemiologinya, informasi yang dapat di ambil dari studi ini meliputi umur, jenis kelamin, pekerjaan, sisi tangan yang dominan, lokasi yang di mulai dari zona fleksor dan ekstensor hingga jenis tendon yang lebih spesifik.

Data epidemiologi mencatat insidensi terjadinya cedera pada ruptur tendon sekitar 1 kasus tiap 7000 penduduk di Negara industry. Cedera ini lebih sering terjadi pada laki-laki dan dan terbanyak pada usia Antara 15 sampai 30 tahun. (Hansen, 2003).

Berdasarkan data dari Riset Kesehatan Dasar (Rieskesdas) tahun 2018 diketahui bahwa di Indonesia yang mengalami cedera ruptur tendon sebanyak 20,1 % sedangkan data menurut wilayah provinsi jawa barat di dapatkan cedera ruptur tendon sebanyak 21,4 % , dan yang mengalami cedera ruptur tendon paling sedikit yaitu terjadi di wilayah provinsi banten sebanyak 14.3 % yang mengalami cedera. (Rieskesdas,2018)

Menurut data yang di dapat oleh penulis dari rekam medic RSU Dr.Slamet Garut di ruang marjan atas dari bulan juni sampai dengan bulan desember 2019. Ruptur Tendon termasuk penyakit yang jarang terjadi yaitu sekitar 22 kasus dan menduduki peringkat ke 4 dari 426 kasus pembedahan. (Sumber : Data Rekam Medik RSUD dr.Slamet Garut, 2019).

Masalah keperawatan yang muncul pada klien *post* Operasi Ruptur Tendon adalah Nyeri Akut, Risiko tinggi Trauma, Risiko tinggi infeksi, Kerusakan integritas jaringan, hambatan mobilitas fisik, Ansietas. (Arif Mutaqqin, 2011). Dari beberapa masalah yang muncul pada Ruptur Tendon yang dapat menyebabkan ketidaknyamanan pada klien salah satunya adalah Nyeri Akut. Nyeri akut Merupakan pengalaman sensori dan emosional yang muncul akibat kerusakan jaringan dengan gejala yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang diantisipasi atau diprediksi (NANDA,2015). Apabila nyeri pada klien *post* op tidak segera ditangani akan mengakibatkan proses rehabilitasi pasien akan tertunda, hospitalisasi pasien menjadi lebih lama, tingkat komplikasi yang tinggi dan membutuhkan lebih banyak biaya. Hal ini karena pasien memfokuskan seluruh perhatiannya pada nyeri yang dirasakan (Smeltzer&Bare,2013). Nyeri sebagai suatu sensori subjektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau yang dirasakan dalam kejadian-kejadian dimana terjadi kerusakan. (Perry & Potter, 2005).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Sri Mintarsih, 2016) dengan judul Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Nyeri Laki dan Perempuan *Post* Operasi menjelaskan bahwa dengan menggunakan terapi Teknik Relaksasi Nafas Dalam dapat menurunkan Intensitas Nyeri pada pasien *post* operasi baik pada laki-laki maupun perempuan . Manfaat dari teknik nafas dalam yaitu menghadapi sakit dan

ketidaknyamanan, mengurangi rasa nyeri yang dirasakan, meningkatkan konsentrasi dan mempertajam pikiran, membuat tidur lebih nyenyak, merasa lebih sehat dan bahagia serta bergairah. Meskipun teknik relaksasi nafas dalam tidak ada perbedaan penurunan intensitas nyeri antara pasien laki-laki dan perempuan. Sedangkan penelitian yang dilakukan oleh (Stania F.Y.Rampengan Rolly Rondonuwu Franly Onibala, 2014) dengan judul Pengaruh Teknik Relaksasi dan Distraksi Terhadap Perubahan Intensitas Nyeri pada Pasien Post Operasi Di Ruang Iriana A Atas RSUP Prof.Dr.R.D. Kandou Manado menjelaskan bahwa dengan menggunakan terapi relaksasi dan distraksi sama-sama efektif untuk mengurangi perubahan intensitas nyeri yang dirasakan pada pasien Post Operasi. Teknik relaksasi yang dilakukan secara berulang dapat menimbulkan rasa nyaman bagi pasien. Adanya rasa nyaman inilah yang menyebabkan timbulnya toleransi terhadap nyeri yang dirasakan. Menarik napas dalam dan mengisi udara dalam paru-paru dapat merelaksasikan otot-otot skelet yang mengalami spasme yang disebabkan oleh insisi (trauma) jaringan pada saat pembedahan. Relaksasi otot-otot ini akan meningkatkan aliran darah ke daerah yang mengalami trauma sehingga mempercepat penyembuhan dan menurunkan (menghilangkan) sensasi nyeri. Dan Teknik Distraksi dapat menurunkan kewaspadaan pasien terhadap nyeri bahkan meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Menurut (Smletzer dan Bare, 2002), distraksi yang mencakup memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain pada nyeri, dapat menjadi strategi

yang sangat berhasil dan mungkin merupakan mekanisme yang bertanggung jawab terhadap teknik kognitif efektif lainnya. Keefektifan distraksi tergantung pada kemampuan pasien untuk menerima dan membangkitkan input sensori selain nyeri.

Berhubung dengan hal tersebut di atas diharapkan dapat mengatasi terjadinya nyeri sehingga pada *post op* Ruptur tendon akibat nyeri dapat dihindari. Maka dari itu kita sebagai perawat memiliki peranan penting sebagai pemberi asuhan keperawatan dan keputusan untuk memberikan pelayanan yang optimal kepada klien maupun kepada keluarga klien. Berdasarkan data di atas maka penulis tertarik untuk membuat Karya Tulis Ilmiah (KTI) dengan judul “ **Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi Ruptur Tendon Digiti Manus Dengan Nyeri Akut di Ruang Marjan Atas RSUD Dr.Slamet Garut**”

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah “Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi Ruptur Tendon Digiti Manus Dengan Nyeri Akut di Ruang Marjan Atas RSUD Dr.Slamet Garut?”

1.3 Tujuan Penelitian

Adapun tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini adalah sebagai berikut :

1.3.1 Tujuan Umum

Penulis mampu mengaplikasikan ilmu dan memperoleh pengalaman dalam melakukan Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi Ruptur Tendon Digiti Manus Dengan Nyeri Akut di Ruang Marjan Atas RSUD Dr Slamet Garut.

1.3.2 Tujuan Khusus

Dalam Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini Penulis berharap dapat melaksanakan:

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada klien Post Operasi Ruptur Tendon Digiti Manus Dengan Nyeri Akut di Ruang Marjan Atas RSUD Dr Slamet Garut.
- b. Menetapkan diagnosis keperawatan pada klien Post Operasi Dengan Nyeri Akut Di Ruang Marjan Atas RSUD Dr Slamet Garut.
- c. Menyusun Perencanaan Keperawatan pada klien Post Operasi Ruptur Tendon Digiti Manus Dengan Nyeri Akut Di Ruang Marjan Atas RSUD Dr Slamet Garut.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien Post Operasi Ruptur Tendon Digiti Manus Dengan Nyeri Akut Di Ruang Marjan Atas RSUD Dr Slamet Garut.
- e. Melakukan evaluasi pada klien post operasi ruptur tendon digiti manus dengan nyeri akut di ruang marjan atas RSUD Dr Slamet Garut.

1.4 Manfaat

1.4.1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan memberikan sumbangan pemikiran dan informasi dalam asuhan keperawatan pada pasien post operasi rupture tendon dengan nyeri akut.

1.4.2. Manfaat Praktis

1.4.2.1 Bagi Perawat

Hasil Karya tulis ini diharapkan mampu menjadi salah satu contoh intervensi non farmakologi penatalaksanaan untuk pasien post operasi *rupture tendon* dengan nyeri akut.

1.4.2.2 Rumah sakit

Dapat memberikan informasi kepada tenaga kesehatan atau instansi kesehatan lainnya sebagai salah satu bekal dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan khususnya pada pasien post operasi rupture tendon dengan nyeri akut di RSUD Dr Slamet Garut.

1.4.2.3 Bagi institusi

Untuk referensi agar dapat di gunakan sebagai bahan perbandingan dalam pelaksanaan penelitian selanjutnya dan sebagai sumber bacaan yang dapat menunjang dalam kegiatan perkuliahan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Teori

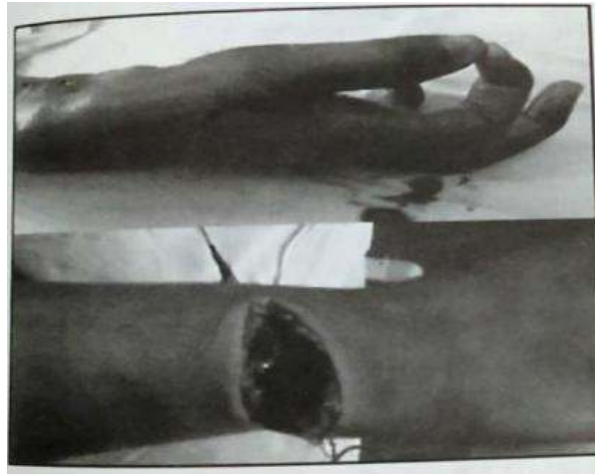
2.1.1. Definisi Ruptur Tendon

Ruptur adalah robek atau putusnya jaringan lunak yang disebabkan karena trauma dimana dapat terjadi secara parsial maupun komplit. (William E. Prentice:2016).

Tendon adalah struktur anatomis dalam tubuh yang berfungsi menghubungkan otot ke tulang. Otot yang bertanggung jawab untuk menggerakkan tulang, dengan kata lain ototlah yang menghasilkan gerak sehingga memungkinkan individu untuk melakukan aktivitas seperti duduk, berdiri, berjalan, melompat, mengangkat, dan bahkan bergerak dalam banyak kombinasi cara (Kannus, 2000:312). Dengan kata lain, struktur anatomis yang tepat akan menentukan fungsi tendon yang tepat (Bejamin, Kaiser & Milz, 2008:211).

Ruptur tendon lengan bawah adalah robek atau terputusnya hubungan tendon (jaringan penyambung) pada lengan bawah yang disebabkan oleh cedera akibat trauma tajam. (arif muttaqin, 2011)

2.1.2. Anatomi Ruptur Tendon



2.1 Gambar Klinis ruptur Tendon
Sumber : (Arif Muttaqin,2011)

Mekanisme ekstensor pada tangan dan jari-jari adalah suatu struktur yang sangat bergantung pada keseimbangan otot ekstrinstik dan instrinstik. Dua per tiga dari seluruh cedera akut pada laserasi ekstensor tendon sangat berhubungan dengan cedera pada kulit, Tulang dan sendi. Semua tendon ekstrinstik di pergelang tangan, sisi dorsal dari jari kesatu hingga jari kelima dipersarafi oleh nervus radialis. Tendon ekstensor berada dalam enam kompartemen yang tersusun dalam suatu ruang yang di bentuk oleh jaringan fibroosseus, yang berfungsi untuk mencegah terjadinya efek bowstring pada saat gerakan ekstensi dari pergelangan lengan tangan.

2.1.3 Karakteristik dari Ruptur tendon

1. Terdapat dua tendon pada jari telunjuk dan jari kelingking.
2. Memiliki struktur juncturae tendineum yang menghubungkan ekstensor digitorum dan ekstensor digiti minimi.

Juncturae ini sangat penting dalam proses distribusi kekuatan dari tendon, laserasi pada juncturae akan menyebabkan subluksasi dari tendon pada area persendian metacarpophalangeal ke arah sisi radial dan ulnar.

a. Sagittal Band

Struktur yang terletak pada level *metacarpophalangeal joint* yang berfungsi memberikan efek sentralisasi pada ekstensor tendon dan struktur ini melekat pada *volar plate* dan periosteum dari tulang phalanx proksimal.

b. Lateral Band

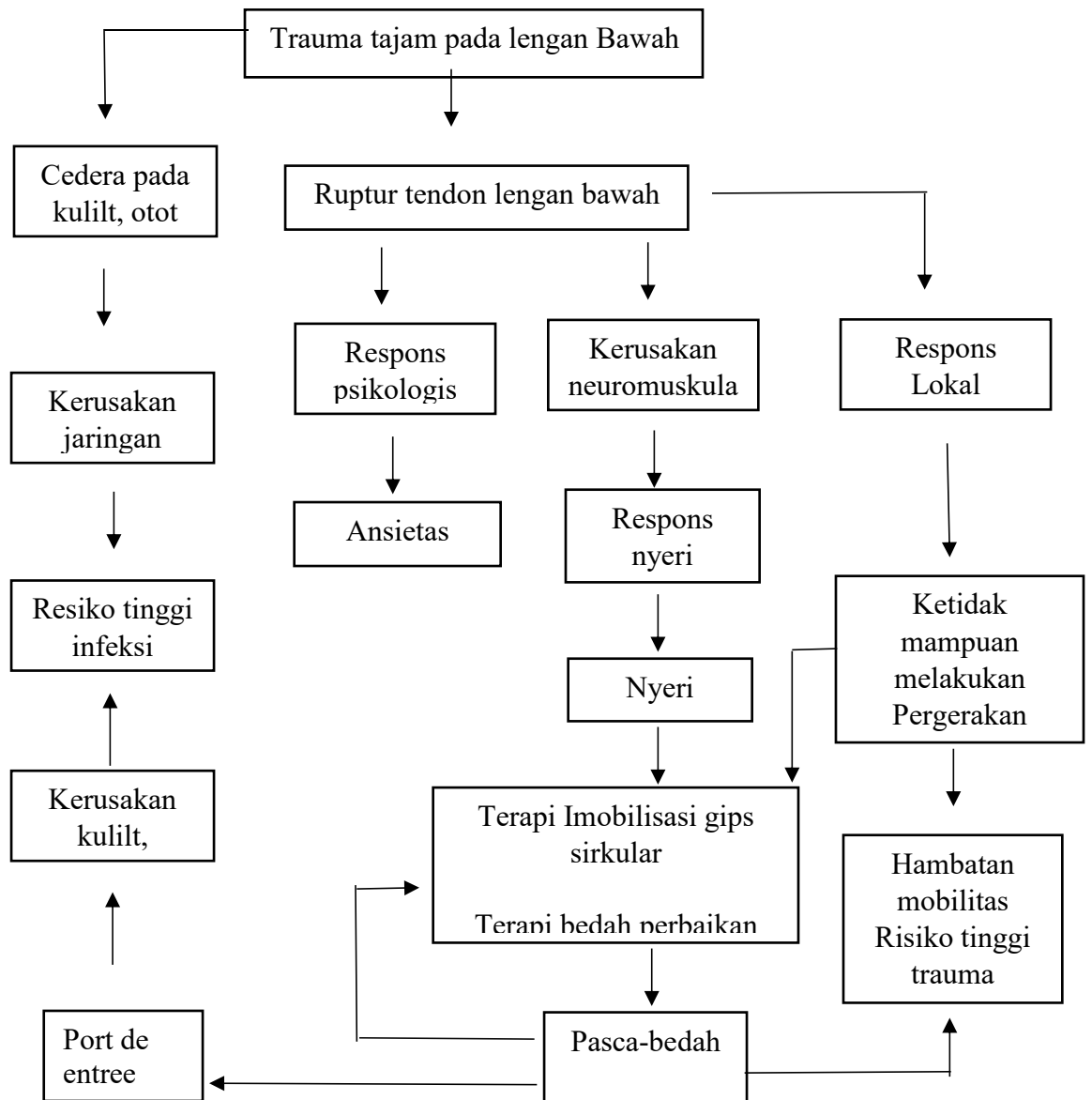
Merupakan tempat bertemunya otot-otot instrinsik pada setiap sisi dari jari, sisi terminal dari lateral band di stabilkan oleh triangular ligament yang berinsersi pada area phalanx distal dari jari.

2.1.4 Patofisiologi

Ruptur traumatic tendon lengan bawah dapat terjadi pada tendon ekstensor, tendon fleksor, pronator dan abduktor akibat trauma tajam, seperti luka bacok yang mengenai lengan bawah. Kondisi klinis rupture tendon lengan bawah menimbulkan berbagai keluhan, meliputi nyeri tajam dan hebat, kerusakan jaringan lunak pasca-trauma, penurunan fungsi lengan dalam mobilisasi meningkatkan risiko trauma dan

menimbulkan respons ansietas pada klien. Intervensi medis berupa bedah perbaikan (*repair tendon*) menimbulkan nyeri pasca-bedah, risiko tinggi infeksi dari luka pasca-bedah, risiko tinggi trauma, dan hambatan mobilisasi fisik.

Bagan 2.1 Pathway Ruptur Tendon (Sumber Arif Muttaqin, 2011)



2.1.5 Penatalaksanaan

Bedah perbaikan primer tidak boleh di coba jika luka terkontaminasi atau jika ujung yang terpotong ditemukan dengan diseksi yang luas. Jahitan primer mungkin dikontraindikasikan jika luka terkontaminasi, terdapat selang waktu yang lama antara cedera dan perbaikan, banyak kehilangan kulit, atau fasilitas operasi tidak memadai. Dalam keadaan ini, diperlukan perbaikan sekunder atau pencangkakan tendon. Pada luka yang bersih dengan kulit penutup yang memadai, perbaikan primer tertunda dapat dilakukan sampai 6 minggu setelah cedera, tetapi jauh lebih baik dalam 3 minggu pertama.

2.1.6 Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada pasien ruptur tendon adalah Laboratorium darah dan Radiologi.

2.2 Konsep Nyeri

2.2.1 Definisi Nyeri

Menurut buku Kapita Selekta kedokteran (2014). Nyeri menurut *International Association for the Study of Pain (IASP)* pada tahun 1997, didefinisikan sebagai pengalamn sensorik atau emosional yang tidak menyenangkan, yang terkait dengan potensi atau adanya kerusakan jaringan. Proses kerusakan jaringan yang diteruskan ke sistem saraf pusat dan menimbulkan sensasi nyeri disebut sebagai *nosisepsi*. Adan nyeri tanpa *nosisepsi* (seperti phantom limb pain) dan ada juga *nosisepsi* tanpa nyeri. Penilaian nyeri tidak akan pernah lepas dari subjektivitas pasien.

Namun skala kuantitas dapat dibuat untuk membantu manajemen nyeri agar lebih objektif.

2.2.2 Klasifikasi Nyeri

Menurut Andarmayo (2013) nyeri diklasifikasikan sebagai berikut :

1. Nyeri Akut

Nyeri akut adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang timbul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau di gambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa.

Tiga jenis utama nyeri akut meliputi :

- a. *Nyeri somatik yang dalam dan bagian dalam kulit*, yang berasal dari reseptor saraf yang berasal dari kulit (mis., dari laserasi), jaringan subkutan, atau struktur tubuh dalam seperti periosteum, otot, tendon, sendi, dan pembuluh darah (mis., nyeri akut akibat fraktur atau keseleo). nyeri somatik dapat tajam dan terlokalisasi dengan baik, atau tumpul dan menjalar.
- b. *Nyeri viseral*, yang berasal dari organ tubuh. Nyeri viseral bersifat tumpul dan tidak berlokalisasi dengan baik karena jumlah nosiseptor yang rendah viseral bersifat sensitif terhadap luka garukan, inflamasi, dan iskemia, tetapi relatif tidak sensitif terhadap luka potong dan suhu yang ekstrem. Nyeri viseral sering menjalar atau berhubungan. Nyeri viseral ini dapat ditunjukkan dengan kram yang mendalam, nyeri robek atau bacokan, nyeri semnetara, atau nyeri

kolik. Batu ginjal melewati ureter ke kandung kemih menyebabkan nyeri viseral yang berat dan akut.

c. *Nyeri yang diungkapkan* merupakan nyeri yang dirasakan di area yang jauh dari tempat stimulus nyeri ini biasanya terjadi pada nyeri yang berasal dari visera toraks atau abdominal. Sinaps sensori viseral terhadap pada tingkat medula spinalis, dekat dengan serat yang menyuplai saraf ke bagian jaringan subkutan tubuh. Misalnya, saraf renik, yang menyuplai saraf ke bagian pusat diafragma menuju medula spinalis pada tingkat C3 hingga C5: nyeri yang berasal dari diafragma atau peritoneum parietal yang melintanginya (mis., peritonitis) dapat dirasakan sebagai nyeri bahu. Bagian nyeri yang ditunjuk ditentukan selama perkembangan embriologi.

2. Nyeri kronis adalah nyeri konstan atau intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri ini berlangsung diluar waktu penyembuhan yang diperkirakan dan sering tidak dapat dikaitkan dengan penyebab atau cedera spesifik.

Nyeri kronis dapat dibagi menjadi tiga kategori:

a. *Nyeri akut berulang*, dicirikan dengan episode nyeri yang mudah ditemukan dan diselingi dengan episode bebas nyeri. Sakit kepala migrain merupakan contoh nyeri akut berulang.

b. *Nyeri maligna kronis*, disebabkan oleh berkembangnya penyakit yang mengancam jiwa atau berkaitan dengan terapi. Nyeri kanker merupakan jenis nyeri maligna kronis

- c. *Nyeri nonmaligna kronis*, nyeri yang tidak mengancam jiwa dan tidak terjadi melebihi waktu penyembuhan yang diharapkan. Nyeri punggung bawah kronis, penyebab utama penderitaan dan merupakan penyita waktu kerja, masuk ke dalam kategori ini.

2.2.3 Fisiologi Nyeri

2.2.3.1. Stimulus

Nyeri selalu dikaitkan dengan adanya stimulus (rangsangan nyeri) dan reseptor. Reseptor yang dimaksud adalah nosiseptor, yaitu ujung-ujung saraf bebas pada kulit yang berespon terhadap stimulus yang kuat. Munculnya nyeri dimulai dengan adanya stimulus nyeri. Stimulus-stimulus tersebut dapat berupa biologis, zat kimia, panas, listrik serta mekanik.

Dalam buku Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri yang disusun oleh Prasetyo (2010), terdapat beberapa jenis stimulus Nyeri, diantaranya :

Tabel 2.1 jenis-jenis Stimulus Nyeri menurut Prasetyo (2010).

Faktor Penyebab	Contoh
Mikroorganisme (Virus, bakteri, jamur, dan lain-lain).	Meningitis
Kimia	Tersiram air keras
Tumor	CA mammae
Iskemia jaringan	Jaringan miokard yang mengalami iskemi karena gangguan aliran darah pada arteri koronaria.
Listrik	Terkena sengatan listrik
Spasme	Spasme otot
Obstruksi	Batu ginjal, batu ureter, obstruksi usus.
Panas	Luka bakar
Fraktur	Fraktur femur
Salah urat	Keseleo, terpelintir
Radiasi	Radiasi untuk pengobatan kanker
Psikologis	Berduka, konflik, dan lain-lain.

2.2.3.2. Reseptor Nyeri

Reseptor merupakan sel-sel khusus yang mendeteksi perubahan-perubahan partikular disekitarnya, kaitannya dengan proses terjadinya nyeri maka reseptor-reseptor inilah yang menangkap stimulus-stimulus nyeri (prasetyo,2010).

Reseptor ini dapat terbagi menjadi :

1. Exteroreseptor

Yaitu reseptor yang berpengaruh terhadap perubahan pada lingkungan eksternal, antara lain :

- a. Corpusculum miessiner, corpusculum marker : untuk merasakan stimulus taktil (sentuhan/rabaan)
- b. Corpusculum Ruffini : untuk merasakan rangsangan panas, merupakan ujung saraf bebas yang terletak di dermis dan sub kutis.

2. Telereseptor

Merupakan reseptor yang sensitif terhadap stimulus yang jauh.

3. Propioseptor

Merupakan reseptor yang menerima impuls primer dari organ otot, spindel dan tendon golgi.

4. Interoseptor

Merupakan reseptor yang sensitif terhadap perubahan pada organ – organ visceral dan pembuluh darah.

Beberapa penggolongan lain dari reseptor sensori :

- a. Termoreseptor : reseptor yang menerima sensasi suhu (panas atau dingin).
- b. Mekanoreseptor : reseptor yang menerima stimulus-stimulus nyeri.
- c. Kemoreseptor : reseptor yang menerima stimulus kimiawi.

2.2.4 Diagnosis Nyeri

2.2.4.1. Anamnesis

Keluhan pasien adalah indikator utama. Kecuali jika pasien tidak dapat berkomunikasi.

2.2.4.2. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan digunakan untuk membantu mengidentifikasi penyebab yang mendasari nyeri. Fokuskan perhatian pada kondisi umum, sistem muskuloskeletal, dan neurologis. Serta status lokalis nyeri. Sebagian pasien membutuhkan pemeriksaan muskuloskeletal dan neurologis yang lebih mendalam. Misal pada nyeri neuropati

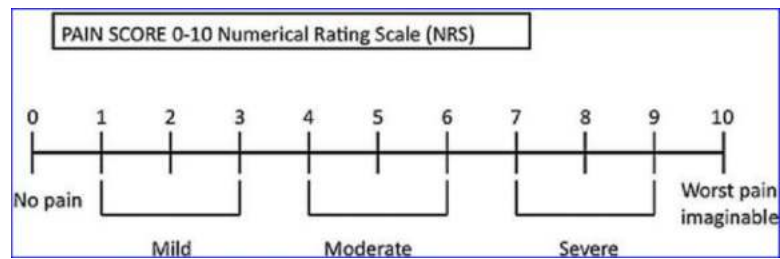
digunakan peta dermatom. Sebagian besar diagnosis kasus nyeri kronik ditegakkan dengan pemeriksaan fisis yang akurat, sementara pemeriksaan penunjang lebih sering bertujuan untuk menyingkirkan kemungkinan penyebab yang berasal dari abnormalitas anatomi atau fisik pasien.

2.2.4.3. Pemeriksaan penunjang

Pengukuran skala nyeri. Alat diagnostic yang digunakan untuk menilai nyeri terdiri atas dua macam, yaitu skala unidimensi dan skala multidimensi. Skala unidimensi hanya mengukur skala nyeri, terkait intensitas nyeri yang dirasakan.

a. Visual Analogue Scale (VAS)

Metode VAS sangat efisien penggunaannya, dan tervalidasi pada pasien-pasien dengan nyeri kronis. Kelemahan metode ini adalah dapat memakan waktu. Validasinya masih kontroversial, kadang dapat membuat pasien bingung.



2.3. Gambar Numerical Rating Scale (NRS)

(sumber: https://www.researchgate.net/figure/Pain-score-categorization-of-the-Numerical-Rating-Scale_fig2_277086616)

2.2.5 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Persepsi dan Reaksi Terhadap Nyeri

Menurut McCaffery dan pasero dalam buku prasetyo (2010) menyatakan bahwa hanya klienlah yang paling mengerti dan memahami tentang nyeri yang ia rasakan. Faktor faktor yang mempengaruhi nyeri antara lain :

1. Usia

Usia merupakan variabel yang penting dalam mempengaruhi nyeri pada individu.

2. Jenis kelamin

Secara umum pria dan wanita tidak berbeda secara signifikan dalam berespon terhadap nyeri. Hanya beberapa budaya yang menganggap bahwa seorang anak laki-laki harus lebih berani dan tidak boleh menangis dibandingkan dengan anak perempuan dalam situasi yang sama ketika merasakan nyeri. Akan tetapi dari penelitian terakhir memperlihatkan hormon seks pada mamalia berpengaruh pada terhadap

tingkat toleransi terhadap nyeri. Hormon seks testosteron menaikkan ambang nyeri pada percobaan binatang, sedangkan estrogen meningkatkan pengenalan/sensitivitas terhadap nyeri.

3. Kebudayaan

Perawat terkadang seringkali berasumsi bahwa cara berespon pada setiap individu dalam masalah nyeri adalah sama, sehingga mereka mencoba mengira bagaimana pasien berespon terhadap nyeri.

4. Makna Nyeri

Makna nyeri pada seseorang mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri.

5. Lokasi dan Tingkat Keparahan Nyeri

Nyeri yang dirasakan bervariasi dalam intensitas dan tingkat keparahan pada masing-masing individu. Nyeri yang dirasakan mungkin terasa ringan, sedangkan atau bisa jadi merupakan nyeri yang berat.

6. Perhatian

Tingkat perhatian terhadap nyeri akan mempengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkat terhadap nyeri akan meningkatkan respon nyeri sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan penurunan respon nyeri.

7. Ansietas (kecemasan)

Hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks, ansietas yang dirasakan seseorang seringkali meningkatkan persepsi nyeri, akan tetapi nyeri juga dapat menimbulkan perasaan ansietas.

8. Keletihan

Keletihan/kelelahan yang dirasakan seseorang akan meningkatkan sensasi nyeri dan menurunkan kemampuan coping individu.

9. Pengalaman Sebelumnya

Setiap individu belajar dari pengalaman nyeri, akan tetapi pengalaman yang telah dirasakan individu tersebut tidak berarti bahwa individu tersebut akan mudah dalam menghadapi nyeri di masa yang akan datang.

10. Dukungan keluarga dan sosial

Individu yang mengalami nyeri seringkali membutuhkan dukungan, bantuan, perlindungan dari anggota keluarga yang lain, atau teman terdekat. Walaupun nyeri dirasakan oleh klien, kehadiran orang terdekat akan meminimalkan kesepian atau ketakutan.

2.2.6. Tatalaksana Nyeri

2.2.6.1. Tatalaksana farmakologi

Prinsip-prinsip umum penggunaan tata laksana farmakologi untuk nyeri adalah :

- a. Identifikasi dan tangani sumber nyeri
- b. Pilih pendekatan yang paling sederhana untuk tatalaksana nyeri.

Kebanyakan nyeri dapat di tangani dengan pemberian obat dan tidak membutuhkan tindakan invasive.

- c. Pilih obat sesuai. Rejimen obat untuk nyeri bergantung pada masing-masing individu. Pemilihan dilakukan dengan menilai karakteristik nyeri, obat, dan pasien.
- d. Buat rencana tatalaksana
- e. Pilih rute pemberian obat
- f. Titiasi dosis
- g. Optimisasi pemberian
- h. Pantau dan kendalikan efek samping
- i. Bedakan toleransi, ketergantungan fisis dan adiksi
- j. Hindari penggunaan placebo WHO's Pain Ladder

Pada tatalaksana paliatif khususnya untuk pasien-pasien kanker. WHO membuat suatu metode pemberian analgetik yang bertahap. Saat nyeri timbul obat oral diberikan secara sesuai dengan tahapan sebagai berikut: nonopioid (misal :aspirin, paracetamol). lalu jika dibutuhkan, opioid ringan (kodein) dan terakhir opioid kuat (morfin) hingga pasien merasa bebas dari nyeri. Untuk mengatasi takut dan cemas, dapat diberikan obat tambahan (atau dikenal sebagai adjuvant). untuk mempertahankan pasien tetap bebas dari nyeri, maka sebaiknya obat analgetik diberikan sesuai dengan jam yaitu setiap 3;6 jam. Dan jangan diberikan sesuai kebutuhan. Metode seperti ini 80-90% efektif dalam menghilangkan rasa nyeri pada pasien.

Berbagai macam klasifikasi digunakan untuk obat-obatan anti nyeri (analgesia), namun secara umum dapat dibagi menjadi :

- a. Analgesic nonopioid : asetaminofen dan obat antiinflamasi non steroid (OAINS), termasuk aspirin dan turunan asam salisilat.
- b. Analgetik opioid
- c. Analgetic adjuvant atau ko-analgetik : suatu obat dengan indikasi tertentu, namun memiliki efek antinyeri, seperti obat anti epilepsy dan antidepresen trisiklik.

2.2.6.2 Tatalaksana non farmakologi

Penanganan nyeri dengan tehnik non farmakologi diantaranya dengan (1) *cutaneous stimulation and massage* ; *Transcutaneous Electrical Nerve Stimulator (TENS)*, (2) *Ice and Heat Therapie*, (3) Tehnik *Cognitive (guide imagery, music therapy, hypnosis, pendidikan relaksasi, distraksi)*. (Smeltzer& Bare,2001;Urden et al,2010).

Teknik relaksasi dan distraksi merupakan strategi kognitif yang memberikan kesembuhan secara fisik dan mental, kelebihan dari teknik ini yaitu ketika pasien mencapai relaksasi penuh maka persepsi nyeri berkurang, sehingga sangat efektif apabila tehnik distraksi dan relaksasi digunakan untuk menangani masalah nyeri pada pasien post operasi (Potter & Perry, 2009).

Pemberian dilakukan 1 jam sebelum pemberian analgetik, atau 7-8 jam setelah pemberian terapi ketorolak dan dilakukan selama 15 menit kemudian diulang 3-4 kali. Setelah intervensi selesai dilakukan dan dikaji ulang terdapat perbedaan yang signifikan tingkat nyeri

sebelum dan sesudah intervensi tehnik distraksi dan relaksasi. (Hayati, dkk, 2014; Vindora, dkk,2013).

2.3. Konsep Asuhan Keperawatan

Terdapat 5 langkah kerangka kerja proses keperawatan : pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, (termasuk identifikasi hasil yang diperkirakan), implementasi dan evaluasi. Setiap langkah proses keperawatan penting untuk pemecahan masalah yang akurat dan erat saling berhubungan satu sama lain (Potter & Perry, 2011).

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dan pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien (Nurarif & Kusuma,2015).

2.3.1.1 Pengumpulan data

Data yang dikumpulkan mencakup data tentang identitas klien serta identitas penanggung jawab. Data identitas klien meliputi : nama, tempat tanggal lahir, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, suku/bangsa, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, nomor rekam medik, diagnosa medis, alamat.

1. Identitas Klien

Meliputi nama, jenis kelamin, umur, alamat, agama, suku sttus perkawinan, pendidikan , pekerjaan, golongan darah, nomor

registrasi, tanggal MRS, diagnosa medis (Aziz Alimul Hidayat,2013)

2. Keluhan utama

Pada umumnya keluhan utama pada kasus ruptur tendon adalah rasa nyeri. Nyeri tersebut bisa akut atau kronik tergantung dan lamanya serangan. Untuk memperoleh pengkajian yang lengkap tentang rasa nyeri digunakan :

- a. Provoking Incident : Apakah ada peristiwa yang menjadi faktor presipitasi nyeri.
- b. Quality of Pain : Seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan klien. Apakah seperti terbakar, berdenyut, atau menusuk.
- c. Region : Radiation, relief : Apakah rasa sakit bisa reda, apakah sakit menjalar atau menyebar, dan dimana rasa sakit terjadi.
- d. Severity (scale) of Pain : Seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan klien, bisa berdasarkan skala nyeri atau klien menerangkan seberapa jauh rasa sakit mempengaruhi kemampuan fungsinya.
- e. Time : Berapa lama nyeri berlangsung, kapan, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari.

3. Riwayat Penyakit Sekarang

Pengumpulan data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari ruptur tendon, yang nantinya membantu dalam

membuat rencana tindakan terhadap klien. Ini bisa berupa kronologi terjadinya penyakit tersebut sehingga nantinya bisa ditentukan kekuatan yang terjadi dan bagian tubuh mana yang terkena .selain itu , dengan mengetahui mekanisme terjadinya kecelakaan bisa diketahui luka kecelakaan yang lain (Ignatavicius, Donna D, 1995 dalam buku Aziz Alimul Hidayat, 2013).

4. Riwayat Penyakit Dahulu

Perlu ditanyakan penyakit-penyakit yang dialami sebelumnya yang kemungkinan mempunyai hubungan dengan masalah yang dialami pasien sekarang, seperti apakah pernah mengalami ruptur tendon atau trauma sebelumnya (Zairin Noor, 2016).

5. Riwayat Penyakit Keluarga

Penelusuran riwayat keluarga sangat penting, karena berupa penyakit muskuloskeletal berkaitan dengan kelainan genetik dan dapat diturunkan. Perlu ditanyakan apakah pada generasi terdahulu ada yang mengalami keluhan sama dengan keluhan pasien saat ini (Zairin Noor, 2016).

6. Pola Aktivitas Sehari-hari

a. Pola Nutrisi dan Metabolisme

Pada klien ruptur tendon harus mengkonsumsi nutrisi melebihi kebutuhan sehari-harinya seperti kalsium, zat besi, protein,

Vit.C dan lainnya untuk membantu proses penyembuhan tendon. Evaluasi terhadap pola nutrisi klien bisa membantu menentukan penyebab masalah muskuloskeletal dan mengantisipasi komplikasi dari nutrisi yang tidak adekuat terutama kalsium atau protein dan terpapar sinar matahari yang kurang merupakan faktor predisposisi masalah muskuloskeletal terutama pada lansia. Selain itu juga obesitas juga menghambat degenerasi dan mobilitas klien. (Aziz Alimul Hidayat,2013).

b. Pola Eliminasi

Pada pola eliminasi yang dikaji yaitu frekuensi, konsistensi, warna, bau, dan jumlah. Pada kedua pola ini juga dikaji ada kesulitan atau tidak.(Aziz Alimul Hidayat,2013).

c. Pola Tidur dan Istirahat

Semua klien ruptur tendon timbul rasa nyeri, keterbatasan gerak, sehingga hal ini dapat mengganggu pola dan kebutuhan tidur klien. Selain itu juga, pengkajian di laksanakan pada lamanya tidur, suasana lingkungan, kebiasaan tidur, dan kesulitan tidur serta penggunaan obat tidur (Doengos. Marlynn E,2002 dalam buku Aziz Alimul Hidayat,2013).

d. Pola Aktivitas

Karena timbulnya nyeri, keterbatasan gerak, maka semua bentuk kegiatan klien menjadi berkurang dan kebutuhan klien

perlu banyak dibantu oleh orang lain. Hal ini yang perlu dikaji adalah bentuk aktivitas klien terutama pekerjaan klien. Karena ada beberapa bentuk pekerjaan beresiko untuk terjadinya ruptur tendon dibandingkan pekerjaan yang lain.(Aziz Alimul Hidayat,2013).

7. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik yang dilakukan biasanya menggunakan teknik inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi. Pemeriksaan fisik dilakukan persistem secara berurutan dimulai dari sistem pernapasan, kardiovaskuler, pencernaan, sistem perkemihan, endokrin, persarafan, integumen, muskuloskeletal, penglihatan, wicara dan THT.

a. Keadaan Umum

Keadaan umum yaitu baik atau buruknya yang dicatat adalah tanda-tanda seperti :

- 1) Kesadaran penderita : keadaan yang dialami klien apakah Apatis, Sopor, koma, gelisah composmentis tergantung pada keadaan klien.
- 2) Kesakitan, keadaan penyakit : akut, kronik, ringan, sedang, berat dan pada kasus ruptur tendon yang paling banyak dialami adalah akut.
- 3) Pemeriksaan tanda-tanda vital seperti : Tekanan Darah, Nadi, Suhu, Respirasi.

b. Pemeriksaan Persistem

1) Sistem Pernafasan

Dikaji dengan cara inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi. Dalam sistem ini perlu dikaji mengenai bentuk hidung, kebersihan, adanya sekret, adanya pernafasan cuping hidung, bentuk dada, pergerakan dada, apakah simetris atau tidak, bunyi nafas, adanya ronchi atau tidak, frekuensi dan irama nafas.

2) Sistem Kardiovaskuler

Dikaji mulai dari warna konjungtiva, warna bibir, tidak ada peningkatan JVP, peningkatan frekuensi, dan irama denyut nadi, bunyi jantung tidak disertai suara tambahan, penurunan atau peningkatan tekanan darah.

3) Sistem Pencernaan

Dikaji mulai dari mulut sampai anus, dalam sistem ini perlu dikaji yaitu tidak adanya pembesaran tonsil, gusi tidak terjadi perdarahan, mukosa mulut tidak pucat, bentuk abdomen datar, simetris, tidak ada hernia, turgor kulit baik, hepar tidak teraba, suara thympani peristaltik usus normal \pm 20 kali/menit.

4) Sistem Perkemihan

Dikaji ada tidaknya pembengkakan dan nyeri pada daerah pinggang, observasi dan palpasi pada daerah abdomen

untuk mengkaji adanya retensi urine, atau ada tidaknya nyeri tekan dan benjolan serta pengeluaran urine apakah ada nyeri pada waktu miksi (proses pengeluaran urine) atau tidak.

5) Sistem Endokrin

Dalam sistem ini perlu dikaji adanya pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening.

6) Sistem Persyarafan

Kesadaran composmentis, didapat sianosis atau tidak. Pengkajian objektif klien : wajah meringis, menangis, merintih, meregang dan menggeliat (Mutaqqin & Sari, 2013).

a. Test Nervus Cranial

(1) Nervus Olfactorius (N.I)

Nervus olfaktorius merupakan saraf sensorik yang fungsinya hanya satu, yaitu mencium bau, menghidu (penciuman, pembauan). kerusakan saraf ini menyebabkan hilangnya penciuman (anosmia), atau berkurangnya penciuman (hyposmia). (Judha & Rahil, 2011).

(2) Nervus Optikus (N.II)

Penangkap rangsangan cahaya ialah sel batang dan kerucut yang terletak di retina. Impuls alat kemudian dihantarkan melalui serabut yang membentuk nervus optikus. (Judha & Rahil, 2011).

(3) Nervus : Okulomotorius, Trochlearis , Abdusen
(N.III.IV.VI)

Fungsi nervus III,IV,VI saling berkaitan dan diperiksa bersama-sama. Fungsinya ialah menggerakkan otot mata ekstraokuler dan mengangkat kelopak mata. Serabut otonom nervus III mengatur otot pupil. (Judha & Rahil, 2011).

(4) Nervus Trigemini (N.V)

Terdiri dari dua bagian yaitu bagian sensorik (porcio mayor) dan bagian motoric (porcio minor). bagian motoric mengurus otot mengunyah.

(5) Nervus Facialis (N.VII)

Nervus fasialis merupakan saraf motoric yang menginervasi otot-otot ekspresi wajah. Juga membawa serabut parasimpatis ke kelenjar ludah dan lakrimalis. Termasuk sensasi pengecapan 2/3 bagian anterior lidah.

(6) Nervus Auditorius (N.VIII)

Sifatnya sensorik, mensarafi alat pendengaran yang membarangsangkan dari telinga ke otak. Saraf ini memiliki 2 buah kumpulan serabut saraf yaitu rumah keong (koklea) disebut akar tengah adalah saraf untuk mendengar dan pintu halaman (ventibulum), disebut akar tengah adalah saraf untuk keseimbangan.

(7) Nervus Glasofaringeus

Sifatnya majemuk (sensorik + motoric), yang mensarafi faring, tonsil dan lidah.

(8) Nervus Vagus

Kemampuan menelan kurang baik dan kesulitan membuka mulut. (Judha & Rahil, 2011).

(9) Nervus Assesorius

Saraf XI menginervais sternocleidomastoideus dan trapezius menyebabkan gerakan menoleh (rotasi) pada kepala.

(10) Nervus Hipoglosus

Saraf ini mengundang serabut somato sensorik yang menginervasi otot intrinsic dan otot ekstrinsik lidah.

7) Sistem Integumen

Perlu dikaji keadaan kulit (turgor, kebersihan, pigmentasi, tekstur dan lesi) serta perlu dikaji kuku dan keadaan rambut

sekitar kulit atau ekstremitas mengidentifikasi adanya udem atau tidak. Pada klien post op ruptur tendon akan didapatkan kelainan integument karena adanya luka insisi pada daerah operasi, sehingga perlu dikaji ada atau tidaknya lesi dan kemerahan.

8) Sistem Muskuloskeletal

Perlu dikaji kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah. Diperiksa juga adanya kekuatan pergerakan atau keterbiasaan gerak atau refleks pada ekstremitas atas dan bawah. Pada klien post op ruptur tendon didapatkan keterbatasan gerak pada ekstremitas atas dikarenakan adanya luka operasi yang ditutup dan terpasangnya infus.

9) Sistem Penglihatan

Untuk mengetahui keadaan kesehatan mata harus diperiksa tentang fungsi penglihatan, kesimetrisan mata antara kiri dan kanan.

8. Data Psikologis

Diisi hanya pada klien yang sudah dapat mengungkapkan perasaan yang berhubungan dengan kesadaran akan dirinya meliputi :

a. Konsep Diri

- 1) Gambaran Diri : Sikap seseorang terhadap tubuhnya secara sadar dan tidak sadar.

- 2) Ideal Diri : persepsi individu tentang bagaimana ia harus berperilaku berdasarkan standar, aspirasi, tujuan, atau personal tertentu.
 - 3) Harga Diri : penilaian pribadi terhadap hasil yang dicapai dengan menganalisis seberapa jauh perilaku memenuhi ideal diri.
 - 4) Peran Diri : sikap dan perilaku, nilai dan tujuan yang diharapkan dari seseorang berdasarkan posisi di masyarakat.
 - 5) Identitas Diri : kesadaran akan diri sendiri yang bersumber dari observasi dan penilaian yang merupakan sintesis dari semua aspek konsep diri sebagai suatu kesatuan yang utuh.
- b. Pola nilai dan kepercayaan
- Diisi dengan nilai-nilai dan kepercayaan klien terhadap sesuatu dan menjadi sugesti yang amat kuat sehingga mempengaruhi gaya hidup klien, dan berdampak pada kesehatan klien. Termasuk, praktik ibadah yang dijalankan klien sebelum sakit sampai saat sakit (Nikmatur, Saiful, 2012).
- c. Pola peran-berhubungan
- Diisi dengan hubungan klien dengan anggota keluarga, masyarakat pada umumnya, perawat dan tim kesehatan, termasuk juga pola komunikasi yang digunakan klien dalam berhubungan dengan orang lain (Nikmatur, Saiful, 2012).

9. Data Penunjang

Data penunjang ini terdiri atas farmakoterapi/ obat-obatan yang diberikan, serta prosedur diagnostik yang dilakukan kepada klien seperti pemeriksaan laboratorium serta pemeriksaan rontgen. (Nikmatur,Saiful, 2012).

2.3.2 Analisa Data

Analisa data merupakan kemampuan kognitif dalam pengembangan daya berfikir dan penalaran yang dipengaruhi oleh latar belakang ilmu dan pengetahuan, pengalaman, dan keperawatan. Dalam melakukan analisa data, diperlukan kemampuan mengkaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep, teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan klien. Setelah semua data terkumpul kemudian data akan dianalisis dan digolongkan menjadi data subjektif dan data objektif sesuai dengan masalah keperawatan yang timbul (Rohman, 2010).

2.3.3 Diagnosa Keperawatan

Mengacu pada tindakan pembedahan ruptur tendon digiti manus diagnosa keperawatan yang biasanya muncul pada klien berdasarkan buku NANDA yang disusun oleh Nurarif dan Kusuma (2015) adalah

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan), spasme otot, gerakan fragmen tulang, edema, cedera jaringan lunak, pemasangan traksi.
- b. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan luka terbuka

- c. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan tendon lengan bawah
- d. Resiko infeksi berhubungan dengan trauma, imunitas tubuh primer menurun, prosedur invasive (pemasangan traaksi)
- e. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan *neuromuscular*

2.3.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan berdasarkan buku NANDA (Amin Huda Nurarif, 2015).

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	rasional
1	Nyeri akut berhubungan dengan injuri (pembedahan)	<p>akut NOC agent <i>1.pain level 2.pain fisik control 3.comfort level</i></p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi ,untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) b. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri c. Mampu mengenali nyeri (skala,intensitas) 	<p>NIC</p> <p><i>Pain Management</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi. b. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan 	<ul style="list-style-type: none"> a. Membantu mengevaluasi derajat ketidaknyamanan dan efektivitas analgesia atau dapat mengungkapkan perkembangan komplikasi (Doengoes, 2012). b. Isyarat nonverbal dapat atau tidak dapat mendukung intensitas nyeri klien, tetapi mungkin merupakan satu-satunya indikator jika klien tidak dapat menyatakan secara verbal

- ,frekuensi dan tanda nyeri
- d. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang
 - e. Tanda vital dalam rentang normal
- readuksi ansietas dan ketakutan dapat meningkatkan relaksasi dan kenyamanan (Doengoes,2012).
- c. Untuk mengetahui tingkat ketidaknyamanan dirasakan oleh pasien (Doengoes,2012).
 - d. Meredakan nyeri, meningkatkan kenyamanan, dan meningkatkan istirahat (Doengoes,2012).
 - e. Dengan memberikan pilihan dalam penanganan nyeri sehingga dapat menentukan manajemen nyeri yang tepat untuk pasien (Doengoes,2012).
 - f. Analgetik adalah zat-zat yang mengurangi atau menghalau rasa nyeri tanpa menghilangkan kesadaran. Analgesik antiinflamasi diduga dapat bekerja berdasarkan penghambatan sintesis prostaglandin (mediator nyeri)
 - g. Untuk memastikan
- c. Evaluasi bersama klien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri dimasa lampau
 - d. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti : suhu ruangan,
 - e. pencahayaan dan kebisingan
 - f. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, nonfarmakologi)
 - g. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri
-

pasien pasien sudah tidak nyeri setelah diberikan manajemen nyeri (Bakri,2017)

2	Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan luka terbuka	NOC	1. Tissue Integrity and Mucous Skin 2. Wound healing : primary and secondary Intention	Pressure ulcer prevention : wound care a. Anjurkan klien untuk menggunakan pakaian yang longgar b. Jaga kulit agar tetap bersih dan kering c. Mobilisasi klien (ubah posisi) setiap dua jam sekali d. Observasi adanya kemerahan e. Monitor aktivitas dan mobilisasi klien f. Observasi luka : lokasi, dimensi, kedalaman luka, jaringan nekrotik, tanda-tanda infeksi lokal, formasi traktus	a. Tindakan tersebut meningkatkan kenyamanan dan menurunkan suhu tubuh (Doengoes,2012) b. Mengurangi kerusakan integritas kulit yang lebih parah c. Berdiam dalam satu posisi yang dapat menurunkan sirkulasi sirkulasi ke luka dan dapat menunda penyembuhan (Doengoes,2012) d. Untuk mengidentifikasi gangguan integritas kulit (Marni,2016) e. Untuk mengetahui perkembangan aktivitas mobilisasi klien f. Dengan selalu mengobservasi luka dapat diketahui tingkat keparahan luka dan bagaimana proses peningkatan kesembuhan pada
---	--	------------	---	--	---

		g. Ajarkan keluarga tentang luka dan perawatan luka	luka	
		h. Kolaborasi ahli gizi pemberian diet TKTP (tinggi kalori tinggi protein)	g. Mengurangi resiko penyebaran bakteri (Dpengoes,2012)	
		i. Cegah kontaminasi feses dan urine	h. Diet TKTP yaitu dapat memenuhi kebutuhan Energi & Protein yang meningkatkan untuk mencegah & mengurangi kerusakan jaringan tubuh.	
		j. Berikan posisi yang mengurangi tekanan pada luka	i. Mencegah akses atau membatasi penyebaran organisme penyebab infeksi dan kontaminasi silang (Doengoes,2012)	
		k. hindari kerutan pada tidur	j. Untuk mencegah meluasnya infeksi pada kulit (Marni,2016)	
			k. Untuk mencegah meluasnya infeksi pada kulit (Marni,2016)	
3	Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan tendon lengan bawah	NOC 1. Joint Movement Active 2. Mmmobility Level 3. Self care : ADLs 4. Transfer performance Kriteria Hasil : a. Klien meningkat dalam aktivitas fisik b. Mengerti tujuan	NIC Exercise therapy : ambulation a. Kaji kemampuan klien dalam beraktivitas b. Konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai dengan kebutuhan	a. Mengidentifikasi kelemahan/kekuatan dan dapat memberikan informasi bagi pemulihan b. Program khusus dapat dikembangkan untuk menemukan kebutuhan yang

	dari peningkatan mobilitas		berarti atau menjaga kekurangan tersebut dalam keseimbangan	
	c. Memverbalisasi perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah	c. Bantu klien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dan cegah terhadap cedera	c. Untuk meminimalkan resiko terjadinya cedera saat melakukan aktivitas.	
	d. Memperagakan penggunaan alat bantu untuk mobilisasi (Walker)	d. Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADLs pasien.	d. Meningkatkan kemandirian klien dalam perawatan diri sesuai kondisi kebutuhan klien	
		e. Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan	e. Menurunkan insiden komplikasi kulit dan pernafasan	
4	Resiko infeksi berhubungan dengan trauma, imunitas tubuh primer menurun, prosedur invasif (pemasangan traksi)	<p>NOC</p> <p>1. Immune status</p> <p>2. Knowledge Infection control</p> <p>3. Risk control</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>a. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi</p> <p>b. Mendeskripsikan proses penularan penyakit, faktor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya</p> <p>c. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi</p> <p>d. Jumlah lekosit dalam batas normal</p>	<p>NIC</p> <p>Infection Control</p> <p>a. Berikan lingkungan setelah dipakai klien lain</p> <p>b. Pertahankan teknik isolasi</p> <p>c. Batasi pengunjung bila perlu</p> <p>d. Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan klien</p> <p>e. Gunakan sabun anti mikrobia untuk cuci tangan</p> <p>f. Cuci tangan setiap</p>	<p>a. Meminimalkan resiko infeksi</p> <p>b. Mencegah penyebaran bakteri oleh penderita</p> <p>c. Untuk meminimalkan penyebaran infeksi (Doengoes,2012)</p> <p>d. Meminimalkan patogen yang ada di sekeliling pasien</p> <p>e. Untuk membunuh patogen yang menempel pada</p>

- | | | |
|-------------------------------------|--|--|
| e. Menunjukkan perilaku hidup sehat | sebelum dan sesudah tindakan keperawatan | tangan |
| | g. Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat | f. Untuk mencegah terjadinya infeksi (Doengoes,2012) |
| | h. Tingkatkan intake nutrisi | g. Tindakan aseptik dapat mengurangi paparan klien dari sumber infeksi |
| | i. Berikan terapi antibiotik bila perlu | h. Malnutrisi dapat memengaruhi kesehatan umum dan menurunkan tahanan terhadap infeksi |
| | | i. untuk meningkatkan pemulihan dan mencegah komplikasi (Doengoes,2012) |

Infection protection

- | | |
|--|--|
| a. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal | a. Mencegah terjadinya komplikasi lebih berat yang diakibatkan infeksi bakteri patogen |
| b. Monitor hitung granulosit,WBC | b. Mengetahui tingkat virulensi suatu infeksi dan bagaimana sistem imun tubuh dalam mempertahankan kekebalannya. |
| c. Monitor kerentanan terhadap infeksi | c. Mengetahui sejauh mana tubuh dapat mempertahankan kekebalannya dan mencegah terjadinya komplikasi lebih berat |
-

- d. Mencegah perluasan area infeksi
 - e. Mencegah terjadinya infeksi pada area luka operasi
 - f. Mempercepat penyembuhan luka
 - g. Mengetahui hal-hal yang dapat menimbulkan infeksi.
- d. Berikan perawatan kulit pada area epidema
 - e. Inspeksi kondisi luka/insisi bedah
 - f. Instruksikan klien untuk minum antibiotik sesuai resep
 - g. Ajarkan cara menghindari infeksi

5

Defisit perawatan diri	NOC	NIC
berhubungan dengan gangguan <i>Neuromuscular</i>	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perawatan diri klien terpenuhi	a. Kaji tingkat kekuatan dan toleransi
Kriteria Hasil :		
a. Mampu melakukan aktivitas perawatan diri sesuai dengan tingkat kemampuan secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu	a. Mampu melakukan aktivitas perawatan diri sesuai dengan tingkat kemampuan secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu	b. Rencanakan tindakan untuk mengurangi pergerakan pada sisi yang sakit, seperti tempatkan makanan didekat klien
b. Mampu mempertahankan kebersihan	b. Mampu mempertahankan kebersihan	c. Dukung
		a. Membantu dalam mengantisipasi dan merencanakan pertemuan untuk kebutuhan individual (Nurarif,2015).
		b. Klien akan lebih mudah mengambil peralatan yang diperlukan (Nurarif,2015).
		c. Menjaga harga diri klien

pribadi dan penampilan yang rapi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu	kemandirian klien dalam berpakaian, berhias, bantu klien jika diperlukan	(Nurarif,2015).
	d. Beri pujian atas usaha untuk berpakaian sendiri	d. Dapat meningkatkan harga diri klien, memandirikan klien untuk terus mencoba (Nurarif,2015).
	e. Identifikasi kebiasaan BAB. Anjurkan minuhm dan latihan.	e. Meningkatkan latihan dapat mencegah konstipasi (Nuraaruf,2015).

2.3.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pelaksanaan rencana keperawatan oleh perawat dan klien. Implementasi merupakan tahap ke empat dari proses keperawatan yang dimulai setelah perawat menyusun rencana keperawatan (Dermawan,2012).

Fokus utama dari komponon implementasi adalah pemberian asuhan keperawatan yang aman dan individual dengan pendekatan multifokal. Implementasi perencanaan berupa penyelesaian tindakan yang diperlukan untuk memenuhi kriteria hasil seperti yang digambarkan dalam rencana tindakan (Dermawan,2012). Dalam melaksanakan implementasi terdapat beberapa pedoman menurut (Dermawan,(2012) diantaranya :

1. Tindakan yang dilakukan konsisten dengan rencana dan dilakukan setelah memvalidasi rencana.

2. Keterampilan interpersonal, intelektual, dan teknis dilakukan dengan kompeten dan efisien di lingkungan yang sesuai.
3. Dokumentasi tindakan dan respon klien dicantumkan dalam catatan perawatan kesehatan dan rencana asuhan.

2.3.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi didefinisikan sebagai keputusan dari efektifitas asuhan keperawatan antara dasar tujuan keperawatan klien yang telah ditetapkan dengan respon perilaku klien yang tampil. Evaluasi keperawatan yaitu membandingkan efek/hasil suatu tindakan keperawatan dengan norma atau kriteria tujuan yang sudah dibuat.

Type pernyataan tahapan evaluasi dapat dilakukan secara formatif dan sumatif. Evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilakukan selama proses asuhan keperawatan, sedangkan evaluasi sumatif adalah evaluasi akhir. Untuk memudahkan perawat mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen SOAP/SOAPIE/SOPIER (Dermawan,2012).