Lampiran 1 Rencana Jadwal Penelitian

 **JADWAL PENELITIAN TAHUN 2018**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NO | KEGIATAN | WAKTU |
| Januari | Februari | Maret | April | Mei | Juni | Juli |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | Penyusunan proposal KTI |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Seminar proposal KTI |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Revisi proposal KTI |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Perijinan Studi Kasus |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Persiapan Studi Kasus |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Pelaksanaan Studi Kasus |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Penyusunan hasil Studi Kasus |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | Laporan KTI |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | Sidang KTI |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | Revisi Laporan KTI akhir  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Lampiran 2. Angaran Biaya Penelitian

 ANGGARAN BIAYA PENELITIAN

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | Kegiatan | Volume | Satuan | Unit | Jumlah |
| 1. | Penyusunan proposal |  |  |  |  |
| 1. Pengadaan Proposal
 | 4 | pkt | 20.000 | 80.000 |
| 1. Revisi proposal
 | 1 | pkt | 50.000 | 50.000 |
| 2. | Transport peneliti | 8 | kl | 20.000 | 160.000 |
| 3. | ATK dan pengadaan |  |  |  |  |
| 1. Kertas
 | 4 | rim | 50.000 | 200.000 |
| 1. Foto kopi dan jilid
 | 1 | pkt | 200.000 | 200.000 |
| 1. Tinta printer
 | 1 | bh | 50.000 | 50.000 |
| 1. Keeping CD
 | 3 | bh | 10.000 | 30.000 |
| 4. | Penatalaksanaan  |  |  |  |  |
| 1. Sabun
 | 2 | bh | 5000 | 10.000 |
| 1. Leaflet
 | 4 | bh | 3000 | 12.000 |
| 5. | Penyusunan KTI |  |  |  |  |
| 1. Pengadaan laporan KTI
 | 4 | bh | 50.000 | 200.000 |
| 1. Konsumsi seminar KTI
 | 3 | bh | 10.000 | 30.000 |
| Jumlah | 1.202.000 |

PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI STUDI KASUS

Lampiran 3. Penjelasan Untuk Mengikuti Studi Kasus

1. Perkenalkan saya Estu Siwi Nur Astuti mahasiswi berasal dari program DIII Keperawatan dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus saya yang berjudul “Penerapan Teknik Relaksasi Nafas Dalam Pada Ganguan Pemenuhan Kebutuhan Nyaman Pasien Post Operasi Fraktur Femur”
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah untuk menggambarkan penerapan teknik relaksasi nafas dalam pada ganguan pemenuhan kebutuhan nyaman pasien post operasi fraktur femur, yang dapat memberikan manfaat berupa pengurangan nyeri dan memberikan relaksasi pada pasien dan studi kasus ini akan berlangsung selama 3 hari.
3. Prosedur pengambilan data dengan cara studi kasus terpimpin dengan menggunakan Lembar Observasi yang akan berlangsung kurang lebih 3 hari. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi bapak/ibu/saudara tidak perlu khawatir karena studi kasus ini untuk memberikan asuhan atau pelayanan keperawatan.
4. Keuntungan yang bapak/ibu/saudara peroleh dalam keikutsertaan pada studi kasus ini adalah turut terlibat aktif pemberian asuhan keperawatan guna memberikan rasa nyaman.
5. Nama dan jati diri bapak/ibu/saudara beserta seluruh informasi yang disampaikan akan tetap dirahasiakan
6. Jika bapak/ibu/saudara membutuhkan informasi sehubungan dengan studi kasus ini silahkan menghubungi peneliti atas nama Estu Siwi Nur Astuti dengan nomor 081331257195

Mahasiswa,

(Estui Siwi Nur Astuti)

Lampiran 4. *Informed Consen*t

SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN

UNTUK IKUT SERTA DALAM STUDI KASUS

*(INFORMED CONSENT)*

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Usia :

Alamat :

Pekerjaan :

Dengan sesungguhnya menyatakan bahwa saya telah mendapatkan penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh Estu Siwi Nur Astuti dengan judul “Penerapan Teknik Relaksasi Nafas Dalam Pada Ganguan Pemenuhan Kebutuhan Nyaman Pasien Post Operasi Fraktur Femur” .

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada studi kasus ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama studi kasus ini saya menginginkan menggundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Sleman………

Saksi Yang memberikan persetujuan

( ) ( )

 Mahasiswa,

 (Estu Siwi Nur Astuti)

Lampiran 5. Identitas Responden

**IDENTITAS RESPONDEN**

1. Nama : .....................................................
2. Umur/Tanggal Lahir : .....................................................
3. Jenis Kelamin : L/P
4. Alamat : .....................................................
5. Status Perkawinan : .....................................................
6. Agama : .....................................................
7. Suku/Warga Negara : .....................................................
8. Tingkat Pendidikan : .....................................................
9. Pekerjaan : .....................................................
10. Diagnosa Medis : .....................................................
11. Tanggal Operasi (Pasien) : .....................................................
12. Pengalaman Operasi : A. Belum Pernah

 B. Pernah

1. No RM : .....................................................
2. Lama Rawat Inap : .....................................................
3. Penyebab Fraktur : ..................................................…
4. Lama Kerja (Perawat) : ..................................................…

Lampiran 6. Pengkajian Asuhan Keperawatan

**FORMAT PENGKAJIAN**

Hari/Tanggal :

Jam :

Tempat :

Oleh :

Sumber data :

Metode :

1. **PENGKAJIAN**
2. Identitas
3. Pasien
4. Nama Pasien :
5. Umur :
6. Jenis Kelamin :
7. Agama :
8. Pendidikan :
9. Pekerjaan :
10. Status Perkawinan :
11. Suku/Bangsa :
12. Alamat :
13. Diagnosa Medis :
14. No.RM :
15. Tanggal Masuk RS :
16. Identitas Penanggung Jawab
17. Nama :
18. Alamat :
19. Hubungan dengan klien :
20. Tanggal masuk RS :
21. Tanggal pengkajian awal :
22. Sumber informasi :
23. Riwayat Kesehatan
24. Riwayat Penyakit
25. Keluhan utama masuk :
26. Riwayat penyakit sekarang :
27. Riwayat penyakit dahulu :
28. Kesehatan Fungsional
29. Aspek Fisik-Biologis Pola nutrisi/metabolic
30. Nurtisi
* Intake makanan :
* Intake cairan :
1. Pola Eliminasi

Buang air besar :

Buang air kecil :

1. Pola Aktivitas dan Latihan

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kemampuan perawatan diri | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Makan/minum |  |  |  |  |  |
| Mandi  |  |  |  |  |  |
| Toileting  |  |  |  |  |  |
| Berpakaian  |  |  |  |  |  |
| Mobilitas di tempat tidur |  |  |  |  |  |
| Berpindah  |  |  |  |  |  |
| Ambulansi/ROM |  |  |  |  |  |

 Keterangan : 0 : Mandiri

 1 : Alat dibantu

 2 : Dibantu orang lain

 3 : Dibantu orang lain dan alat

 4 : Tergantung total

1. Alat Bantu : -
2. Pola Tidur dan Istirahat
3. Aspek Psiko-Sosial-Spiritual
4. Pemeliharaan dan pengetahuan terhadap kesehatan
5. Pola hubungan
6. Koping atau toleransi stres
7. Kognitif dan persepsi tentang penyakitnya

|  |  |
| --- | --- |
| Keadaan mental |  |
| Berbicara |  |
| Bahasa yang dipakai |  |
| Kemampuan bicara |  |
| Pengetahuan pasien terhadap penyakit |  |
| Persepsi tentang penyakit  |  |

1. Konsep diri

Gambaran diri :

Harga diri :

1. Peran diri :
2. Ideal diri :
3. Identitas diri :
4. Seksual :
5. Nilai :
6. Pola perseptual
7. Penglihatan :
8. Pendengaran :
9. Pengecapan :
10. Sensasi :
11. Aspek Lingkungan Fisik
12. Pemeriksaan Fisik
13. Keadaan Umum
14. Kesadaran :
15. Keadaan Umum :
16. Tanda-tanda Vital

TD :

N :

RR :

S :

1. Status Gizi :

TB =

BB = IMT =

1. Pemeriksaan Secara Sistematik (*Cephalo-Caudal*)
2. Kulit :
3. Kepala :
4. Mata :
5. Hidung :
6. Mulut :
7. Telinga :
8. Leher :
9. Dada :
10. Abdomen :
11. Ekstermitas :
12. Pemeriksaan penunjang

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)**

Lampiran 7. SOP Teknik Nafas Dalam

**Teknik Relaksasi Nafas Dalam**

1. Definisi

 Metode efektif untuk mengurangi rasa nyeri dan memberikan relaksasi pada pasien yang mengalami nyeri. Selain itu latihan nafas dalam merupakan cara bernafas yang efektif melalui inspirasi dan ekspirasi untuk memperoleh nafas yang lambat, dalam, dan rileks. Rileks sempurna yang dapat mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh dan perasaan cemas sehingga mencegah stimulasi nyeri.

Ada tiga faktor yang utama dalam teknik nafas dalam:

1. Berikan posisi dengan tepat sehingga pasien merasa nyaman
2. Biarkan pasien memikirkan untuk beristirahat
3. Lingkungan yang santai/ tenang
4. Tujuan
5. Meningkatkan aliran udara dan oksigen dalam darah
6. Mengurangi rasa nyeri
7. Membantu dan meningkatkan relaksasi
8. Meningkatkan kualitas tidur
9. Menmbantu mengeluarkan gas anastesi yang tersisa didalam jalan nafas.
10. Indikasi

Dilakukan untuk pasien yang mengalami nyeri akut atau nyeri kronis

1. Cara melakukan
2. Tahap pra interaksi
3. Membaca mengenai status pasien
4. Mencuci tangan
5. Menyiapkan alat
6. Mengucapkan salam teraupetik kepada pasien
7. Validasi kondisi pasien saat ini
8. Menjaga keamanan privasi pasien
9. Menjelaskan tujuan & prosedure yang akan dilakukan terhadap pasien & keluarga
10. Tahap kerja
11. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya bila ada sesuatu yang kurang dipahami/ jelas
12. Atur posisi agar klien rileks tanpa adanya beban fisik, baik duduk maupun berdiri. Apabila pasien memilih duduk, maka bantu pasien duduk di tepi tempat tidur atau posisi duduk tegak di kursi. Posisi juga bisa semifowler, berbaring di tempat tidur dengan punggung tersangga bantal.
13. Instruksikan pasien untuk melakukan tarik nafas dalam sehingga rongga paru berisi udara
14. Instruksikan pasien dengan cara perlahan dan hembuskan udara membiarkannya ke luar dari setiap bagian anggota tubuh, pada saat bersamaan minta klien untuk memusatkan perhatiannya pada sesuatu hal yang indah dan merasakan betapa nikmat rasanya
15. Instruksikan pasien untuk bernafas dengan irama normal beberapa saat (1-2 menit)
16. Instruksikan pasien untuk kembali menarik nafas dalam, kemudian menghembuskan dengan cara perlahan dan merasakan saat ini udara mulai mengalir dari tanggan, kaki, menuju keparu-paru dan seterusnya udara dan rasakan udara mengalir keseluruh tubuh
17. Minta pasien untuk memusatkan perhatian pada kaki dan tangan, udara yang mengalir dan merasakan ke luar dari ujung-ujung jari tangan dan kaki kemudian rasakan kehangatanya
18. Instruksikan pasien untuk mengulangi teknik-teknik ini apabila rasa nyeri kembali lagi
19. Setelah pasien mulai merasakan ketenangan, minta pasien untuk melakukan secara mandiri
20. Ulangi latihan nafas dalam ini sebanyak 3 sampai 5 kali
21. Tahap terminasi
22. Evaluasi hasil gerakan
23. Lakukan kontrak untuk melakukan kegiatan selanjutnya
24. Cuci tangan

Sumber: Potter & Perry, 2010

Lampiran 8. Lembar Observasi Melatih Teknik Relaksasi Nafas Dalam

**Lembar Observasi Melatih Teknik Relaksasi Nafas Dalam**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Elemen** | **Kriteria Pencapaian Kompetensi** | **Dilakukan** |
| **Ya** | **Tdk** |
| 1.  | Melakukan pengkajian kebutuhan melatih klien nafas dalam  | 1. Salam teraupetik disampaikan pada pasien
2. Adanya data pernafasan tidak adekuat, post operasi, immobil dan nyeri dikaji
 |  |  |
| 2.  | Melaksanakan persiapan alat  | 1. Alat-alat disiapkan sesusai kebutuhan
2. Alat-alat ditempatkan pada tempat yang bersih dan ditata rapi
 |  |  |
| 3.  | Melaksanakan persiapan melatih teknik nafas dalam | 1. Tindakan dan tujuan disampaikan dengan bahasa yang jelas.
2. Prosedur tindakan dijelaskan dengan benar
3. Lingkungan disiapkan untuk menjaga privasi pasien da cukup pencahayaan dilakukan.
4. Posisi setengah duduk atau duduk diatur.
 |  |  |
| 4.  | Melaksanakan tindakan melatih klien nafas dalam | 1. Cuci tangan dilakukan dengan benar.
2. Alat didekatkan dengan pasien
3. Pasien diberi lathan *Pursed Lip Breating* dengan benar
4. Menarik nafas melalui hidung dianjurkan pada pasien dengan benar
5. Menahan nafas dianjurkan kepada pasien, kemudian perawat memberikan hitungan sampai dengan 7 x
6. Menghembuskan nafas perlahan-lahan dengan melakukan *Pursed Lip Breathing* (mengeluarkan nafas melalui mulut) sambil menegangkan otot perut, dianjurkan kepada pasien. Hembuskan nafas perlahan
7. Pasien dilatih pernafasan diafragma dengan benar.
8. Meletakkan 1 tangan diatas perut dibawah tulang kosta dan tangan satunya dibagian dada dianjurkan pada pasien dengan benar
9. Menarik nafas pasien melalui hidung, sampai perut mengembang maksimal dianjurkan pada pasien dengan benar
10. Menahan nafas sampai hitungan 7 x atau sesuai kemampuan pasien, dianjurkan dengan benar
11. Menghembuskan nafas melalui *Pursed Lip* sambil menegangkan otot perut dengan kuat kearah dalam dianjurkan dengan benar
12. Mengulangi latihan pernafasan diafragma, kurang lebih 1 menit dan istirahat 2 menit, dilakukan selama 10 menit (4 kali sehari) dianjurkan kepada pasien
13. Pasien dilatih pengembangan dengan benar
14. Meletakkan 1 tangan diatas perut dibawah tulang kosta dan tangan satunya dibagian dada dianjurkan pada pasien dengan benar
15. Menarik nafas pelan-pelan melalui hidung, sampai bagian dada/apikal mengembang maksimal dianjurkan pada pasien dengan benar
16. Menghembuskan nafas melalui pursed lip sambil menegangkan otot perut dengan kuat kearah dalam dianjurkan dengan benar
17. Mengulangi latihan pernfasan diafragma, kurang lebih 1 menit dan istirahat 2 menit, dilakukan selama 10 menit (4 kali sehari) dianjurkan kepada pasien
18. Posisi yang nyaman diberikan dengan benar
19. Cuci tangan dilakukan dengan benar
 |  |  |
| 5.  | Melakukan evaluasi dan tindak lanjut  | 1. Salam terapeutik diucapkan dalam mengakhiri tindakan
2. Respon pasien, respirasi den nadi dikaji
 |  |  |
| 6.  | Melakukan pencatatan dalam dekumentasi keperawatan  | 1. Tindakan, hasil dan respon pasien saat dan setelah tindakan dicatat dengan jelas dan ringkas
2. Waktu, paraf dan nama jelas dicantumkan pada catatan pasien/ kasus
 |  |  |
| Jumlah  |  |  |

**PENGUKURAN INTENSITAS NYERI PADA PASIEN POST OPERASI FRAKTUR EKSTREMITAS**

Lampiran 9. Pengukuran Intensitas Nyeri Pasien

Vervbal Descriptor Scale (VDS)

Tidak nyeri

Nyeri ringgan

Nyeri sedang

Nyeri berat

Nyeri sangat berat

Nyeri paling berat

Keterangan :

1. : Tidak nyeri

1-3 : Nyeri ringan, secara objektif pasien dapat berkomunikasi dengan baik.

4-6 : Nyeri sedang, secara objektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik

7-9 : Nyeri berat, secara objektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang dan distraksi

10 : Nyeri sangat berat, pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi dan merespon memukul

Skala nyeri : Sebelum intervensi Sesudah intervensi

|  |  |
| --- | --- |
| P : | P : |
| Q : | Q : |
| R : | R : |
| S : | S : |
| T : | T : |