

**KARYA TULIS ILMIAH**

**PEMENUHAN KEBUTUHAN AMAN NYAMAN PADA TN M.P  
YANG MENDERITA TROMBOSIS VENA DALAM DI RUANG TERATAI  
RSUD. PROF. DR. W. Z. JOHANES KUPANG  
MEI 2019**



**ANGELINA ATIN INA OLLA**

**NIM : PO 530320116237**

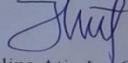
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**

**PRODI D-III KEPERAWATAN**

**2019**

LEMBAR PERSETUJUAN  
KARYA TULIS ILMIAH DENGAN JUDUL PEMENUHAN KEBUTUHAN AMAN  
NYAMAN PADA TN M.P YANG MENDERITA TROMBOSIS VENA DALAM  
DI RUANG TERATAI RSUD PROF.DR. W.Z.JOHANES KUPANG  
PADA TANGGAL 27-30 MEI 2019

Disusun oleh:



Angelina Atin Ina Olla

PO.530320116237

Telah diperiksa dan disetujui untuk diseminarkan  
Pada tanggal 14 Juni 2019

Mengetahui pembimbing



M. Margaretha U.W.,SKp., MHSc

NIP : 195602171986032001

LEMBAR PENGESAHAN  
KARYA TULIS ILMIAH  
PEMENUHAN KEBUTUHAN AMAN NYAMAN PADA TN M.P YANG MENDERITA  
TROMBOSIS VENA DALAM DI RUANG TERATAI  
RSUD.PROF.DR.W.Z.JOHANNES KUPANG

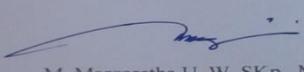
Disusun oleh:  
ANGELINA ATIN INA OLLA  
PO.530320116237

Telah diuji di Depan Dewan Penguji Politeknik Kesehatan Kupang  
Prodi D III Keperawatan Kupang  
Pada tanggal 14 Juni 2019

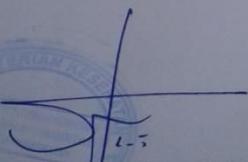
Penguji I

  
Pius Selasa, S.Kep., Ns., MSc  
NIP : 197404301997031001

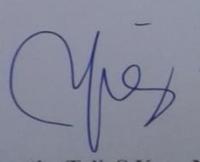
Penguji II

  
M. Margaretha U. W., SKp., MHSc  
NIP:195602171986032001

**Mengetahui**  
**Ketua Jurusan Keperawatan**

  
Dr. Florentianus Tat, SKp., M.Kes  
NIP : 19691108193031005

**Mengetahui Program Studi**  
**D-III Keperawatan**

  
Margaretha Teli, S.Kep., Ns., MSc-PH  
NIP : 197707272000032002

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

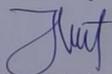
Nama : Angelina Atin Ina Olla  
NIM : PO. 530320116237  
Program Studi : Diploma III Keperawatan  
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran oranglain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan karya tulis ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 14 Juni 2019

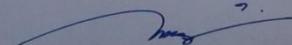
Pembuat Pernyataan



Angelina Atin Ina Olla  
NIM : PO. 530320116237

Mengetahui

Pembimbing



M. Margaretha U. W. SKp., MHSc

NIP. 195602171986032001

## BIODATA PENULIS

Nama : Angelina Atin Ina Olla  
Tempat/tanggal lahir : Audian, 06 februari 1998  
Jenis kelamin : Perempuan  
Alamat : Jln.Taebenu,Kelurahan Naimata.  
Riwayat pendidikan :

1. Tamat SDK Waibalun 1, Tahun 2010
2. Tamat SMP N 2 Larantuka , Tahun 2013
3. Tamat SMAK Frateran Podor Larantuka Tahun 2016
4. Sejak tahun 2017 mulai kuliah di Jurusan D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kupang.

## MOTTO

**“SABAR, TEKUN DAN SETIA”**

## **KATA PENGANTAR**

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan bimbingannya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan karya tulis ilmiah ini dengan judul Pemenuhan Kebutuhan Aman Nyaman pada Tn M.P yang menderita Trombosis Vena Dalam di Ruang Teratai RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

Penulis menyadari bahwa selama penulisan Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak mendapatkan dukungan dan bimbingan dari berbagai pihak, tidak lepas dari bantuan tenaga pikiran dan dukungan moril. Oleh karena itu penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Ibu M.Margaretha U. W. SKp, MHSc selaku pembimbing yang penuh kesabaran dan ketelitian serta dengan segala totalitasnya dalam menyumbangkan ide-idenya dengan mengoreksi, merevisi serta melengkapi dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah. Penulis juga mengucapkan limpah terima kasih sebesar-besarnya kepada:

1. Ibu Ragu Harning Kristina SKM.,M.Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
2. Bapak DR. Florentianus Tat, SKp.M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kupang
3. Bapak Pius Selasa, S.Kep. Ns., MSc selaku dosen penguji yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan demi penyempurnaan Karya Tulis Ilmiah.
4. Ibu Thresia Dhiu Amd,Kep selaku penguji klinik yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan saran serta kritik yang berguna untuk penyempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Ibu DR. Sabina Gero SKp.,MSc selaku dosen pembimbing akademik yang selalu membimbing saya selama saya kuliah.
6. Ibu Emiliandry F.T Banase S.Kep yang dengan sabar dan setia membimbing kami dalam merevisi Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Dosen Keperawatan Kupang atas bimbingan selama perkuliahan dan semua karyawan/i yang telah banyak membantu selama kuliah

8. Buat orang tua, Bapak Yoseph Olla Miten (Alm), Mama Godeliva Ketona Betan, yang selalu mendukung, mendoakan dan memotivasi saya.
9. Buat Orangtua wali saya, Bapak Tarsisius Jelalu, Mama Mariana Oni Betan yang selalu siap memfasilitasi setiap kesulitan yang saya alami.
10. Kakak, adik saya, Kak Imel, Abang Pugel, Arson, Arnan, Cey dan Rono yang dengan penuh cinta dan sayang memberikan dukungan doa, moril dan materi dari masa kuliah hingga mampu menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
11. Untuk teman-teman tercinta terkhususnya Generation Nurse A angkatan 25 yang selalu ada dalam susah maupun senang.
12. Untuk Teman dan adik asrama Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang khususnya Kak Yanna dan Aurelia Sarmento yang selalu mendampingi dan mendukung penulis.
13. Untuk teman-teman sesama pembimbing mama iren, kak suster, dan esty yang selalu kompak, saling memberikan saran, dukungan dan semangat buat penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu segala saran dan kritik sangat penulis harapkan dalam penyempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Kupang 14 Juni 2019

Penulis

## ABSTRAK

### KARYA TULIS ILMIAH

**PEMENUHAN KEBUTUHAN AMAN NYAMAN PADA TN M.P  
YANG MENDERITA TROMBOSIS VENA DALAM DI RUANG  
TERATAI RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANES KUPANG  
MEI 2019**

Kebutuhan rasa aman dan nyaman adalah terbebasnya dari rasa yang tidak menyenangkan dan jika masalah tidak ditangani akan menyebabkan permasalahan seperti nyeri yang mengganggu aktivitas dan kenyamanan seseorang. **Tujuan Penelitian:** untuk mengetahui gambaran pemenuhan kebutuhan aman nyaman pada Tn M.P dengan diagnosa medis trombosis vena dalam di Ruang Teratai RSUD Prof.Dr.W.Z Johannes Kupang. **Metode Penelitian** adalah penelitian kualitatif dengan desain studi kasus, menggunakan teknik wawancara pada satu kasus di Ruang Teratai RSUD Prof.Dr.W.Z. Johannes Kupang. **Hasil :** didapatkan dua tema yaitu nyeri dan kerusakan integritas integritas kulit. Tindakan dilakukan selama 4 hari meliputi teknik relaksasi napas dalam dan perawatan luka. Hasilnya pasien mampu mengontrol nyeri, masalah kerusakan integritas belum teratasi. **Rekomendasi :** tindakan teknik relaksasi napas dalam dan perawatan luka steril tetap dipertahankan.

**Kata kunci :** aman nyaman, nyeri, kerusakan integritas, asuhan keperawatan

## DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	i
Lembar Persetujuan.....	ii
Lembar Pengesahan .....	iii
Pernyataan Keaslian .....	iv
Biodata Penulis .....	v
Kata Pengantar .....	vi
Abstrak .....	vii
Daftar Isi.....	ix
Daftar Tabel .....	x
Daftar Bagan .....	xi
Daftar Lampiran .....	xii
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan masalah .....	2
1.3 Tujuan .....	3
1.4 Manfaat .....	3
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Konsep Pemenuhan Aman Nyaman .....	4
2.2 Konsep Trombosis Vena Dalam .....	6
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Aman Nyaman.....	9
<b>BAB III METODOLOGI PENELITIAN</b>	
3.1 Jenis Penelitian.....	13
3.2 Subyek Penelitian.....	13
3.3 Fokus Penelitian.....	13
3.4 Instrumen Penelitian .....	13
3.5 Pengumpulan Data .....	14
3.6 Lokasi dan Waktu Penelitian .....	14
3.7 Analisis dan Penyajian Data .....	14
3.8 Etika Penelitian .....	14
<b>BAB IV HASIL dan PEMBAHASAN</b>	
4.1 Hasil Penelitian .....	16
4.2 Pembahasan .....	19
<b>BAB V PENUTUP</b>	
5.1 Kesimpulan .....	24
5.2 Saran .....	24
Daftar Pustaka .....	25
Lampiran	

## DAFTAR TABEL

Tabel 1 Pernyataan penting dan makna .....	16
--	----

## DAFTAR BAGAN

Bagan 1 Pathway trombosis vena dalam .....	7
--	---

## **DAFTAR LAMPIRAN**

- Lampiran 1 : Lembar Persetujuan Responden
- Lampiran 2 : Standar Operasional Prosedur Rawat Luka
- Lampiran 3 : Standar Operasional Prosedur Napas Dalam
- Lampiran 4 : Lembar Konsultasi
- Lampiran 5 : Jadwal Kegiatan

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Aman adalah keadaan terhindar dari cedera fisik dan fisiologis dan merupakan kebutuhan dasar yang harus terpenuhi. Sedangkan nyaman adalah kondisi terpenuhi semua kebutuhan dasar manusia (Kozier 2010). Gangguan kenyamanan adalah keadaan dimana individu mengalami sensasi yang tidak menyenangkan dan berespon terhadap suatu rangsangan yang berbahaya (Carpenito 2006). Nyeri disebabkan karena adanya luka atau kerusakan jaringan. Dalam penelitian ini nyeri yang terjadi disebabkan karena adanya kerusakan integritas kulit yang dialami responden. Kerusakan integritas kulit ini disebabkan karena adanya proses penyakit yang di derita pasien yakni deep vein thrombosis. Deep vein thrombosis atau trombosis vena dalam merupakan kelainan yang terjadi pada sistem kardiovaskuler. Kelainan ini paling banyak dialami setelah koroner arteri dan stroke. Trombosis vena dalam adalah pembentukan bekuan darah di dalam lumen vena dalam yang diikuti oleh reaksi inflamasi dinding pembuluh darah dan jaringan perivena (Andalas 2018).

Data terkait insiden trombosis di Indonesia masih belum dapat mencerminkan insiden yang akurat. Insiden trombosis vena dalam lebih banyak ditemukan datanya setelah dilakukan pembedahan sekitar 69,2 %. Data Riskesdas (2015) menunjukkan prevalensi kasus thrombosis vena di Provinsi NTT terjadi pada 40 orang dari 100.000 orang setiap tahunnya. Berdasarkan data yang didapat di Ruang Teratai RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang pada bulan Januari sampai dengan Mei tahun 2019 ditemukan 1 kasus deep vein thrombosis dengan komplikasi ulkus pada ekstremitas.

Kelainan koagulasi dan trombosit yang bersifat hereditas maupun yang didapat bisa menimbulkan hiperkoagulabilitas dan menyebabkan trombosis vena dalam. Pada umumnya lokasi trombosis vena dalam sering terjadi pada tungkai bawah seperti pada poplitea, femoral, vena saphenous dan vena iliaka. Apabila dijumpai trombosis pada vena yang lebih dalam maka resiko untuk terjadinya embolisasi lebih besar (Smeltzer 2016).

Salah satu gejala penyakit ini adalah nyeri yang dirasakan dengan skala nyeri sedang sampai berat pada ekstremitas yang mengalami thrombosis. Nyeri adalah suatu mekanisme proteksi bagi penderita yang timbul bilamana jaringan sedang rusak dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rasa nyeri. Selain nyeri, komplikasi kronis yang timbul dari thrombosis vena dalam ini adalah adanya gejala postphlebitic syndrom yakni bengkak pada ekstremitas dan adanya ulserasi (Andalas 2018).

Nyeri yang tidak di tangani dengan segera dapat menyebabkan kegelisahan bahkan depresi yang sangat mengganggu, begitupun dengan luka. Komplikasi dari luka yang tidak dirawat dapat menyebabkan infeksi, sepsis, perdarahan dan berujung kematian (Herdman 2015). Oleh karena itu, perlu mendapat perhatian khusus dan penanganan yang kompheresif dan efektif.

Salah satu bentuk penanganan yang dapat diberikan adalah memberi asuhan keperawatan. Perawat perlu memberikan pelayanan keperawatan melalui pendekatan proses keperawatan yang dimulai dari pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, penyusunan rencana keperawatan, melakukan implementasi dan evaluasi keperawatan. Dengan adanya asuhan keperawatan, diharapkan pasien yang dirawat dengan diagnosa medis deep vein thrombosis ini mampu mencapai status kesehatan yang optimal.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Bagaimana pemenuhan kebutuhan aman nyaman pada Tn M.P yang menderita deep vein thrombosis yang mengalami nyeri dan kerusakan integritas kulit di Ruang Teratai RSUD Prof. Dr. W. Z. Yohanes Kupang?

### **1.3 Tujuan**

Mengetahui gambaran pemenuhan kebutuhan aman nyaman pada Tn M.P yang menderita deep vein thrombosis yang mengalami nyeri dan kerusakan integritas kulit di Ruang Teratai RSUD Prof. Dr. W. Z. Yohanes Kupang.

### **1.4 Manfaat Penelitian**

#### **1.4.1 Bagi Ilmu pengetahuan**

Diharapkan mampu menjadi sumber referensi serta menambah pengembangan ilmu keperawatan terkait dengan pemenuhan kebutuhan aman nyaman pada pasien yang menderita trombosis vena dalam.

#### **1.4.2 Bagi Institusi RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan praktek keperawatan yang tepat terkhususnya untuk pasien trombosis vena dalam yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan aman nyaman.

#### **1.4.3 Bagi penulis**

Memperoleh pengalaman dan mengaplikasikan hasil riset keperawatan khususnya dalam pemenuhan kebutuhan dasar aman nyaman pada pasien trombosis vena dalam.

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **2.1 Konsep Pemenuhan Kebutuhan Aman Nyaman**

##### **2.1.1 Nyeri**

Pemenuhan kebutuhan aman dan nyaman (nyeri) adalah bagian dari kebutuhan fisiologis menurut Maslow. Kebutuhan rasa aman dan nyaman diperlukan untuk proses kehidupan. Nyeri adalah suatu mekanisme proteksi bagi penderita yang timbul bilamana jaringan sedang dirusak dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rasa nyeri (NANDA 2015). Nyeri adalah suatu rasa yang tidak aman, baik ringan maupun berat. Nyeri didefinisikan sebagai suatu keadaan yang mempengaruhi seseorang dan ekstensinya diketahui bila seseorang pernah mengalaminya (Tamsuri 2007). Menurut *International Association for the Study of Pain*, nyeri merupakan awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi.

Kebutuhan aman dan nyaman ini perlu dikaji. Hal-hal yang harus dikaji antara lain ekspresi klien terhadap nyeri, klasifikasi pengalaman nyeri, dan karakteristik nyeri. Ekspresi klien terhadap nyeri dapat dikaji dengan melihat status verbal dan non verbal dalam mengkomunikasikan rasa ketidaknyamanannya klien. Klasifikasi pengalaman nyeri ditentukan dengan mengkaji apakah nyeri yang dirasakan klien akut atau kronik. Apabila nyeri yang dirasakan bersifat nyeri akut maka dibutuhkan pengkajian yang rinci tentang karakteristik nyeri. Apabila nyeri bersifat kronik, maka dapat menentukan apakah nyeri berlangsung intermiten, persisten atau terbatas. Karakteristik nyeri menggambarkan onset dan durasi nyeri, lokasi nyeri, keparahan nyeri dan efek nyeri pada klien. Untuk menentukan onset dan durasi nyeri, perawat harus mengkaji sudah berapa lama nyeri dirasakan, seberapa sering nyeri kambuh, dan apakah munculnya nyeri itu pada waktu yang sama.

Lokasi nyeri dapat ditentukan dengan meminta pasien untuk menunjukkan dimana nyeri terasa, menetap, atau terasa menyebar. Untuk mengkaji keparahan nyeri, pasien diminta menggambarkan seberapa parah nyeri yang dirasakan

Untuk memperoleh data ini biasanya menggunakan alat bantu atau skala ukur. Efek nyeri pada klien juga harus diketahui dengan mengkaji efek tingkah laku dan efek pada *Activity Daily Living* (ADL). Pengkajian efek tingkah laku dilakukan dengan mengkaji respon verbal, gerakan tubuh, ekspresi wajah, dan interaksi sosial. Perilaku pasien yang mengindikasikan nyeri sebagai berikut: biasanya pasien memegang daerah yang nyeri, ekspresi wajah pasien tampak meringis kesakitan dan kurang mampu dalam melakukan aktivitas. Efek nyeri pada ADL harus dikaji karena pasien yang mengalami nyeri kurang mampu berpartisipasi secara rutin dalam melakukan aktivitas (Wedho.M, dkk 2013).

### **2.1.2 Kerusakan Integritas Kulit**

Luka adalah rusak atau hilangnya sebagian jaringan tubuh. Luka dapat disebabkan benda tumpul, luka tembak, luka tusuk juga disebabkan oleh suatu proses penyakit atau insisi operasi. Faktor- faktor yang berperan dalam penyembuhan luka menurut Potter & Pierry (2008) meliputi faktor eksternal yang terdiri dari penekanan, gesekan, sheer, dan kelembaban. Sedangkan faktor internal antara lain : usia, status mobilisasi dan aktivitas, nutrisi, disfungsi sirkulasi, dan anemia.

Herdman, Shigemi (2015) mengatakan bahwa kerusakan integritas kulit merupakan kerusakan yang terjadi pada epidermis dan atau dermis. Komplikasi dari luka yang tidak dirawat dapat menyebabkan infeksi, sepsis, perdarahan dan berujung kematian. Ada 2 jenis luka yakni : luka baru dan luka lama. Luka yang lama sembuh disertai dengan penurunan daya tahan tubuh pasien membuat luka semakin rentan untuk terpajan mikroorganisme yang menyebabkan infeksi (Morrison, 2014). Munculnya infeksi akan memperpanjang lama hari rawat. Hari rawat yang lebih lama akan meningkatkan risiko pasien terkena komplikasi penyakit lain.

## **2.2 Konsep Trombosis Vena Dalam**

### **2.2.1 Pengertian**

Trombosis vena dalam atau deep vein thrombosis merupakan penggumpalan darah yang terjadi di pembuluh balik (vena) sebelah dalam. Bekuan yang terbentuk didalam suatu pembuluh darah disebut trombus. Trombus bisa terjadi di vena superfisial ( vena permukaan) maupun di vena dalam. Trombosis vena dalam adalah terbentuknya bekuan darah didalam lumen vena dalam yang diikuti oleh reaksi inflamasi dinding pembuluh darah dan jaringan perivena. Trombosis vena dalam lebih banyak terjadi pada vena tungkai seperti vena femoralis dan vena poplitea (Smeltzer, 2007) .

### **2.2.2 Etiologi**

Thrombosis vena dalam disebabkan oleh adanya disfungsi endotel pembuluh darah, hiperkoagulabilitas dan gangguan aliran darah vena (stasis) yang dikenal dengan istilah *Trias Virchow*. Adapun faktor risiko terjadinya thrombosis vena dalam yaitu : usia, genetik, kanker ,dehidrasi, merokok, dan obesitas.

### **2.2.3 Manifestasi Klinis**

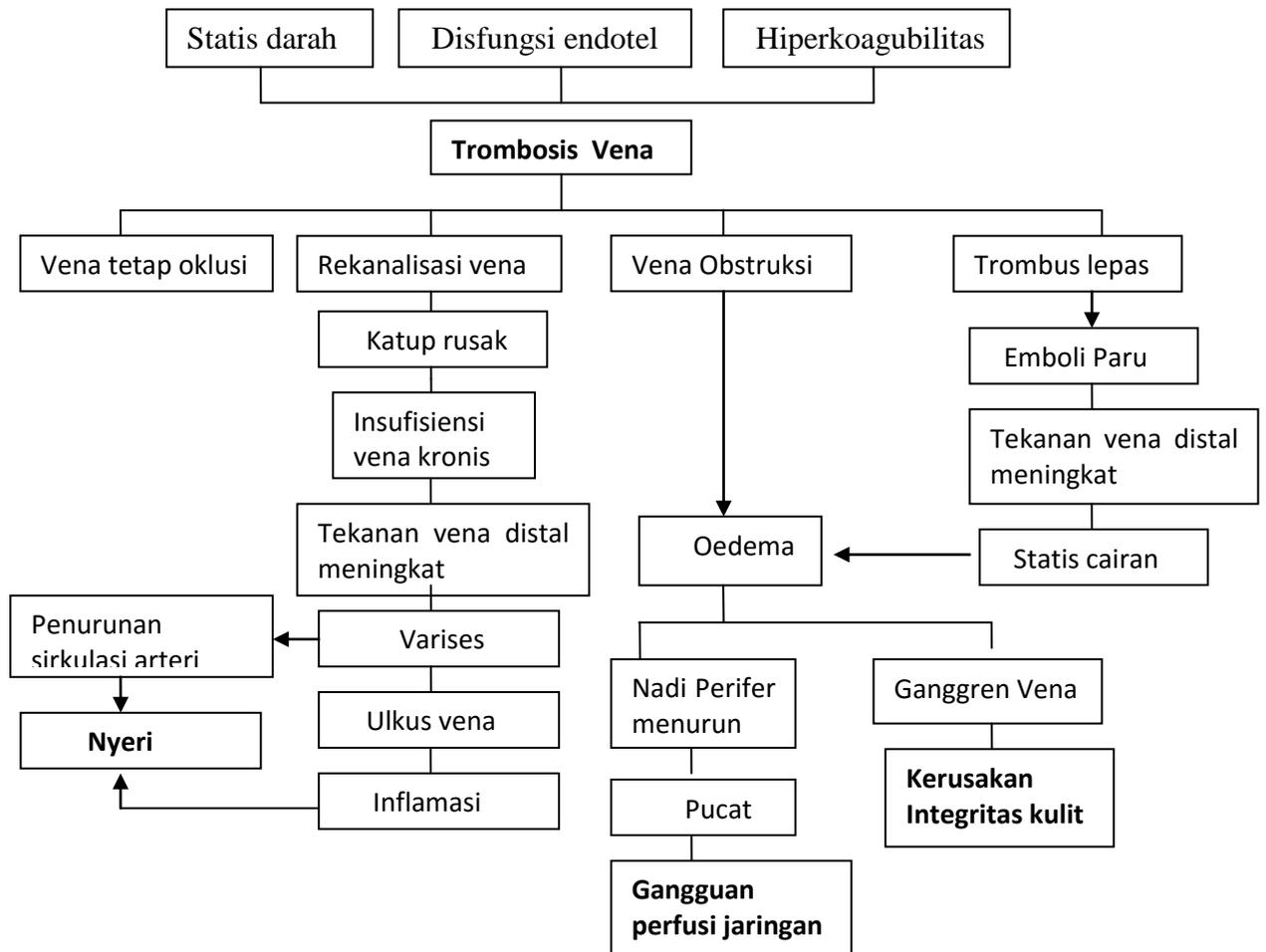
Pasien yang mengalami Thrombosis vena dalam akan merasa nyeri pada ekstremitas yang mengalami thrombosis. Ekstremitas ini akan mengalami perubahan bentuk yakni menjadi lebih besar atau bengkak dan mengalami perubahan warna kulit menjadi lebih gelap dari sebelumnya. Komplikasi kronis dari thrombosis vena dalam dilihat dari adanya gejala postphlebitic syndrom yakni nyeri, bengkak dan adanya ulserasi pada ekstremitas (Andalas, 2008).

### **2.2.4 Patofisiologi**

Ketika pertama kali terjadi bekuan pada vena, karna statis atau hiperkoagulabilitas tanpa disertai peradangan maka proses ini dinamakan flebotrombosis. Trombosis vena mampu terjadi pada semua vena namun yang paling sering terjadi yakni pada vena ekstremitas. Trombus vena tersusun atas agregat vena yang menempel pada dinding vena, dengan

begitu vena akan mengalami penyumbatan atau obstruksi yang lama kelamaan akan menimbulkan oedem pada ekstremitas tersebut. Diameter oedem yang semakin besar mampu pecah dan menyebabkan ulkus atau ganggren vena. Trombus yang mudah terlepas dan mengikuti aliran darah bisa masuk kedalam paru-paru dan menyebabkan emboli paru pada pasien (Hasdianah 2016).

Bagan 1 Pathway trombosis vena dalam



### **2.2.5 Pemeriksaan diagnostik**

#### 1. Non Invasive Ultrasound

Non Invasive Ultrasound merupakan pemeriksaan pilihan pada pasien dengan DVT likely. Bersifat non-invasive, aman, mudah didapat, dan relatif murah. Sering juga disebut USG Doppler.

#### 2. D-dimer assay

D-dimer merupakan hasil dari degradasi *cross-linked fibrin* oleh plasmin. Test ini menunjukkan aktivitas secara umum dari koagulasi dan fibrinolisis.

#### 3. Angiografi (venography)

### **2.2.6 Penatalaksanaan**

#### 1. Penatalaksanaan bedah

Pembedahan trombosis vena dalam diperlukan bila: ada kontraindikasi terapi antikoagulan atau trombolitik, ada bahaya emboli paru yang jelas, dan aliran darah vena sangat terganggu yang dapat mengakibatkan kerusakan permanen pada ekstremitas. Trombektomi (pengangkatan trombosis) merupakan penanganan pilihan bila diperlukan pembedahan. Filter vena cava harus dipasang pada saat dilakukan trombektomi untuk menangkap emboli besar dan mencegah emboli paru.

#### 2. Penatalaksanaan keperawatan

Tirah baring, peninggian ekstremitas yang terkena, manajemen nyeri dengan teknik relaksasi dan kolaborasi pemberian terapi analgesik.

## **2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Kebutuhan Aman Nyaman**

### **2.3.1 Nyeri**

#### **1. Pengkajian nyeri**

Pengkajian nyeri dapat dilakukan menggunakan skala PQRST. Skala PQRST meliputi; provokes mengkaji tentang pencetus terjadinya nyeri, quality mengkaji tentang sifat nyeri yang dirasakan (nyeri bersifat tumpul, tajam, tertekan), radiation mengkaji tentang penyebaran rasa nyeri, severity mengkaji seberapa parah nyeri yang dirasakan menggunakan skala numerik dan skala analog visual, perlu dikaji lagi dengan gejala tambahan seperti adanya mual, muntah, pucat, sesak napas dan tanda vital yang abnormal, yang berikutnya adalah time, time mengkaji tentang waktu timbulnya nyeri, berapa lama durasi nyeri yang dirasakan, apakah nyeri dirasakan terus-menerus atau kadang-kadang (Wedho.M.dkk 2013).

#### **2. Diagnosa keperawatan**

Ada 2 diagnosa keperawatan yang dapat peneliti angkat dengan keluhan nyeri yang dirasakan oleh pasien yaitu : nyeri b/d adanya cedera biologis dan nyeri b/d adanya cedera fisik (NANDA 2015-2017).

#### **3. Intervensi Keperawatan**

Tujuan jangka panjang dari tindakan keperawatan yang dilakukan untuk diagnosa keperawatan ini adalah pasien akan bebas dari nyeri selama dalam perawatan. Untuk mencapai tujuan jangka panjang dari diagnosa ini perlu adanya tujuan khusus dengan adanya batasan waktu yaitu dalam jangka waktu 3x24 jam pasien akan terbebas dari rasa nyeri yang dirasakan.

Untuk mengukur keberhasilan tujuan yang akan dicapai maka peneliti menetapkan beberapa kriteria hasil yakni; pasien tidak melaporkan adanya nyeri, skala nyeri berkurang dari sebelumnya, visual analog scale nol, ekspresi pasien tidak

meringis, tanda vital dalam batas normal, dan pasien mampu beristirahat dengan tenang dan nyaman. Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan antara lain : peneliti harus mengkaji terlebih dahulu nyeri yang dirasakan menggunakan skala PQRST, ajarkan pasien teknik relaksasi napas dalam untuk mengontrol rasa nyeri yang muncul, berikan kompres hangat pada daerah yang nyeri, dan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi analgetik (Asmadi, 2008).

### **2.3.2 Kerusakan Integritas Kulit.**

#### **1. Pengkajian**

Dalam pengkajian luka, ada 2 kondisi yang perlu di perhatikan yakni luka baru dan luka lama. Perbedaan antar kedua luka ini yaitu ; luka baru adalah luka yang baru terjadi dan belum dilakukan tindakan apapun sedangkan luka lama adalah luka yang sudah dilakukan tindakan untuk mengobati. Pada luka baru yang perlu dikaji adalah; kaji keadaan umum pasien, kaji tanda vital, kaji keadaan luka, kaji adanya perdarahan atau tidak (jumlah, warna dan bau). Sedangkan pada luka lama yang harus dikaji adalah : kaji penampilan luka (adanya tanda infeksi), kaji luas luka, kaji keluhan nyeri, dan kaji drainage atau cairan yang keluar (Robins, 2007).

#### **2. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan yang dapat diangkat sesuai dengan keluhan yang pasien rasakan adalah Kerusakan integritas kulit b/d gangguan sirkulasi (NANDA 2015-2017).

#### **3. Intervensi Keperawatan**

Dalam intervensi keperawatan perlu adanya tujuan jangka panjang dan tujuan jangka pendek. Tujuan jangka panjang dalam diagnosa keperawatan ini adalah pasien akan bebas dari kerusakan integritas kulit selama masa perawatan. Adapun tujuan jangka pendek dalam diagnosa ini yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan kepada pasien diharapkan pasien terbebas dari kerusakan integritas kulit

dengan kriteria hasilnya adalah mempertahankan keutuhan kulit, menyatakan nyeri hilang, mencapai penyembuhan luka sesuai waktu, menunjukkan terjadinya proses penyembuhan luka, dan tanda vital dalam batas normal.

Intervensi yang dapat dilakukan yaitu mengkaji atau mencatat keadaan luka yang meliputi ukuran, warna, kedalaman, dan perhatikan jaringan nekrotik, mengkaji keadaan kulit luka terbuka, benda asing, kemerahan, perdarahan dan perubahan warna, melakukan perawatan luka secara aseptik dan steril 2 kali sehari, mempertahankan tempat tidur dalam keadaan bersih dan rapi, melakukan kolaborasi pemberian antiinflamasi untuk menghindari terjadinya infeksi.

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan yaitu melakukan tindakan keperawatan sesuai rencana yang telah ditetapkan untuk membebaskan pasien dari nyeri dan kerusakan integritas kulit.

#### **5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan dilakukan untuk mengukur keberhasilan tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien. Evaluasi pada diagnosa 1 adalah pasien terbebas dari nyeri dengan kriteria hasil : skala nyeri 0, pasien tidak meringis, pasien dapat beristirahat dengan baik, TTV dalam batas normal.

Evaluasi pada diagnosa 2 adalah pasien mampu meningkatkan integritas kulit yang baik dengan kriteria hasil : adanya proses penyembuhan luka, pasien tidak mengeluh nyeri pada luka, tidak ada perdarahan, TTV dalam batas normal.

Perawat mempunyai tiga alternatif dalam menentukan sejauh mana tujuan tercapai:

##### **1. Berhasil**

Perilaku pasien sesuai pernyataan tujuan dalam waktu atau tanggal yang telah ditetapkan tujuan.

2. Tercapai Sebagian

Pasien menunjukkan perilaku tetapi tidak sebaik yang ditentukan dalam pernyataan tujuan.

3. Belum Tercapai

Pasien tidak mampu sama sekali menunjukkan perilaku yang diharapkan sesuai dengan pernyataan tujuan.

## **BAB III**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

#### **3.1 Jenis Penelitian**

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kualitatif dengan desain penelitian studi kasus (*case study*). Pendekatan kualitatif merupakan penelitian yang umumnya menjelaskan, memberi pemahaman dan interpretasi tentang berbagai pengalaman manusia dalam berbagai bentuk, sebagai suatu fenomena dan dipelajari secara alami dengan mengamati langsung atau melakukan wawancara yang mendalam dengan individu yang memiliki informasi terkait, dimana satuan penelitian yang dilakukan adalah kasus tunggal. (Poerwandari 2009).

#### **3.2 Subyek Penelitian**

Informan dengan inisial Tn M.P (32 tahun) lahir di Rote tanggal 01 April 1987. Informan merupakan anak kedua dari empat bersaudara dan kini sudah berkeluarga. Tn M.P mempunyai 2 orang putra. Pendidikan terakhir sekolah menengah pertama, Tn M.P bekerja sebagai seorang petani. Tn M.P masuk rumah sakit tanggal 20 Mei 2019 dengan diagnosa medis anemia dan thrombosis vena dalam plus ulkus femur dextra.

#### **3.3 Fokus Penelitian**

Fokus pada penelitian ini adalah pemenuhan kebutuhan aman dan nyaman (nyeri dan kerusakan integritas kulit) pada pasien dengan deep vein trombosis.

#### **3.4 Instrument Penelitian**

Instrumen penelitian ini adalah peneliti sendiri dan dibantu dengan alat atau fasilitas yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data berupa alat tulis lembar, panduan wawancara, serta alat rekam (handphone).

### **3.5 Pengumpulan Data**

Pengumpulan data dilakukan setelah peneliti mendapat izin dari diklat RSUD Prof. Dr. W. Z. Yohanes Kupang. Selanjutnya peneliti melakukan persetujuan dan kontrak waktu dengan subjek penelitian untuk memulai proses pengumpulan data. Metode pengumpulan data menggunakan metode wawancara dan studi rekam medik. Dari metode ini didapatkan 2 jenis data yakni data primer dan data sekunder. Data primer adalah data langsung yang didapatkan dari hasil wawancara dan pengkajian fisik sedangkan data sekunder adalah data yang diperoleh dari rekam medik (status pasien).

### **3.6 Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di Ruang Teratai RSUD Prof. Dr. W. Z. Yohanes Kupang dari tanggal 27 - 30 Mei 2019.

### **3.7 Analisis dan Penyajian Data**

Hasil wawancara (suara) diubah ke dalam bentuk transcrib. Hasil transcrib di baca berulang- ulang untuk menemukan tema dari setiap jawaban subjek penelitian, lalu dilakukan verifikasi data. Data yang diperoleh perlu di cek kebenarannya dengan melakukan Triangulasi sumber data. Dalam penelitian ini dilakukan triangulasi dengan keluarga pasien dan perawat ruangan.

### **3.8 Etika Penelitian**

Penelitian dimulai dengan melakukan beberapa prosedur yang berhubungan dengan etika penelitian yang meliputi :

1. *Informed Consent* ( lembar persetujuan menjadi responden)

Merupakan lembaran persetujuan yang akan diberikan kepada subjek yang akan diteliti. *Informed consent* menjelaskan maksud dan tujuan dari penelitian serta dampak yang mungkin terjadi selama dan sesudah pengumpulan data. Jika responden menolak untuk menandatangani maka peneliti tidak berhak untuk memaksa dan tetap menghormati hak responden

2. *Anonymity* atau kerahasiaan responden

Privacy atau kerahasiaan identitas responden harus dijaga. Oleh karena itu peneliti tak boleh mencantumkan nama responden pada saat pengumpulan data

3. *Confidentiality*

Kerahasiaan responden dijamin oleh peneliti karena hanya kelompok data tertentu apa saja yang akan disajikan atau dilaporkan sebagai hasil penelitian.

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **4.1 Hasil Penelitian**

##### **4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian**

Penelitian dilakukan di RSUD Prof. Dr. W. Z. Yohanes Kupang yang terletak di kecamatan Kota Raja, kota Kupang, propinsi NTT. RSUD Prof. Dr. W. Z. Yohanes Kupang memiliki 13 fasilitas unggul yakni fasilitas pelayanan Rawat Jalan, pelayanan Rawat Inap,IGD, Kamar Operasi (bedah sentral), Ruang Endoskopi, Klinik VCT, Klinik Tumbuh Kembang, Klinik TB DOTS, Klinik Edukasi Diabetes Melitus, pelayanan Pemeriksaan Kesehatan (check up), pelayanan PKT, pelayanan Kemothorapi, dan pelayanan Echo Kardiografi. Untuk pelayanan rawat Inap rumah sakit ini memiliki fasilitas kelas utama/paviliun,kelas I,II dan III, kelas perawatan bedah, kamar bersalin dan 4 kamar perawatan Intensif. Ruang teratai sebagai lokasi penelitian merupakan ruang rawat inap kelas III bagi laki-laki dan perempuan. Ruang rawat pasien laki-laki di pisahkan dengan ruangan rawat pasien perempuan. Ruang rawat pasien laki-laki memiliki 6 tempat tidur dan ruang rawat pasien perempuan memiliki 10 tempat tidur.

##### **4.1.2 Data Demografi**

Pasien dengan inisial Tn M.P (32 thn), berjenis kelamin laki-laki, lahir di Rote tanggal 01 April 1987. Merupakan anak kedua dari empat bersaudara. Tn M.P sudah hidup berkeluarga dan telah dikaruniai dua orang putra. Keluarga Tn. M.P menganut agama kristen protestan dan selalu aktif dalam kegiatan gereja. Pendidikan terakhir sekolah menengah pertama. Pasien dirujuk dari RSUD Ba'a Rote dengan diagnosa medis anemia dan oedem pada ekstremitas bawah bagian kanan dari pangkal paha hingga telapak kaki. Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 20 mei 2019 menunjukkan HB 5.5g/dl. Pasien mempunyai riwayat jatuh sekitar 4 tahun yang lalu namun tidak berobat.

#### 4.1.3 Hasil Analisis Tematik

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan pada tanggal 27 Mei 2019 yang diawali dengan pertanyaan :“Bapak, coba jelaskan kepada saya bagaimana awal kejadian sehingga kaki bapak bisa luka seperti ini? “ Jawaban informan “Saat itu kami sedang panen tepatnya hari senin tanggal 20 Mei 2019 tiba-tiba saja pangkal paha saya terasa sangat sakit, karena tidak bisa menahan sakit saya memutuskan untuk pulang kerumah dan tidur, keesokan harinya kaki saya sudah bengkak dan tidak bisa berjalan,sejak itu keluarga langsung membawa saya ke RS Ba’a di Rote. Dari Rote langsung dirujuk ke RSUD di Kupang. Kaki saya bengkak dan pecah pada hari Jumad tanggal 24 Mei kemarin hinga luka seperti ini. Bengkaknya pecah dan mengeluarkan gumpalan darah hitam yang cukup banyak.”

Jawaban-jawaban informan ini menuntun peneliti menanyakan lebih dalam lagi tentang nyeri dan luka yang dialami untuk mendapatkan pernyataan dan makna dari setiap jawaban yang didapat. Berikut pernyataan penting dan makna yang didapat.

Tabel 1                      Pernyataan penting dan makna pernyataan

Pernyataan penting	Makna pernyataan
“ Tiba-tiba saja pangkal paha saya terasa sangat sakit. Keesokan harinya kaki saya sudah bengkak dantidak bisa berjalan, rasanya sakit sekali” “ Menurut saya waktu awal sakitnya ada di angka 9 (nyeri hebat bisa dikontrol) dan saat ini nyerinya ada di angka 6 atau 7 ( nyeri sedang)” “ Rasanya sakit sekali terlebih di sekitar luka, munculnya tiba-tiba dan seperti diiris”	Proses timbulnya nyeri
“ Kaki saya bengkak dan pecah pada hari jumad tanggal 24 Mei kemarin hingga luka begini. Bengkaknya pecah dan mengeluarkan gumpalan darah hitam yang cukup banyak”	Munculnya luka

Dari hasil deep interview ini di peroleh 2 tema yaitu nyeri dan kerusakan integritas kulit pada area deep vein thrombosis.

#### **4.1.4 Kesimpulan**

Kesimpulan yang peneliti ambil dari hasil wawancara ini adalah : Tn M.P mengalami nyeri yang hebat dikarenakan adanya kerusakan integritas kulit yang timbul. Saat dilakukan wawancara, Tn M.P mengatakan nyeri sudah berkurang, skala nyeri berada di angka 6-7(nyeri sedang). Sedangkan kerusakan integritas kulit yang dialami masih terjadi perdarahan yang aktif berupa gumpalan darah yang banyaknya sekitar 1-2 liter, luka pasien berbentuk bulat dengan diameter luka 4 cm, lukanya masih merah, Tn M.P mengatakan lukanya semakin hari semakin parah karena keluarnya darah terus-menerus.

Kerusakan integritas kulit yang terjadi merupakan penyebab adanya nyeri. Peneliti tidak mengangkat nyeri sebagai tema yang utama karena saat wawancara skala nyeri yang dirasakan sudah berkurang (skala 6-7, nyeri sedang) dan penyebab timbulnya nyeri adalah adanya kerusakan integritas kulit. Sehingga tema pertama yang diangkat peneliti dalam studi kasus ini adalah kerusakan integritas kulit.

Dalam proses keperawatan tema ini disebut sebagai diagnosa keperawatan. Maka dari kedua tema ini didapatkan dua diagnosa keperawatan yakni: kerusakan integritas kulit berhubungan dengan gangguan sirkulasi, dan diagnosa keperawatan yang kedua adalah nyeri akut berhubungan dengan adanya agens cedera biologis.(NANDA 2015-2017)

## **4.2 Pembahasan**

Dalam bab ini akan dibahas dua tema yaitu kerusakan integritas kulit dan nyeri.

### **4.2.1.1 Kerusakan Integritas Kulit**

Kerusakan integritas kulit terjadi karena rusaknya struktur dan fungsi anatomis kulit normal akibat proses patologis yang berasal dari internal dan eksternal dan mengenai organ tertentu (Potter & Perry 2006). Dalam penelitian Rosina Tarigan (tahun 2015) menjelaskan bahwa ulkus kaki merupakan komplikasi yang umum dari beberapa penyakit. Penyembuhan luka yang lambat dapat meningkatkan kerentanan terhadap adanya infeksi.

Dalam penelitian ini ditemukan hasil bahwa Tn M.P mengalami kerusakan integritas kulit karena adanya komplikasi patologis yang dialami yakni karena deep vein thrombosis yang menyebabkan adanya gangguan sirkulasi khususnya pada ekstremitas bawah. Hal ini juga dibuktikan dengan teori (Andallas 2008) yang mengatakan salah satu komplikasi dari trombosis vena dalam adalah adanya ulkus atau ganggren vena. Salah satu tindakan atau intervensi keperawatan yang dapat dilakukan pada pasien yang mengalami masalah kerusakan integritas kulit adalah tindakan perawatan luka. Perawatan luka berkembang dengan pesat di dunia kesehatan. Tujuan dari intervensi ini adalah agar selama dalam perawatan kerusakan integritas pasien dapat teratasi atau dapat menunjukkan perbaikan integritas kulit yang normal.

Dalam melakukan perawatan peneliti menetapkan beberapa kriteria hasil untuk mengukur keberhasilan tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu : lukanya mengecil, tidak ada perdarahan, menunjukkan terjadinya proses penyembuhan luka, tidak ada tanda infeksi dan komplikasi, sehingga tindakan yang peneliti ambil bersama dengan pasien disini adalah tindakan perawatan luka. Diawali dengan menyiapkan alat-alat steril untuk merawat luka yakni: satu set alat steril untuk rawat luka, cairan Nacl 0,9%, kasa steril, sarung tangan steril, perban elastis, plester dan

gunting. Tindakan perawatan luka ini dilakukan satu kali sehari. Pada pasien ini perawatan luka dilakukan satu kali sehari namun bisa lebih dalam sehari bila terjadi perembesan karna adanya perdarahan. Tindakan perawatan luka ini dilakukan setiap pagi mulai dari tanggal 27-30 mei 2019 pukul 08:00 pagi.

Tindakan keperawatan yang peneliti ambil ini juga di dukung oleh penelitian Faizah Rahayuningsi (tahun 2016). Penelitian ini membuktikan bahwa perawatan luka yang dilakukan dengan tindakan steril akan memperkecil peluang infeksi luka pada pasien. Begitupun dengan hasil penelitian Suwanto (2017) mengenai efektifitas penggunaan larutan Nacl terhadap proses penyembuhan luka, yang membuktikan bahwa Nacl mampu menarik kelebihan eksudat dan mengurangi bau luka karena bersifat hipertonik.

Peneliti melakukan evaluasi keperawatan setiap hari sesuai dengan kriteria hasil yang ditetapkan. Evaluasi hari pertama tanggal 28 mei 2019; Tn M.P mengatakan bahwa lukanya semakin hari semakin parah, dari hasil pengamatan peneliti diameter luka masih 4 cm, perdarahan masih aktif dengan keluarnya gumpalan darah yang banyaknya kurang lebih 2 liter, tidak ada tanda proses penyembuhan luka seperti tumbuhnya jaringan baru. Evaluasi hari kedua tanggal 29 mei 2019, Tn M.P mengatakan lututnya terasa sakit dan seperti muncul luka yang baru, dari hasil pengamatan peneliti, muncul luka baru di area lutut inferior dengan diameter luka 2 cm, masih ada perdarahan di luka lama namun tidak banyak seperti kemarin. Evaluasi hari ketiga 30 mei 2019 Tn M.P mengatakan luka di lututnya sudah pecah dan merembes ke perban yang cukup banyak, dari hasil pengamatan peneliti, ada luka baru di bagian lutut dengan diameter luka tambah luas, perdarahan aktif berupa gumpalan darah yang sangat banyak kurang lebih 3-4 liter.

Dari evaluasi keperawatan ini terlihat bahwa tindakan yang peneliti lakukan belum sesuai dengan kriteria hasil yang ingin dicapai, berhubungan dengan singkatnya waktu penelitian yang hanya 4 hari, maka peneliti juga menginformasikan kepada pasien untuk tetap melakukan perawatan luka secara steril dengan standar operasional prosedur yang terlampir.

#### **4.2.1.2 Nyeri**

Nyeri adalah suatu mekanisme proteksi bagi penderita yang timbul bilamana jaringan sedang dirusak dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rasa nyeri (NANDA 2015) . Nyeri terjadi bersama banyak proses penyakit atau bersamaan dengan beberapa pemeriksaan diagnostik atau pengobatan. Nyeri sangat mengganggu dan menyulitkan lebih banyak orang dibanding suatu penyakit manapun (Brunner & Suddarth 2012). Menurut teori tentang persepsi nyeri, setiap individu mempunyai persepsi nyeri yang berbeda-beda dalam hal skala dan tingkatannya, dan hanya orang tersebut yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya (Musrifatul & Hidayat 2011).

Dalam penelitian ini Tn M.P mengatakan nyeri yang dirasakan sangat hebat adalah saat terjadinya luka atau ulkus dengan skala nyeri 9 (nyeri hebat namun masih bisa dikontrol), namun saat dikaji 2 hari setelah terjadi luka, Tn M.P mengatakan nyeri sudah berkurang dengan skala antara 6-7(nyeri sedang), nyeri yang dirasakan seperti teriris-iris namun tidak menjalar ke anggota tubuh yang lain hanya sepanjang ekstremitas kanan bawah, mulai dari pangkal paha hingga lutut. Maka peneliti menyimpulkan nyeri yang dialami disebabkan karena adanya kerusakan integritas kulit berhubungan dengan adanya gangguan sirkulasi yang menyebabkan inkontinuitas jaringan dan saraf. Nyeri ini dapat diatasi dengan cara non farmakologis dan farmakologis (Asmadi 2008) , salah satu tindakan keperawatan yang diambil untuk mengatasi nyeri ini adalah teknik relaksasi napas dalam. Relaksasi merupakan kebebasan mental dan fisik dari ketegangan dan stress, karena dapat mengubah persepsi kognitif dan motivasi afektif pasien. Teknik relaksasi membuat pasien dapat

mengontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stress fisik, dan emosi pada nyeri. Periode relaksasi yang teratur dapat membantu untuk melawan kelelahan dan ketegangan otot yang terjadi dengan nyeri kronis dan yang meningkatkan nyeri (Tamsuri 2007).

Tujuan tindakan keperawatan ini adalah membebaskan pasien dari rasa nyeri selama dalam perawatan dengan beberapa kriteria hasil yakni : pasien tidak melaporkan adanya nyeri, skala nyeri berkurang, tidak ada ekspresi meringis, pasien melaporkan dapat mengontrol nyeri yang dirasakan. Tindakan keperawatan yang peneliti angkat ini juga di dukung oleh penelitian Ayudianingsih dan Maliya (2017). Dalam penelitian ini membuktikan bahwa adanya penurunan signifikan pada responden yang mengalami nyeri hebat sebelum perlakuan dan setelah diberikan latihan teknik relaksasi. Tindakan keperawatan teknik relaksasi napas dalam ini dilakukan sebanyak 2-3 kali sehari selama 5-15 menit.

Tindakan keperawatan ini dilakukan mulai dari tanggal 27-30 mei 2019. Biasanya dilakukan pada pukul 10:00 dan 14:00. Selain dengan teknik relaksasi jika nyeri sudah melampaui batas kemampuan pasien, maka nyeri dapat di kontrol dengan cara farmakologis, pada penelitian ini Tn M.P mendapat injeksi obat ketorolac dengan dosis 1 ampul per iv (30 mg). Untuk mengukur keberhasilan tindakan keperawatan yang dilakukan, peneliti selalu melakukan evaluasi keperawatan dengan berpedoman pada kriteria hasil yang ingin dicapai.

Evaluasi hari pertama tanggal 28 mei 2019, Tn M.P mengatakan sudah mampu mengontrol nyeri yang dirasakan, skala nyeri 6, ekspresi meringis jarang hanya bila kaki digerakan saja. Hasil evaluasi ini sejalan dengan pendapat Danuatmaja (2008) bahwa metode relaksasi mampu membuat pasien mengontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stres fisik, dan emosi pada nyeri. Evaluasi hari kedua tanggal 29 mei 2019 Tn M.P mengatakan nyeri lebih banyak diarea lutut, pasien masih mampu mengontrol dengan teknik napas dalam, skala nyeri masih 6, ada ekspresi meringis dan gerakan melindungi area nyeri. Evaluasi hari ketiga tanggal

30 mei 2019, Tn M.P mengatakan nyeri bertambah dibandingkan dengan kemarin, area nyeri disekitar lutut, skala nyeri 9 dan tidak dapat dikontrol dengan teknik napas dalam, pasien mendapat injeksi obat ketorolac 1 ampul/iv pada pukul 10:00 pagi. Setelah dilakukan injeksi obat ketorolac pasien terlihat tampak rileks dan tidak meringis seperti sebelumnya. Menurut peneliti nyeri ini timbul dikarenakan timbulnya luka baru dibagian lutut pasien.

Dari evaluasi keperawatan ini dapat dilihat bahwa tindakan keperawatan yang dilakukan oleh peneliti baik mengatasi nyeri dengan metode farmakologis dan non farmakologis, mampu mengatasi masalah nyeri pada pasien. Berhubung dengan waktu penelitian yang begitu singkat maka peneliti hanya mampu mengajarkan kepada pasien teknik relaksasi napas dalam jika pasien merasa nyeri dan menganjurkan pasien melaporkan kepada petugas kesehatan bila tidak mampu mengontrol nyeri yang dirasakan dengan teknik relaksasi yang telah diajarkan.

#### **4.2.2 Keterbatasan Penelitian**

Dalam penelitian ini, banyak kendala yang ditemui diantaranya keterbatasan waktu. Keterbatasan waktu ini membuat asuhan keperawatan yang diberikan pada informan tidak terarah dan berkesinambungan, sehingga pemulihan pasien tidak diikuti dan dievaluasi lagi dengan baik. Semua sangat mempengaruhi hasil dari penelitian yang dilakukan.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **5.1 Kesimpulan**

Dari hasil penelitian yang dilakukan pada tanggal 27-30 Mei 2019 didapatkan 2 tema yakni : nyeri akut dan kerusakan integritas kulit. Tn M.P mengatakan nyeri pada kaki bagian kanan dengan skala nyeri 6-7 (nyeri sedang) dan luka dikaki kanan yang semakin parah karena perdarahan yang terus menerus. Tindakan keperawatan yang sudah dilakukan bersama dengan pasien adalah tindakan perawatan luka dan teknik relaksasi napas dalam. Dalam penelitian ini ada juga tindakan yang dilakukan selain tindakan yang diputuskan bersama pasien yaitu : terapi analgetik injeksi ketorolax 1 ampul per IV.

Setelah dilakukan tindakan teknik relaksasi dan perawatan luka, pasien mengatakan dapat mengontrol nyeri dengan teknik relaksasi yang telah diajarkan, namun pasien mengatakan luka semakin hari semakin buruk karena perdarahan yang tidak pernah berhenti, tidak ada tanda-tanda proses penyembuhan luka, diameter luka 4 cm dan muncul luka baru di daerah lutut dengan perdarahan yang aktif. Berhubung dengan adanya keterbatasan waktu penelitian maka tindakan keperawatan akan dilanjutkan oleh perawat ruangan dan keluarga.

#### **5.2 SARAN**

##### **5.2.1 Bagi Perawat Ruangan**

Bagi perawat ruangan sebaiknya dalam melakukan tindakan dalam mengatasi nyeri dengan menggunakan teknik relaksasi napas dalam harus di aplikasikan pada klien karena sesuai observasi di temukan perawat ruangan hanya mencatat tindakan pada status dan tidak mengaplikasikan pada kasus nyata

### 5.2.2 Bagi Pasien dan Keluarga

1. Disarankan untuk menjalani pengobatan dengan teratur baik yang bersifat terapi maupun nonterapi sehingga mempercepat proses penyembuhan.
2. Keluarga mampu mengaplikasikan cara perawatan luka secara baik sesuai yang telah diajarkan agar klien dapat sembuh dan terbebas dari infeksi dan nyeri.

### 5.2.3 Bagi penulis

Memperoleh pengalaman dan mengaplikasikan hasil riset keperawatan khususnya dalam pemenuhan kebutuhan dasar aman nyaman pada pasien deep vein thrombosis.

## DAFTAR PUSTAKA

- Andriani.R.(2018). *Definisi Protein S pada Trombosis Vena Dalam*. Jurnal Kesehatan.Vol 7.
- Andalas. (2008). *Asuhan Keperawatan Pasien dengan Trombosis Vena Dalam*. Jurnal Kesehatan. Vol 5
- Asmadi.(2008). *Konsep Dasar Keperawatan*,Jakarta: EGC
- Ayudianigsih.(2017). *Hubungan Penurunan Skala Nyeri dengan Teknik Relaksasi*. Volume 1
- Danuatmaja.B.(2008).*Efektivitas Relaksasi Napas Dalam*. Jakarta:Puspa Swara
- Herman.K. (2015). *Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi*. Jakarta: EGC
- Kozier. (2010). *Fundamental of Nursing Concept and Proses and Practice 7*. Jakarta: EGC
- Mushrifatul.(2011). *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia*. Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika
- NANDA International.(2015).*Diagnosa Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2015-2017*, ed 10.Jakarta: EGC
- Padila. (2012) . *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*.Jogjakarta: Nuha Medika
- Padila. (2013). *Asuhan Keperawatan Penyakit Dalam*. Jogjakarta : Nuha Medika
- Potter.A dan Perry. (2006). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep Proses dan Praktik*. Vol 1. Ed 4. Jakarta : EGC
- Prasetyo. S.(2010). *Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri*.Jogjakarta: Graha Ilmu
- Poewardari,K.E. (2009). *Pendekatan Kualitatif untuk Perilaku Manusia Lembaga Pengembangan Sarana Pengukuran dan Pendidikan Psikologi*. Depok: Fakultas Psikologi Universitas Mercu Buana.
- Rahayuningsi.F.(2016). *Hubungan Tingkat Kepatuhan Pelaksanaan Protap Perawata Luka dengan Kejadian Infeksi*. Vol 1
- RISKESDAS,(2015). *Prevelensi Trombosis Vena Dalam di Indonesia*. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI.

- Satrio.A. (2007). *Pedoman dan Panduan Praktek Kebutuhan Dasar Manusia 1 dan Keperawatan Medikal Bedah III*. Kupang: Gita Kasih
- Smeltzer.(2007). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner Suddarth*. Volume 2. Edisi 8. Jakarta: EGC
- Suwarto.(2017). *Efektifitas penggunaan larutan Nacl terhadap proses penyembuhan luka*. Volume 4
- Tamsuri.(2007). *Konsep dan Penataksanaan Nyeri*. Jakarta : EGC

Lampiran 1

 **KEMENTRIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**  
**PRAKTEK KERJA NYATA MAHASISWA/**  
**PRODI D-III KEPERAWATAN**  
Direktorat :Jln. El Tari II Liliba-Kupang, Telp (0380) 881880; 880880  
Fax (0380) 85534188; email: [poltekkeskupang@yahoo.com](mailto:poltekkeskupang@yahoo.com) 

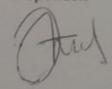
**LEMBAR PERSETUJUAN**

**Biodata Pasien**

Nama Pasien	: Tn.M.P
Umur	: 32 Tahun
Jenis Kelamin	: Laki -laki
Ruang/Kamar	: Teratai/B6
Diagnosa Medis	: Anemia + Ulkus Femur Dextra

Dengan ini menyatakan **SETUJU** untuk menjadi pasien binaan mahasiswa Poltekkes  
Kemenkes Kupang atas nama : **Angelina Atin Ina Olla**. Dengan judul **Pemenuhan**  
**Kebutuhan Aman Nyaman : Perawatan Luka Pada Pasien Tn. M.P : Studi Kasus.**

Kupang, 27 Mei 2019

Responden  


## Lampiran 2

### **SOP PERAWATAN LUKA**

1. Pengertian : merupakan suatu teknik aseptik yang bertujuan membersihkan luka dan debris untuk mempercepat proses penyembuhan luka
2. Indikasi :
  - Balutan luka kotor dan basah akibat faktor eksternal
  - Ada rembesan cairan atau eksudat
  - Mengobservasi keadaan luka
  - Mempercepat debridement jaringan nekrotik
3. Tujuan
  - Menjaga luka dari trauma
  - Imobilisasi luka
  - Mencegah perdarahan
  - Mencegah kontaminasi oleh kuman dan bakteri
  - Meningkatkan kenyamanan fisik dan psikologis pasien
4. Persiapan alat
  - Bak instrumen steril
  - Pinset anatomis 2
  - Pinset sirugis
  - Gunting jaringan
  - Klem (jika dibutuhkan)
  - Kapas steril
  - Kassa steril
  - Cairan Ns
  - Hipafix/plester
  - Alkohol
  - Sampiran

- Bengkok
  - Pengalas
  - Korentang
  - Cairan desinfektan atau klorin
5. Persiapan pasien
- Kontrak waktu
  - Jelaskan tujuan
  - Jelaskan prosedur pelaksanaan
6. Persiapan lingkungan
- Jaga privacy pasien
  - Ciptakan lingkungan yang aman dan nyaman
7. Pelaksanaan
- Persiapan alat
  - Dekatkan alat ke pasien
  - Cuci tangan dan pakai sarung tangan
  - Buka balutan menggunakan kassa yang telah dibasahi dengan alkohol
  - Ganti sarung tangan menggunakan sarung tangan steril
  - Bersihkan luka menggunakan kasa yang telah dibasahi dengan Ns dari dalam keluar sampai bersih
  - Keringkan dengan kasa kering steril dari dalam keluar
  - Observasi keadaan luka meliputi tanda infeksi, jahitan, adanya rembesan atau eksudat, dan lihat area sekitar luka.
  - Tutup luka menggunakan kassa steril
  - Masukkan pinset yang telah dipakai kedalam larutan desinfektan
  - Fiksasi atau plester pada area tepi luka terlebih dahulu
  - Beritahu pasien tentang hasil observasi luka
  - Rapikan klien dan lingkungan
  - Bereskan alat dan buang sampah
  - Lepaskan saring tangan

- Cuci tangan

#### 8. Evaluasi

- Dokumentasi
- Evaluasi hasil tindakan dan respon pasien

## Lampiran 3

### **SOP TEKNIK NAPAS DALAM**

1. Pengertian : suatu bentuk asuhan keperawatan, dimana perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan napas dalam.
2. Tujuan :
  - Meningkatkan kemampuan pasien agar dapat menurunkan intensitas nyeri
  - Meningkatkan ventilasi paru
  - Meningkatkan oksigenasi dalam darah
3. Indikasi : dilakukan pada semua tipe pasien ( tanpa gangguan kesadaran)
4. Persiapan :
  - Ruangan nyaman dan tenang
  - Tempat duduk yang nyaman
5. Pelaksanaan
  - Mencuci tangan
  - Berikan penjelasan tentang tujuan tindakan
  - Beikan instruksi kepada pasien dan contoh
  - Menganjurkan pasien untuk tarik napas pelan-pelan , perawat menghitung 1-3
  - Menganjurkan pasien mengeluarkan napas dari mulut dengan posisi bibir mencucu, perawat menghitung 4-10
  - Mengamati perkembangan dada dan perut
  - Memperbaiki teknik bernapas pasien
  - Mengulangi prosedur sampai 3 kali
  - Melakukan dokumentasi meliputi : jam pelaksanaan, kemampuan pasien, reaksi pasien.

- Mencuci tangan

#### 6. Evaluasi

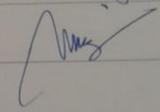
- Tanyakan keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan
- Observasi tanda kesulitan bernapas, nyeri dan kecemasan.

Lampiran 4


**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN**  
**SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**  
Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Laliba - Kupang, Telp. (0380) 8800256,  
 Fax (0380) 8800256, Email: poltekkeskupang@yahoo.com


**LEMBAR KONSULTASI  
KARYA TULIS ILMIAH**

NAMA MAHASISWA : Angelina Atin Ina Olla  
 NIM : PO. 530320116237  
 NAMA PEMBIMBING : M. Margaretha U. W., SKp., MHSc  
 NIP : 195602171968032001

No.	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	Senin, 27 Mei 2019	Konsultasi Judul dan Panduan wawancara	
2	Rabu, 29 Mei 2019	Konsultasi Tema, Bab I dan Bab II	
3	Jumad, 01 Juni 2019	Konsultasi Bab III dan Bab IV	
4	Selasa, 04 Juni 2019	Konsultasi Bab IV dan	
5	Kamis, 13 Juni 2019	Konsultasi Abstrak dan Lampiran - ACC ujian sidang	
6	Jumad, 14 Juni 2019	Ujian sidang - lagut revisi	
7	Rabu, 27 Juni 2019	Revisi Bab IV, V, dan Abstrak serta lampiran	
8	Selasa, 02 Juli 2019	ACC Jilid	

## Lampiran 5

## Jadwal Kegiatan

No	Kegiatan	Bulan														
		Mei					Juni						July			
		24	27	28	29	30	01	10	11	12	13	14	01	02	03	05
1.	Pembekalan	√														
2.	Lapor diri di Rs	√														
3.	Pengambilan kasus	√														
4.	Ujian Praktek															
5.	Perawatan Kasus		√	√	√	√										
6.	Pernyataan Laporan studi kasus konsultasi dengan pembimbing			√		√	√	√	√	√	√					
7.	Ujian sidang											√				
8.	Revisi hasil dan pengumpulan laporan studi kasus												√	√	√	√

