

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PADA PASIEN  
PREOPERASI FRAKTUR DENGAN INTERVENSI INOVASI  
PEMBERIAN CYTRUS (ORANGE) AROMATHERAPY  
TERHADAP PENURUNAN KECEMASAN DI  
INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD  
ABDUL WAHAB SJAHRANIE  
SAMARINDA 2018**

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS**



**DISUSUN OLEH:  
ASSYIFAUL KHOIRI, S.Kep  
17111024120010**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR  
2018**

**Analisis Praktik Klinik Keperawatan pada Pasien Pre Operasi  
Fraktur dengan Intervensi Inovasi Pemberian Cytrus  
Orange Aromatherapy terhadap Penurunan  
Kecemasan di Instalasi Gawat Darurat  
RSUD Abdul Wahab Sjahranie  
Samarinda 2018**

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS**

**Diajukan sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Ners  
Keperawatan**



**DISUSUN OLEH:  
Assyifaul Khoiri, S.Kep  
17111024120010**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR  
2018**

LEMBAR PERSETUJUAN

ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PADA PASIEN PRE  
OPERASI DENGAN INTERVENSI INOVASI PEMBERIAN CYTRUS  
(ORANGE) AROMATHERAPY TERHADAP PENURUNAN  
KECEMASAN DI INSTALASI GAWAT DARURAT  
RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE  
SAMARINDA TAHUN 2018

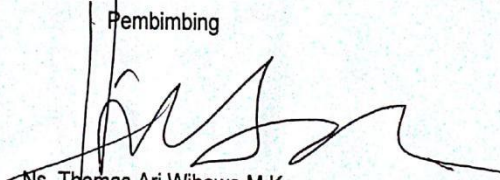
KARYA ILMIAH AKHIR NERS

DISUSUN OLEH :


ASSYIFAUL KHOIRI, S.Kep  
17111024120010

Disetujui untuk diujikan  
Pada tanggal, 24 Juli 2018

Pembimbing

  
Ns. Thomas Ari Wibowo M.Kep  
NIDN. 1104098701

Mengetahui,  
Koordinator Mata Kuliah Elektif

  
Ns. Siti Khoiroh Muflihatin, M.Kep  
NIDN. 1115017703

LEMBAR PENGESAHAN

ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PADA PASIEN  
PREOPERASI FRAKTUR DENGAN INTERVENSI INOVASI  
PEMBERIAN CYTRUS (ORANGE) AROMATHERAPY  
TERHADAP PENURUNAN KECEMASAN DI  
INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD  
ABDUL WAHAB SJAHRANIE  
SAMARINDA 2018

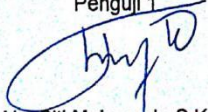
KARYA ILMIAH AKHIR NERS

DISUSUN OLEH :

ASSYIFAUL KHOIRI, S.Kep  
17111024120010

Diseminarkan dan diujikan  
Pada tanggal 24 Juli 2018

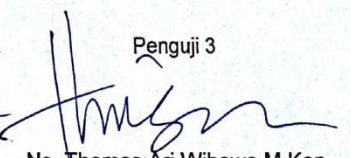
Penguji 1

  
Ns. Siti Maisyarah, S.Kep  
NIP.197705142007012016

Penguji 2

  
Ns. Maridi M Dirdjo M.Kep  
NIDN. 1125037202

Penguji 3

  
Ns. Thomas Ari Wibowo M.Kep  
NIDN. 1104098701

Mengetahui,

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan

  
Ns. Dwi-Rahmah Fitriani, M.Kep  
NIDN. 1119097601

**Analisis Praktik Klinik Keperawatan pada Pasien Pre Operasi  
Fraktur dengan Intervensi Inovasi Pemberian Citrus  
Orange Aromatherapy terhadap Penurunan  
Kecemasan di Instalasi Gawat Darurat  
RSUD Abdul Wahab Sjahranie  
Samarinda 2018**

Assyifaal khoiri<sup>1</sup>, Thomas Ari Wibowo<sup>2</sup>

**INTISARI**

**Latar Belakang :** Penelitian ini dilatar belakangi dari fenomena bahwa pasien akan mengalami kecemasan pada saat akan dilaksanakan operasi, efek kecemasan pada pasien pre-operasi berdampak pada jalannya operasi. Kecemasan dapat dilakukan dengan cara farmakologi dan non farmakologi, cara non farmakologi dapat dilakukan dengan teknik relaksasi.

**Tujuan :** Analisis masalah ini adalah untuk menganalisis pada pasien pre operasi dengan intervensi inovasi pemberian CYTRUS (Orange) AROMATHERAPY terhadap penurunan kecemasan Di Instalasi Gawat Darurat RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

**Metode :** analisis keperawatan yang digunakan adalah dengan memberikan terapi relaksasi inhalasi aromaterapi citrus pada klien dengan pre operasi fraktur. Jumlah responden dalam analisis keperawatan kegawatdaruratan ini adalah 3 pasien yang datang ke IGD dengan diagnosa medis fraktur di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

**Hasil Penelitian :** Berdasarkan hasil analisis dapat disimpulkan bahwa hasil intervensi terapi inovatif terhadap 3 kasus pasien yang mengalami kecemasan terjadi penurunan skala kecemasan setelah diberikan intervensi inovatif pada kasus I dari skala 22 menjadi 15, pada kasus II dari skala 25 menjadi 17 dan pada kasus III dari skala 27 menjadi 17.

**Kesimpulan :** Saran terhadap Ilmu Pengetahuan adalah diharapkan adanya lanjutan penulisan tentang analisis kasus pasien pre operasi fraktur dengan cemas yang dapat lebih mengembangkan intervensi inovasi yang lebih luas dan beragam dalam pemberian asuhan keperawatannya. Instansi Rumah Sakit. Melakukan penyegaran ilmu pengetahuan terhadap pegawai IGD tentang kesembuhan pasien tidak hanya berasal dari keberhasilan pengobatan farmakologi saja tetapi juga psikologi dan spiritual mengingat kebutuhan dasar manusia yang sangat komprehensif. Institusi pendidikan dapat memberikan pengajaran ilmu keperawatan komplementer dan palliative care terhadap mahasiswa keperawatan sehingga tindakan mandiri perawat tidak hanya berfokus pada advice medis saja tetapi juga non farmakologi sebagai tindakan mandiri perawat.

**Kata Kunci:** Fraktur, Terapi inhalasi aromaterapi citrus, kecemasan, Pre Operasi

---

<sup>1</sup>Mahasiswa Keperawatan, UMKT

<sup>2</sup> Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan UMKT

**Analysis of Nursing Clinic Practices in Pre Operation Patients Fracture with  
Innovation Intervention of Citrus Orange Aromatherapy Regulation of  
Decline in an Emergency Installation of RSUD  
Abdul Wahab Sjahranie  
Samarinda 2018**

Assyifaul Khoir<sup>1</sup> Thomas Ari Wibowo<sup>2</sup>

**ABSTRACT**

**Background:** This study is grounded in the phenomenon that patients will experience anxiety at the time of surgery, anxiety effects in preoperative patients have an impact on the course of surgery. Anxiety can be done by pharmacology and non pharmacology, non pharmacological way can be done with relaxation technique.

**Objective:** Analysis of this problem is to analyze the preoperative patients with innovation intervention of CYTRUS (Orange) AROMATHERAPY on decreasing anxiety In Emergency Installation of RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

**Method:** The nursing analysis used was to provide an inhaled relaxation therapy of citrus aromatherapy on clients with preoperative fractures. The number of respondents in the emergency nursing analysis were 3 patients who came to an IGD with a medical diagnosis of fracture at RSUD Abdul Wabah Sjahranie Samarinda.

**Results:** Based on the results of the analysis it can be concluded that the results of innovative therapy intervention on 3 cases of patients experiencing anxiety decreased anxiety scale after being given innovative intervention in case I from scale 22 to 15, in case II from scale 25 to 17 and in case III from scale 27 to 17.

**Conclusions:** Suggestions for Science are expected to follow up on the case analysis of preoperative patients with fracture surgery with anxiety that can further develop broader and diverse innovation interventions in the provision of nursing care. Institution of the Hospital. Refreshing the knowledge of IGD employees about patient recovery does not only come from the success of pharmacological treatment but also psychology and spiritual considering the very comprehensive human basic needs. Educational institutions can provide complementary nursing teaching and palliative care to nursing students so that the nurse's independent actions not only focus on medical advice but also non-pharmacology as an independent act of the nurse.

**Keyword :** Fracture, inhalation therapy citrus aromatherapy, anxiety, Pre Operatio

---

<sup>1</sup> Student of Nursing Program STIKES Muhammadiyah Samarinda

<sup>2</sup>Lecturer of Nursing Program STIKES Muhammadiyah Samarinda

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang Penelitian**

Fraktur atau patah tulang adalah terputusnya kontinuitas tulang atau tulang rawan umumnya dikarenakan rudapaksa (Mansjoer, 2008). Dikehidupan sehari-hari yang semakin padat dengan aktifitas masing-masing manusia dan untuk mengejar perkembangan zaman, manusia tidak akan lepas dari fungsi normal musculoskeletal terutama tulang yang menjadi alat gerak utama bagi manusia, tulang membentuk rangka penunjang dan pelindung bagian tubuh dan tempat untuk melekatnya otot-otot yang menggerakkan kerangka tubuh, namun dari ulah manusia itu sendiri, fungsi tulang dapat terganggu karena mengalami fraktur. Fraktur biasanya disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik. Kekuatan dan sudut dari tenaga tersebut, keadaan tulang, dan jaringan lunak disekitar tulang akan menentukan apakah fraktur yang terjadi itu lengkap atau tidak lengkap (Mansjoer, 2008).

Penyebab terbanyak fraktur adalah kecelakaan, baik itu kecelakaan kerja, kecelakaan lalu lintas dan sebagainya. Tetapi fraktur juga bisa terjadi akibat faktor lain seperti proses degeneratif dan patologi (Depkes RI, 2005). Menurut Depkes RI (2011), dari sekian banyak kasus fraktur di Indonesia, fraktur pada ekstremitas bawah akibat kecelakaan memiliki prevalensi yang paling tinggi diantara fraktur lainnya yaitu sekitar 46,2%. Dari 45.987 orang dengan kasus

fraktur ekstremitas bawah akibat kecelakaan, 19.629 orang mengalami fraktur pada tulang femur, 14.027 orang mengalami fraktur cruris, 3.775 orang mengalami fraktur tibia, 970 orang mengalami fraktur pada tulang-tulang kecil di kaki dan 336 orang mengalami fraktur fibula. Walaupun peran fibula dalam pergerakan ekstremitas bawah sangat sedikit, tetapi terjadinya fraktur pada fibula tetap saja dapat menimbulkan adanya gangguan aktifitas fungsional tungkai dan kaki. Terjadinya fraktur tersebut termasuk didalamnya insiden kecelakaan, cedera olahraga, bencana kebakaran, bencana alam dan lain sebagainya (Mardiono, 2010).

Badan kesehatan dunia (WHO) mencatat di tahun 2011 terdapat lebih dari 5,6 juta orang meninggal dikarenakan insiden kecelakaan dan sekitar 1.3 juta orang mengalami kecacatan fisik. Salah satu insiden kecelakaan yang memiliki prevalensi cukup tinggi yaitu insiden fraktur ekstremitas bawah sekitar 40% dari insiden kecelakaan yang terjadi. Fraktur merupakan suatu keadaan dimana terjadi diintegritas pada tulang. Penyebab terbanyaknya adalah insiden kecelakaan, tetapi faktor lain seperti proses degeneratif dan *osteoporosis* juga dapat berpengaruh terhadap terjadinya fraktur (Depkes RI, 2011). Berbagai penyebab fraktur diantaranya cedera atau benturan, faktor patologik, dan yang lainnya karena faktor beban. Selain itu fraktur akan bertambah dengan adanya komplikasi yang berlanjut diantaranya syok, sindrom emboli lemak, sindrom kompartement, kerusakan arteri, infeksi, dan avaskuler nekrosis. Komplikasi lain dalam waktu yang



lama akan terjadi mal union, delayed union, non union atau bahkan perdarahan. (Price, 2005). Berbagai tindakan bisa dilakukan di antaranya rekognisi, reduksi, retensi, dan rehabilitasi. Meskipun demikian masalah pasien fraktur tidak bisa berhenti sampai itu saja dan akan berlanjut sampai tindakan setelah atau post operasi.

Keperawatan perioperatif merupakan istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pembedahan pasien. Tindakan keperawatan preoperatif merupakan tindakan yang dilakukan oleh perawat dalam rangka mempersiapkan pasien untuk dilakukan tindakan pembedahan dengan tujuan untuk menjamin keselamatan pasien intraoperatif. Persiapan fisik maupun pemeriksaan penunjang serta persiapan mental sangat diperlukan karena kesuksesan suatu tindakan pembedahan klien berawal dari kesuksesan persiapan yang dilakukan selama tahap persiapan (Baradero, 2008)

Keperawatan pre-operasi juga sebuah tahapan awal dari keperawatan perioperatif. Preoperatif dimulai ketika keputusan untuk melakukan intervensi pembedahan. Tindakan pembedahan merupakan tindakan yang erat dengan ketegangan. Baradero, Dayrit dan (Siswadi, 2009).

Fatmawati (2016) berpendapat kecemasan adalah salah satu respon adaptif yang normal terhadap stress karena akan dilakukannya pembedahan. Kecemasan biasanya mulai timbul pada tahap pre-operatif ketika pasien mengantisipasi pembedahannya, perubahan

citra tubuh dan fungsi tubuh, menggantungkan diri pada orang lain, kehilangan kendali, perubahan pada pola hidup dan masalah finansial. Efek kecemasan pada pasien pre-operasi berdampak pada jalannya operasi. Sebagai contoh, pasien dengan riwayat hipertensi jika mengalami kecemasan maka akan berdampak pada sistem kardiovaskulernya yaitu tingginya tekanan darah sehingga operasi dapat dibatalkan.

Hasil penelitian dari Fatmawati (2016), dengan menggunakan pengukuran HARS menunjukkan 75% dari subyek yang diteliti mengalami kecemasan sebelum operasi. Hasil penelitian Kurniasari (2016) menunjukkan 62,5% pasien mengalami kecemasan sebelum dilakukan operasi. Hasil penelitian dari dewi (2012) dengan hasil gambaran tingkat kecemasan responden sebelum diberikan aromaterapi inhalasi yaitu tidak ada responden (0%) yang tidak cemas, sebanyak 22 responden (73%) mengalami cemas ringan, 8 responden (27%) termasuk ke dalam kategori cemas sedang, dan tidak ada responden (0%) yang mengalami cemas berat. Setelah diberikan aromaterapi inhalasi sebanyak empat kali perlakuan, terjadi perubahan yang signifikan pada tingkat kecemasan responden, dimana tingkat kecemasan responden mengalami penurunan. Terdapat 16 responden (53%) tidak mengalami cemas, 9 responden (33%) berikutnya termasuk dalam kategori cemas ringan, 4 responden (14%) selanjutnya termasuk dalam kategori cemas sedang, dan tidak ada responden (0%) yang mengalami cemas berat.

Menurut Isaacs, (2005) dalam DS *et al.* (2014), kecemasan dapat dilakukan dengan cara farmakologi dan non farmakologi. Dalam farmakologi digunakan obat anti ansietas terutama benzodiazepin, digunakan untuk jangka pendek, tidak digunakan untuk jangka panjang karena pengobatan ini bersifat toleransi dan ketergantungan. Sedangkan cara non farmakologi dapat dilakukan dengan teknik relaksasi, psikoterapi dengan hipnotis atau hipnoterapi. Sudah menjadi tugas perawat untuk memilih metode yang tepat dan menciptakan lingkungan yang nyaman ketika melakukan tindakan pada pasien (James Dkk, 2012). Penggunaan teknik nonfarmakologi memberikan dampak yang cukup berarti dalam manajemen kecemasan agar kecemasan yang terjadi lebih dapat di toleransi dan situasi dapat terkontrol, maka dapat digunakan metode nonfarmakologi atau di sertai dengan metode farmakologi (James, 2012).

Teknik relaksasi merupakan upaya untuk meningkatkan kendali dan percaya diri serta mengurangi stres yang dirasakan (Stuart, 2007). Aromaterapi adalah salah satu metode terapi keperawatan yang menggunakan bahan cairan tanaman yang mudah menguap atau dikenal sebagai minyak essensial dan senyawa aromatic lainnya dari tumbuhan yang bertujuan untuk mempengaruhi suasana hati atau kesehatan seseorang (Purwanto, 2013). Dalam penggunaannya, aromaterapi dapat diberikan melalui beberapa cara, antara lain inhalasi, berendam, pijat, dan kompres (Bharkatiya *et al*, 2008).

Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Fatmawati (2016) membuktikan bahwa teknik relaksasi merupakan teknik yang efektif untuk menurunkan kecemasan. Teknik relaksasi merupakan teknik dengan metode pemberian kegiatan yang dapat membuat rileks. Misalnya meditasi, napas dalam, relaksasi imajinasi, pemberian aromaterapi dan relaksasi progresif. Teknik relaksasi yang dapat digunakan untuk menurunkan kecemasan yaitu dengan tehnik napas dalam, meditasi, pijatan, musik dan pemberian aromaterapi.

Hasil dari Kementerian Kesehatan Indonesia (2015) terkait tindakan bedah, diperkirakan lebih dari 100 juta pasien di dunia menerima pelayanan bedah dimana setengahnya dapat mengalami kematian atau kecacatan akibat kejadian yang tidak diinginkan yang bisa dicegah.

Dari studi pendahuluan yang dilakukan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda di Instalasi Gawat Darurat (IGD), didapatkan jumlah pasien bulan Januari sampai dengan Juni 2018 seluruhnya pasien yang melakukan pembedahan atau operasi fraktur sebanyak 526 pasien. Terhadap penanganan pasien preoperasi menurut penulis masih belum maksimal, berdasarkan wawancara yang penulis lakukan kepada 4 orang perawat di IGD menyatakan bahwa penanganan pasien pre operasi di ruang kamar operasi IGD sejauh ini hanya melakukan penanganan secara normatif yaitu memberikan informasi dan penjelasan yang terkait dengan tindakan yang akan dilakukan, sedangkan upaya secara nonfarmakologi seperti pendampingan

relaksasi untuk mengurangi kecemasan masih belum banyak dilakukan, terkadang hanya menyarankan kepada keluarga untuk mendampingi menenangkan jika pasien gelisah dan mengalami kecemasan.

Berdasarkan uraian di atas, penulis tertarik untuk menulis Karya Ilmiah Akhir Ners (KIA-N) dengan judul “Analisis Praktik Kllinik Keperawatan Pada Pasien Pre Operasi Dengan Pemberian Inhalasi Aromatherapy Citrus (orange) Terhadap Penurunan Kecemasan Di Instalasi Gawat Darurat RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda”.

## **B. Perumusan Masalah**

Perumusan masalah dalam Karya Ilmiah Akhir Ners (KIA-N) ini Adalah “Bagaimanakah analisis praktik kllinik keperawatan pada pasien pre operasi dengan pemberian inhalasi aromatherapy citrus (orange) terhadap penurunan kecemasan di Instalasi Gawat Darurat RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda ?”

## **C. Tujuan Penulisan**

### **1. Tujuan Umum**

Penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIA-N) ini bertujuan untuk melakukan analisa terhadap kasus kelolaan pada pasien pre operasi dengan pemberian inhalasi aromatherapy citrus (orange) terhadap penurunan kecemasan di Instalasi Gawat Darurat RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

## 2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisa kasus kelolaan dengan tindakan pasien pre operasi di Instalasi Gawat Darurat RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda
- b. Menganalisa intervensi pemberian inhalasi aromatherapy citrus terhadap pasien kelolaan dengan pre operasi terhadap penurunan kecemasan di Instalasi Gawat Darurat RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

## **D. Manfaat Penulisan**

### 1. Teoritis

#### a. Penulis

Penulisan ini dapat berguna bagi penulis, sehingga penulis dapat menganalisa praktik klinik keperawatan pada pasien pre operasi dengan intervensi inhalasi aromaterapi citrus (orange) terhadap kecemasan di ruang Instalasi Gawat Darurat RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda.

#### b. Ilmu pengetahuan

Penulisan ini dapat menambah ilmu pengetahuan dan menjadi acuan serta gambaran bagi penulis lain dalam melanjutkan penulisan dan penelitian khususnya dalam bidang kegawatdaruratan tentang intervensi inhalasi aromaterapi citrus (orange) terhadap kecemasan di ruang Instalasi Gawat Darurat RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda.

## 2. Praktis

### a. Instansi Rumah Sakit

Sebagai bahan masukan bagi tenaga kesehatan dalam memberikan informasi pendidikan kesehatan pada pasien pre operasi sehingga bermanfaat dalam meningkatkan pelayanan kesehatan pada pasien yang mengalami kecemasan menghadapi pre operasi terutama dalam bidang kegawatdaruratan yang merujuk pada tindakan mandiri professional sebagai perawat terapi komplementer dan *palliative care*.

### b. Institusi Pendidikan STIKES Muhammadiyah Samarinda

Sebagai sumber informasi dan dapat sebagai bahan masukan bagi tenaga pendidik dalam program belajar mengajar, tidak hanya berfokus pada manajemen farmakologi saja, tetapi menekankan fungsi perawat mandiri sebagai pemberi asuhan keperawatan yang bersifat *palliative care*, karena selain mudah dan murah tindakan terapi komplementer ini juga non farmakologi. Analisis praktik klinik ini juga bermanfaat untuk menambah ilmu pengetahuan tentang terapi komplementer dan kewirausahaan karena membuka peluang bagi perawat untuk melakukan tindakan mandiri non farmakologi .

### c. Pasien

Penulisan ini dapat memberikan informasi kepada pasien sehingga diharapkan pasien dapat memahami kecemasan pada

pasien saat menghadapi pre oprasi secara menyeluruh  
khususnya relaksasi aromaterapi citrus (orange)



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Teori**

##### **1. Fraktur**

###### **a. Definisi**

Menurut Price dan Wilkinson (2006) dalam Nur Arif dan Kusuma (2013) fraktur adalah patah tulang, biasanya disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik. Kekuatan dan sudut dari tenaga tersebut, keadaan tulang, dan jaringan lunak disekitar tulang akan menentukan apakah fraktur yang terjadi itu lengkap atau tidak lengkap. Menurut Sjamsuhidayat (2005) dalam Ningsih (2011) fraktur atau patah tulang adalah terputusnya kontinuitas jaringan tulang dan atau tulang rawan yang umumnya disebabkan oleh ruda paksa.

Fraktur adalah terputusnya kontinuitas tulang, kebanyakan fraktur akibat dari trauma, beberapa fraktur sekunder terhadap proses penyakit seperti osteoporosis, yang menyebabkan fraktur yang patologis (Thomat et al, 2011).

###### **b. Etiologi**

Penyebab fraktur adalah (Wahid, 2013) :

- 1) Kekerasan langsung

Kekerasan langsung menyebabkan patah tulang pada titik terjadinya kekerasan. Fraktur demikian sering bersifat fraktur terbuka dengan garis patahan melintang atau miring.

2) Kekerasan tidak langsung

Kekerasan tidak langsung menyebabkan patah tulang yang jauh dari di tempat terjadinya kekerasan. Yang patah biasanya adalah bagian yang paling lemah dalam jalur hantaran vector kekerasan.

3) Kekerasan akibat tarikan otot

Patah tulang akibat tarikan otot sangat jarang terjadi. Kekuatan dapat berupa pemuntiran, penekukan, penekukan dan penekanan, kombinasi dari ketiganya, dan penarikan.

**c. Klasifikasi fraktur**

Klasifikasi fraktur menurut Chairuddin (2003) dalam Nur Arif dan Kusuma (2013) mengatakan :

1) Klasifikasi etiologis

a) Fraktur traumatik

b) Fraktur patologis terjadi pada tulang karena adanya kelainan atau penyakit yang menyebabkan kelemahan pada tulang (infeksi, tumor, kelainan bawaan) dan dapat terjadi secara spontan atau akibat trauma ringan.

c) Fraktur stress, terjadi karena adanya stress yang kecil dan berulang-ulang pada daerah tulang yang menopang

berat badan. Fraktur stress jarang sekali ditemukan pada anggota gerak atas.

## 2) Klasifikasi klinis

- a) Fraktur tertutup (simple fraktur), bila tidak terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar.
- b) Fraktur terbuka (compound fraktur), bila terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar. Karena adanya perlukaan dikulit. Fraktur dengan komplikasi, misal malunion, delayed union, nonunion, infeksi tulang.

## 3) Klasifikasi radiologis

- a) Lokalisasi : diafisial, metafisial, intra-artikuler, fraktur dengan dislokasi.
- b) Konfigurasi : fraktur transfersal, fraktur oblik, fraktur spinal, fraktur segmental, fraktur komunitif (lebih dari dua fragmen), fraktur beji biasa vertebra karena trauma, fraktur avulse, fraktur depresi, fraktur pecah, dan fraktur epifisis.
- c) Menurut ekstensi : fraktur total, fraktur tidak total, fraktur buckle atau torus, fraktur garis rambut, dan fraktur green stick.
- d) Menurut hubungan antara fragmen dengan fragmen lainnya : tidak bergeser, bergeser (berdampingan, angulasi, rotasi, distraksi, overring, dan impaksi).

Fraktur terbuka dibagi atas 3 derajat, yaitu :

1) Derajat I :

- a) Luka < 1 cm, kerusakan jaringan lunak sedikit, tidak ada tanda luka remuk.
- b) Fraktur sederhana, transversal, atau komunitatif ringan.
- c) Kontaminasi minimal.

2) Derajat II :

- a) Laserasi > 1 cm
- b) Kerusakan jaringan lunak, tidak luas, flap atau avulasi.
- c) Fraktur komunitif sedang.
- d) Kontaminasi sedang.

3) Derajat III :

Terjadi kerusakan jaringan lunak yang luas meliputi struktur kulit, otot, dan neurovaskuler serta kontaminasi derajat tinggi.

#### **d. Manifestasi klinis**

Manifestasi klinis fraktur yaitu (Nur Arif dan Kusuma, 2013) :

- 1) Tidak dapat menggunakan anggota gerak.
- 2) Nyeri pembengkakan.
- 3) Terdapat trauma (kecelakaan lalu lintas, jatuh dari ketinggian, atau jatuh di kamar mandi pada orang tua, penganiayaan, tertimpa benda berat, kecelakaan kerja, trauma olah raga).

- 4) Gangguan fungsi anggota gerak.
- 5) Deformitas.
- 6) Kelainan gerak.

**e. Patofisiologi**

Fraktur femur terjadi akibat jatuh pada daerah trokanter, baik pada kecelakaan lalu lintas maupun jatuh dari tempat yang tidak terlalu tinggi, seperti terpeleset di kamar mandi ketika pinggul dalam keadaan fleksi dan rotasi. Pada kondisi *osteoporosis*, insiden fraktur pada posisi ini tinggi. Perubahan struktur pinggul menyebabkan cedera saraf sikeatika yang menimbulkan keluhan nyeri pada klien, adanya deformitas pinggul, ketidak mampuan melakukan pergerakan pinggul, dan intervensi reduksi tertutup dengan traksi skeletal menimbulkan manifestasi masalah resiko tinggi trauma dan hambatan mobilitas fisik. Intervensi medis berupa bedah perbaikan memberikan implikasi pada nyeri pasca bedah dan resiko tinggi infeksi luka pasca bedah (Muttaqin, 2012 : 182-183).

**f. Komplikasi Fraktur**

Komplikasi pada fraktur digolongkan menjadi dua, yaitu (Wahid, 2013) :

1) Komplikasi awal

a) Kerusakan Arteri

Pecahnya arteri karena bisa ditandai dengan tidak adanya nadi, CRT menurun, *cyanosis* bagian distal,

hematoma yang lebar, dan dingin pada ekstremitas yang disebabkan oleh tindakan emergensi splinting, perubahan posisi pada yang sakit, tindakan reduksi, dan pembedahan.

b) *Kompartemen syndrom*

*Kompartemen syndrome* merupakan komplikasi serius yang terjadi karena terjebaknya otot, tulang, saraf, dan pembuluh darah dalam jaringan parut. Ini disebabkan oleh oedema atau perdarahan yang menekan otot, saraf, dan pembuluh darah. Selain itu karena tekanan dari luar seperti gips dan pembekatan terlalu kuat.

c) *Fat Embolism Syndrom*

*Fat Embolism Syndrom* (FES) adalah komplikasi serius yang sering terjadi pada kasus tulang panjang. FES terjadi karena sel-sel lemak yang dihasilkan bone marrow kuning masuk ke aliran darah dan menyebabkan tingkat oksigen dalam darah rendah ditandai dengan gangguan pernafasan, tachykardi, hipertensi, tachypnea, dan demam.

d) Infeksi

Setelah pertahanan tulang rusak bila ada trauma pada jaringan. Pada trauma *orthopaedic* infeksi dimulai pada kulit (superficial) dan masuk ke dalam. Ini biasanya terjadi pada kasus fraktur terbuka, tapi bias juga karena

penggunaan bahan lain dalam pembedahan seperti pin dan plat.

e) *Avaskuler nekrosis*

(AVN) terjadi karena aliran darah ke tulang rusak atau terganggu yang bisa menyebabkan nekrosis tulang dan diawali dengan adanya Volkman's Ischemia

f) Syok terjadi karena kehilangan banyak darah dan meningkatnya permeabilitas kapiler yang bisa menyebabkan menurunnya oksienasi. Ini biasanya terjadi pada fraktur.

2) Komplikasi dalam waktu lama

a) *Delayed Union*

*Delayed union* merupakan kegagalan fraktur berkonsolidasi sesuai dengan waktu yang dibutuhkan tulang untuk menyambung. Ini disebabkan karena penurunan suplai darah ke tulang.

b) *Non Union*

*Non union* merupakan kegagalan fraktur berkonsolidasi dan memproduksi sambungan yang lengkap, kuat, dan stabil setelah 6-9 bulan. *Non union* ditandai dengan adanya pergerakan yang berlebih pada fraktur yang membentuk sendi palsu atau pseudoarthrosis. Ini juga disebabkan karena aliran darah yang kurang.

c) *Mal union*

*Mal union* merupakan penyembuhan tulang di tandai dengan meningkatnya tingkat kekuatan dan perubahan bentuk (deformitas). *Mal union* dilakukan dalam pembedahan dan reimobilisasi yang baik.

**g. Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan pada fraktur yaitu (Muttaqin, 2008) :

- 1) Konservatif dengan indikasi yang sangat terbatas.
- 2) Terapi operatif

Pengobatan operatif hampir selalu dilakukan pada klien fraktur leher femur, baik orang dewasa maupun orang tua karena perlu dilakukan reduksi untuk hasil yang akurat dan stabil. Orang tua yang mengalami fraktur perlu dimobilisasi dengan cepat untuk mencegah komplikasi. Jenis operasi yang bisa dilakukan pada klien adalah pemasangan pin, pemasangan plate atau screw, herniartroplasti, serta artroplasi dilakukan pada pasien usia diatas 55 tahun yang berupa eksisi artroplasti.

**h. Pemeriksaan diagnostik**

Menurut Ignatavicius dan Donna D (2006) dalam Wahid (2013) mengatakan pemeriksaan diagnostik pada pasien fraktur adalah sebagai berikut :



## 1) Pemeriksaan Radiologi

Untuk menentukan gambaran 3 dimensi keadaan dan kedudukan tulang yang sulit, maka diperlukan 2 proyeksi yaitu AP atau PA dan lateral. Dalam keadaan tertentu diperlukan proyeksi tambahan (khusus) ada indikasi untuk memperlihatkan patologi yang dicari karena adanya superposisi. Perlu disadari bahwa *X-ray* harus atas dasar indikasi kegunaan pemeriksaan penunjang dan hasilnya dibaca sesuai dengan permintaan. Hal yang harus dibaca pada hasil *X-ray* :

- a) Bayangan jaringan lunak.
- b) Tipis tebalnya korteks sebagai akibat reaksi periosteum atau biomekanik atau juga rotasi.
- c) Trombukulasi ada tidaknya rare fraction.
- d) Sela sendi serta bentuknya arsitektur sendi.

Selain foto polos *X-ray* (*plane X-ray*) mungkin perlu teknik khususnya seperti :

- a) *Tomografi*
- b) *Myelografi*
- c) *Arthrografi*
- d) *Computed Tomografi-Scanning*.

## 2) Pemeriksaan Laboratorium.

- a) Kalsium serum dan fosfor serum meningkat pada tahap penyembuhan tulang.

- b) Alkalin fosfat Meningkat pada kerusakan tulang dan menunjukkan kegiatan osteoblastik dalam membentuk tulang.
  - c) Enzim otot seperti kreatinin kinase, laktat dehidrogenase (LDH-5), aspartat amino transferase (AST), aldolase yang meningkat pada tahap penyembuhan tulang.
- 3) Pemeriksaan lain-lain
- a) Pemeriksaan mikroorganisme kultur dan test sensitivitas :  
Didapatkan mikroorganisme penyebab infeksi.
  - b) Biopsi tulang dan otot :  
Pada intinya pemeriksaan ini sama dengan pemeriksaan diatas tapi lebih diindikasikan bila terjadi infeksi.
  - c) *Elektromyografi* :  
Terdapat kerusakan konduksi saraf yang diakibatkan fraktur.
  - d) *Arthroscopy* :  
Didapatkan jaringan ikat yang rusak atau sobek karena trauma yang berlebihan.
  - e) *Indium imaging* :  
Pada pemeriksaan ini didapatkan adanya infeksi pada tulang.
  - f) *MRI* :  
Menggambarkan semua kerusakan akibat fraktur.

## **2. Pre Operasi**

### **a. Pengertian Operasi**

Operasi atau pembedahan merupakan semua tindakan pengobatan yang menggunakan cara invasif dengan membuka atau menampilkan bagian tubuh yang akan ditangani. Tindakan operasi merupakan terapi medik yang dapat memunculkan kecemasan karena terdapat ancaman terhadap tubuh, integritas dan bahkan jiwa seseorang. Manifestasi dari kecemasan bisa berupa respon fisiologis berbagai sistem tubuh, respon perilaku, kognitif maupun afektif. Pengalaman operatif dapat dibagi dalam tiga tahap yaitu preoperatif/pra bedah, operatif/masa sedang dibedah dan post operatif/pasca bedah.

### **b. Pengertian Pre Operasi**

Pre operasi artinya pre berarti sebelum, dan operasi berarti suatu tindakan pembedahan. Preoperasi berarti suatu keadaan/waktu sebelum dilakukan tindakan operasi. Pre operasi adalah fase dimulai ketika keputusan untuk menjalani operasi atau pembedahan dibuat dan berakhir ketika pasien dipindahkan ke meja operasi (Smeltzer & Bare, 2002) dalam Baradero (2008).

### **c. Gambaran Pasien Pre Operasi**

Tindakan pembedahan merupakan ancaman potensial maupun mental aktual pada integritas seseorang yang dapat membangkitkan reaksi stres fisiologis maupun psikologis.

Menurut Long B.C (2001) dalam Baradero (2008), pasien pre operasi akan mengalami reaksi emosional berupa kecemasan.

Berbagai alasan yang dapat menyebabkan ketakutan / kecemasan pasien dalam menghadapi pembedahan antara lain:

- 1) Takut nyeri setelah pembedahan
- 2) Takut terjadi perubahan fisik, menjadi buruk rupa dan tidak berfungsi normal.
- 3) Takut keganasan (bila diagnose yang ditegakkan belum pasti)
- 4) Takut / cemas mengalami kondisi yang sama dengan orang lain yang mempunyai penyakit yang sama.
- 5) Takut / ngeri menghadapi ruang operasi, peralatan pembedahan dan petugas.
- 6) Takut mati saat dibius/tidak sadar lagi
- 7) Takut operasi gagal

Ketakutan dan kecemasan yang mungkin dialami pasien dapat mempengaruhi respon fisiologis tubuh yang ditandai dengan adanya perubahan-perubahan fisik seperti meningkatkan frekuensi nadi dan pernafasan, gerakan-gerakan tangan yang tidak terkontrol, telapak tangan yang lembab, gelisah, menanyakan pertanyaan yang sama berulang kali, sulit tidur dan sering berkemih. Persiapan yang baik selama periode operasi membantu menurunkan resiko operasi dan meningkatkan pemulihan pasca bedah.

#### **d. Tujuan Tindakan Keperawatan Pre Operasi**

Persiapan yang baik selama periode pre operasi membantu menurunkan resiko operasi dan meningkatkan pemulihan pasca bedah. Tujuan tindakan keperawatan pre operasi menurut Luckman dan Sorensen (1993) dalam Safitri (2015), dimaksudkan untuk kebaikan bagi pasien dan keluarganya yang meliputi :

- 1) Menunjukkan rasa takut dan cemasnya hilang atau berkurang (baik ungkapan secara verbal maupun ekspresi muka)
- 2) Dapat menjelaskan dan mendemonstrasikan mobilisasi yang dilakukan setelah tindakan operasi.
- 3) Terpelihara keseimbangan cairan, elektrolit dan nutrisi.
- 4) Tidak terjadi vomitus karena aspirasi selama pasien dalam pengaruh anestesi.
- 5) Tidak ada atau berkurangnya kemungkinan terjadi infeksi setelah tindakan operasi
- 6) Mendapatkan istirahat yang cukup.
- 7) Menjelaskan tentang prosedur operasi, jadwal operasi serta menanda tangani inform consent.
- 8) Kondisi fisiknya dapat dideteksi selama operasi berlangsung.

#### **e. Tindakan Keperawatan Pre Operasi**

Tindakan keperawatan adalah setiap terapi perawatan langsung yang dilakukan perawat untuk kepentingan klien, terapi tersebut

termasuk terapi yang dilakukan perawat berdasarkan diagnosis keperawatan, pengobatan yang dilakukan dokter berdasarkan diagnosis medis, dan melakukan fungsi penting sehari-hari untuk klien yang tidak dapat melakukannya. Tindakan keperawatan pre operasi merupakan tindakan yang dilakukan oleh perawat dalam rangka mempersiapkan pasien untuk dilakukan tindakan pembedahan dengan tujuan untuk menjamin keselamatan pasien intraoperatif (Barbara, 2008).

Persiapan fisik maupun pemeriksaan penunjang serta persiapan mental sangat diperlukan karena kesuksesan suatu tindakan pembedahan klien berawal dari kesuksesan persiapan yang dilakukan selama tahap persiapan. Kesalahan yang dilakukan pada saat tindakan pre operasi apapun bentuknya dapat berdampak pada tahap-tahap selanjutnya, untuk itu diperlukan kerjasama yang baik antara masing-masing komponen yang berkompeten untuk menghasilkan outcome yang optimal, yaitu kesembuhan pasien secara paripurna (Baradero, 2008).

Persiapan mental merupakan hal yang tidak kalah pentingnya dalam proses persiapan operasi karena mental pasien yang tidak siap atau labil dapat berpengaruh terhadap kondisi fisiknya. Masalah mental yang biasa muncul pada pasien pre operasi adalah kecemasan. Maka perawat harus mengatasi permasalahan yang sedang dihadapi klien. Perawat

perlu mengkaji mekanisme coping yang biasa digunakan oleh pasien dalam menghadapi masalah ketakutan dan kecemasan preoperasi, seperti adanya orang terdekat, tingkat perkembangan pasien, faktor pendukung (Baradero, 2008).

Mengurangi / mengatasi kecemasan pasien, perawat dapat menanyakan hal-hal yang terkait dengan persiapan operasi, antara lain pengalaman operasi sebelumnya, persepsi pasien dan keluarga tentang tujuan atau alasan tindakan operasi. Pengetahuan pasien dan keluarga tentang persiapan operasi baik fisik maupun penunjang. Pengetahuan pasien dan keluarga tentang situasi/kondisi kamar operasi dan petugas kamar operasi dan juga tentang prosedur. Pengetahuan tentang latihan-latihan yang harus dilakukan sebelum operasi dan harus dijalankan setelah operasi, seperti : latihan nafas dalam, batuk efektif, ROM, dan lain-lain (Baradero, 2008).

Persiapan mental dapat dilakukan dengan bantuan keluarga atau perawat. Kehadiran dan keterlibatan keluarga sangat mendukung persiapan mental pasien. Keluarga hanya perlu mendampingi pasien sebelum operasi, memberikan doa dan dukungan pasien dengan kata-kata yang menenangkan hati pasien dan meneguhkan keputusan pasien untuk menjalani operasi (Baradero, 2008).

Peranan perawat dalam memberikan dukungan mental menurut Taylor (1997) dalam (Baradero, 2008), dapat dilakukan

dengan berbagai cara yaitu membantu pasien mengetahui tentang tindakan yang dialami pasien sebelum operasi, memberikan informasi pada pasien tentang waktu operasi, hal-hal yang akan dialami oleh pasien selama proses operasi, menunjukkan tempat kamar operasi, dan lain-lain.

Adapun tindakan keperawatan preoperatif yang dapat dilakukan sesuai peran perawat perioperatif antara lain (Baradero, 2008):

- 1) Membina hubungan terapeutik, memberi kesempatan pada klien untuk menyatakan rasa takut dan perhatiannya terhadap rencana operasi
- 2) Melakukan sentuhan untuk menunjukkan adanya empati dan perhatian
- 3) Menjawab atau menerangkan tentang berbagai prosedur operasi
- 4) Meningkatkan pemenuhan nutrisi dan hidrasi
- 5) Mengajarkan batuk dan nafas dalam
- 6) Mengajarkan manajemen nyeri setelah pembedahan
- 7) Mengajarkan latihan lengan dan ambulasi
- 8) Menerangkan alat – alat yang akan digunakan oleh klien selama operasi

### **3. Kecemasan**

#### **a. Definisi Kecemasan**



Menurut Nanda (2012), kecemasan adalah perasaan tidak nyaman atau ketakutan yang disertai oleh respon autonom (penyebab sering tidak spesifik atau tidak diketahui pada setiap individu) perasaan cemas tersebut timbul akibat dari antisipasi diri terhadap bahaya. Keadaan ini juga dapat diartikan sebagai tanda-tanda perubahan yang memberikan peringatan akan adanya bahaya pada diri individu. Kecemasan adalah rasa khawatir, takut yang tidak jelas sebabnya. Kecemasan juga merupakan kekuatan yang besar dalam menggerakkan tingkah laku, baik tingkah laku yang menyimpang ataupun yang terganggu. Kedua-duanya merupakan pernyataan dan penampilan dari pertahanan terhadap kecemasan tersebut (Gunarsa, 2008).

Menurut Hawari (2011), secara klinis gejala kecemasan dibagi dalam beberapa kelompok yaitu gangguan cemas (*anxiety disorder*), gangguan cemas menyeluruh (*generalized anxiety disorder/GAD*), gangguan panik (*panic disorder*), gangguan fobik (*phobic disorder*), gangguan obsesif-kompulsif (*obsessive-compulsive disorder*).

Pendapat lain menyatakan bahwa kecemasan merupakan perwujudan dari berbagai emosi yang terjadi karena seseorang mengalami tekanan perasaan dan tekanan batin. Kondisi tersebut membutuhkan penyelesaian yang tepat sehingga individu akan merasa aman. Namun, pada kenyataannya tidak

semua masalah dapat diselesaikan dengan baik oleh individu bahkan ada yang cenderung di hindari. Situasi ini menimbulkan perasaan yang tidak menyenangkan dalam bentuk perasaan gelisah, takut atau bersalah (Supriyantini, 2010).

Menurut Rachmad (2009), kecemasan timbul karena adanya sesuatu yang tidak jelas atau tidak diketahui sehingga muncul perasaan yang tidak tenang, rasa khawatir, atau ketakutan. Ratih (2012) menyatakan kecemasan merupakan perwujudan tingkah laku psikologis dan berbagai pola perilaku yang timbul dari perasaan kekhawatiran subjektif dan ketegangan.

#### **b. Klasifikasi Tingkat Kecemasan**

Kecemasan sangat berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Menurut Peplau (1952) dalam Suliswati (2014) ada empat tingkatan yaitu :

##### **1) Kecemasan Ringan**

Dihubungkan dengan ketegangan yang dialami sehari-hari. Individu masih waspada serta lapang persepsinya meluas, menajamkan indera. Dapat memotivasi individu untuk belajar dan mampu memecahkan masalah secara efektif dan menghasilkan pertumbuhan dan kreatifitas.

## 2) Kecemasan Sedang

Individu terfokus hanya pada pikiran yang menjadi perhatiannya, terjadi penyempitan lapangan persepsi, masih dapat melakukan sesuatu dengan arahan orang lain.

## 3) Kecemasan Berat

Lapangan persepsi individu sangat sempit. Pusat perhatiannya pada detil yang kecil dan spesifik dan tidak dapat berfikir hal-hal lain. Seluruh perilaku dimaksudkan untuk mengurangi kecemasan dan perlu banyak perintah/arahan untuk terfokus pada area lain.

## 4) Panik

Individu kehilangan kendali diri dan detil perhatian hilang. Karena hilangnya kontrol, maka tidak mampu melakukan apapun meskipun dengan perintah. Terjadi peningkatan aktivitas motorik, berkurangnya kemampuan berhubungan dengan orang lain, penyimpangan persepsi dan hilangnya pikiran rasional, tidak mampu berfungsi secara efektif. Biasanya disertai dengan disorganisasi kepribadian.

### **c. Penyebab Kecemasan**

Beberapa teori penyebab kecemasan pada individu antara lain (Stuart dan Sundeen, 1998 dalam Rochman, 2010) :

#### 1) Teori Psikoanalitik

Menurut pandangan psikoanalitik kecemasan terjadi karena adanya konflik yang terjadi antara emosional elemen

kepribadian, yaitu id dan super ego. Id mewakili insting, super ego mewakili hati nurani, sedangkan ego berperan menengahi konflik yang terjadi antara dua elemen yang bertentangan. Timbulnya kecemasan merupakan upaya meningkatkan ego ada bahaya.

## 2) Teori Interpersonal

Menurut pandangan interpersonal, ansietas timbul dari perasaan takut terhadap adanya penolakan dan tidak adanya penerimaan interpersonal. Ansietas juga berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan yang menimbulkan kelemahan fisik.

## 3) Teori Perilaku (*Behavior*)

Menurut pandangan perilaku, ansietas merupakan produk frustrasi yaitu segala Sesutu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan.

## 4) Teori Prespektif

Keluarga Kajian keluarga menunjukkan pola interaksi yang terjadi dalam keluarga. Kecemasan menunjukkan adanya pola interaksi yang mal adaptif dalam sistem keluarga.

## 5) Teori Perspektif Biologis

Kajian biologis menunjukkan bahwa otak mengandung reseptor khususnya yang mengatur ansietas, antara lain benzodiazepines, penghambat asam amino butirik-gamma

neroregulator serta endofirin. Kesehatan umum seseorang sebagai predisposisi terhadap ansietas.

#### **d. Tanda dan Gejala Kecemasan**

Gejala-gejala psikologis adanya kecemasan bila ditinjau dari beberapa aspek antara lain pikiran, dimana keadaan pikiran yang tidak menentu, seperti khawatir, sukar konsentrasi, pikiran kosong, memandang diri sebagai sangat sensitif, dan merasa tidak berdaya. Reaksi biologis yang tidak dapat dikendalikan, seperti berkeringat, gemetar, pusing, jantung berdebar-debar, mual, dan mulut kering. Perilaku gelisah, keadaan diri yang tidak terkendali seperti gugup, kewaspadaan diri yang berlebihan, serta sangat sensitif. Motivasi yaitu dorongan untuk mencapai situasi, rasa ketergantungan yang tinggi, ingin melarikan diri, lari dari kenyataan (Mulyani, 2013).

Menurut Hawari (2011) seorang akan mengalami gangguan cemas manakala seseorang tidak mampu mengatasi stressor psikososial yang dihadapinya. Secara klinis selain gejala cemas yang biasa, disertai dengan kecemasan yang menyeluruh dan menetap (paling sedikit berlangsung selama 1 bulan) dengan 2 kategori gejala sebagai berikut :

- 1) Rasa khawatir berlebihan tentang hal-hal yang akan datang (*apprehensive expectasion*) adalah cemas, khawatir, takut, berfikir berulang (*ruminaton*), membayangkan akan datangnya kemalangan pada dirinya maupun orang lain.

- 2) Kewaspadaan berlebihan yaitu mengamati lingkungan secara berlebihan sehingga mengakibatkan perhatian mudah teralih, sukar konsentrasi, sukar tidur, mudah tersinggung dan tidak sabar.

**e. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kecemasan Pasien Pre Operasi**

Menurut Gruendemann & Fernsebner (2005), dalam Arfiani (2013), faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan pada pasien pre operasi yaitu:

- 1) Dukungan Keluarga

Keluarga merupakan lingkungan sosial yang secara langsung mempengaruhi individu. Keluarga merupakan lingkungan mikrosistem, yang menentukan kepribadian dan kesehatan mental anggota keluarga yang ada didalamnya. Jadi, keluarga merupakan lingkungan yang sangat penting yang dibutuhkan anggota keluarga lainnya. Dukungan keluarga terhadap seseorang yang akan menjalani operasi sangat berpengaruh pada tingkat kecemasan yang dialaminya.

Sebagian keluarga atau sahabat dapat meningkatkan rasa cemas pasien karena terjadi transmisi cemas dari mereka yang merangkul pasien, sehingga terjadi penayangan perilaku cemas atau menyumbangkan jaminan palsu. Pendampingan ataupun kehadiran oleh keluarga atau

sahabat dapat mengurangi rasa cemas pasien. Individu dengan kondisi kecemasan tingkat tinggi tidak mampu berkonsentrasi terhadap informasi yang diberikan perawat selama perawatan ataupun prosedur.

Dukungan terhadap seseorang dapat membantu seseorang dalam mengambil keputusan ataupun mengatasi stresor yang ia hadapi. Dukungan tersebut sangat bermanfaat dalam membuat individu membagikan kecemasan yang ia alami dan mendapatkan solusi alternatif yang akan mempengaruhi pola pikirnya.

## 2) Dukungan Petugas

Kesehatan Dukungan petugas kesehatan merupakan support sistem yang diberikan oleh petugas kesehatan terhadap pasien preoperasi mulai dari masuk rumah sakit sampai ke ruang operasi. Dukungan ini dapat berupa komunikasi terapeutik, dukungan emosional/perhatian dari petugas kesehatan, dan penjelasan mengenai pembedahan yang akan dijalani. Petugas kesehatan seharusnya menumbuhkan kepercayaan/keyakinan klien dan keluarganya dalam rangka pemenuhan kebutuhan fisik/fisiologis klien sehingga klien percaya bahwa para profesional yang terlibat dalam perawatannya benar-benar memahami kebutuhan spesifiknya. Apabila klien percaya terhadap petugas kesehatan yang merawatnya, maka klien

akan lebih tenang dan kooperatif terhadap rencana keperawatan maupun tindakan pembedahan.

Perawat yang mampu mengekspresikan kekhawatiran dan kasih sayang kepada pasien dan keluarga dan menunjukkan ketulusan mereka mungkin diterima sebagai pendukung. Dukungan ini juga dapat berupa jawaban yang pasti dan jujur dengan penuh percaya diri dan perhatian dari tenaga kesehatan tentang apa yang ditanyakan oleh pasien maupun keluarga dan juga pemberitahuan tentang tindakan apa yang akan dilaksanakan, apa saja yang perlu dipersiapkan ataupun dimana keluarga akan menunggu selama pembedahan berlangsung serta proses berlangsungnya operasi. Dengan demikian, keluarga dan pasien akan merasa dihargai dan menciptakan persepsi positif terhadap tenaga kesehatan.

### 3) Tingkat Pengetahuan

Tingkat pengetahuan pasien mengenai informasi operasi. Takut terhadap hal yang tidak diketahui ataupun kecemasan, dapat berkurang dengan cara memberikan informasi tentang pembedahan yang akan dikerjakan. Strategi keperawatan yang utama pada masa preoperasi ini adalah memberikan informasi yang bertujuan untuk mencegah yang potensial menjadi komplikasi. Takut terhadap yang tidak diketahui



dapat berkurang karena pengetahuan tentang peristiwa yang akan berlangsung.

Jumlah informasi yang harus diberikan sebelum operasi tergantung kepada latar belakang, minat dan derajat stres dari pasien dan keluarganya. Cara yang terbaik adalah bertanya kepada pasien apa yang mereka ingin ketahui mengenai operasi yang akan berlangsung. Informasi yang dapat membantu pasien dan keluarganya sebelum operasi yaitu pemeriksaan–pemeriksaan sebelum operasi serta alasannya, hal-hal yang rutin sebelum operasi, alat-alat khusus yang diperlukan, pengiriman ke kamar bedah (waktu, mengecek prosedur-prosedur), ruang pemulihan, kemungkinan pengobatan-pengobatan setelah operasi.

Pengetahuan pasien dan keluarga mengenai hal-hal pembedahan merupakan kunci keberhasilan proses pembedahan. Dengan mengetahui prosedur pembedahannya, mengetahui situasi yang akan terjadi saat mereka tiba di tempat pembedahan, dan mengetahui cara untuk berfungsi kembali pada masyarakat ataupun komunitasnya maka pasien akan memperoleh hasil pembedahaan yang terbaik. Salah satu keuntungan dari pemberian informasi preoperasi ini adalah rasa cemas klien akan berkurang terhadap proses bedah yang akan dijalannya. Ahli bedah dan perawat bertanggung-jawab

dalam mempersiapkan klien dan keluarganya dalam melakukan aktivitas perawatan diri setelah operasi misalnya, arah/rute ke fasilitas, ataupun penjelasan mengenai apa yang dimaksud bedah yang akan dijalannya dan alasannya, dan lain-lain.

#### 4) Kekhawatiran akan nyeri

Kekhawatiran akan nyeri mempengaruhi pasien dalam menjalani operasi. Nyeri merupakan perasaan yang tidak menyenangkan dan bersifat subjektif. Pasien memerlukan penjelasan mengenai nyeri yang akan dirasakannya setelah operasi. Perawat bertugas menjelaskan nyeri yang akan dirasakan pasien baik pada saat pembedahan maupun pasca pembedahan. Apabila klien mencapai harapan yang realistis terhadap nyeri dan mengetahui cara mengatasinya maka rasa cemas akan berkurang.

#### 5) Persepsi pasien terhadap hasil bedah

Persepsi hasil bedah ialah pasien memiliki gambaran tersendiri mengenai hasil yang mungkin terjadi setelah pembedahan. Pasien mungkin memikirkan aktifitasnya akan terganggu, terjadi kecacatan, terjadi kegagalan terhadap operasi, terjadi kesalahan oleh petugas kesehatan, kematian dan lain-lain. Semakin sering pasien memikirkan kemungkinan hasil pembedahan maka semakin tinggi tingkat kecemasan. Perawat bertugas membantu klien dan keluarga

untuk mencapai harapan yang realistis terhadap pembedahan.

Menurut Stuart & Laraia (1998) dalam Safitri (2015), faktor pencetus berasal dari sumber internal atau eksternal. Ada dua kategori faktor pencetus kecemasan, yaitu ancaman terhadap integritas fisik dan terhadap sistem diri. Ancaman terhadap integritas fisik meliputi ketidakmampuan fisiologis yang akan datang atau menurunnya kapasitas untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari. Sumber internal dapat berupa kegagalan mekanisme fisiologis seperti jantung, sistem imun, regulasi temperatur, perubahan biologis yang normal seperti penuaan.

Sumber eksternal dapat berupa infeksi virus atau bakteri, zat polutan, luka trauma. Kecemasan dapat timbul akibat kekhawatiran terhadap tindakan operasi yang mempengaruhi integritas tubuh secara keseluruhan. Ancaman terhadap sistem diri dapat membahayakan identitas, harga diri dan fungsi sosial seseorang. Sumber internal berupa kesulitan melakukan hubungan interpersonal di rumah, di tempat kerja dan di masyarakat. Sumber eksternal dapat berupa kehilangan pasangan, orangtua, teman, perubahan status pekerjaan, dilema etik yang timbul dari aspek religius seseorang. Ancaman terhadap sistem diri

terjadi saat tindakan operasi akan dilakukan sehingga akan menghasilkan suatu kecemasan.

**f. Keterkaitan Kecemasan Terhadap Preoperasi**

Kecemasan pra operasi pada umumnya disebabkan karena pasien tidak mengetahui konsekuensi pembedahan. Pasien yang cemas sering mengalami ketakutan atau perasaan yang tidak tenang. Kecemasan dapat yang dialami pasien akan menimbulkan adanya perubahan secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan psikoneuroimunologi, kecemasan merupakan stresor yang akan mempengaruhi sistem limbik sebagai pengatur emosi yang terjadi melalui serangkaian yang diperantai oleh HPA-axis (hipotamus, pituitary dan adrenal) (Hapsari, dkk, 2012).

Stres dan kecemasan akan merangsang hipotamus untuk meningkatkan produksi Corticotropin Releasing Hormon (CRF). CRF ini selanjutnya akan merangsang kelenjar pituitary anterior untuk meningkatkan produksi Adrenocorticotropin Hormone (ACTH). Hormon ini yang akan meningkatkan sekresi kortisol dan aksi katekolamin (epinefrin dan norepinefrin). Hal ini yang akan merespon adanya stres dan kecemasan. Pelepasan hormon tersebut merangsang peningkatan kerja sistem simpatis dan parasimpatis susunan saraf otonom sehingga mempengaruhi kerja metabolik seperti mengeluh sering buang air kecil atau susah buang air kecil, mulas, mencret, keringat

dingin, jantung berdebar-debar, hipotensi atau hipertensi, sakit kepala dan sesak nafas. Pada pasien operasi maka sebelum pembedahan kita dapat membantu pasien dalam menghilangkan ketegangan atau kecemasan dengan cara memberikan latihan relaksasi dalam membantu mengontrol kecemasan (Hapsari, dkk, 2012).

#### **g. Cara Mengukur Kecemasan**

Menurut Hawari (2008), untuk mengetahui sejauh mana derajat kecemasan seseorang apakah ringan, sedang, berat atau berat sekali digunakan alat ukur yang dikenal dengan nama *Hamilton Rating Scale For Anxiety* (HRS-A). Alat ukur ini terdiri dari 14 kelompok gejala yang masing-masing kelompok dirinci lagi dengan gejala-gejala yang lebih spesifik. Masing-masing kelompok gejala diberi penilaian angka (*score*) antara 0-4, yang artinya nilai 0 berarti tidak ada gejala, nilai 1 gejala ringan, nilai 2 gejala sedang, nilai 3 gejala berat, dan nilai 4 gejala berat sekali.

Masing-masing nilai angka (*score*) dari ke-14 kelompok gejala tersebut dijumlahkan dan dari hasil penjumlahan tersebut dapat diketahui derajat kecemasan seseorang yaitu Total nilai (*score*) < 14 tidak ada kecemasan, nilai 14-20 kecemasan ringan, nilai 21-27 kecemasan sedang, nilai 28-41 kecemasan berat dan nilai 42-56 kecemasan berat.

Tabel 2.1. Alat Ukur HRS-A (*Hamilton Rating Scale For Anxiety*)

No	Gejala Kecemasan	Nilai Angka (skor)
1	<b>Perasaan cemas</b> a. Cemas b. Firasat buruk c. Takut akan pikiran sendiri d. Mudah tersinggung	0 1 2 3 4
2	<b>Ketegangan</b> a. Merasa tegang b. Lesu c. Tidak bisa istirahat tenang d. Mudah terkejut e. Mudah menangis f. Gemetar g. Gelisah	0 1 2 3 4
3	<b>Ketakutan</b> a. Pada gelap b. Pada orang asing c. Ditinggal sendiri	0 1 2 3 4
4	<b>Gangguan tidur</b> a. Sukar tidur b. Terbangun malam hari c. Bangun dini hari d. Tidur tidak nyenyak e. Bangun dengan lesu f. Banyak mimpi-mimpi (mimpi buruk)	0 1 2 3 4
5	<b>Gangguan kecerdasan</b> a. Sukar konsentrasi b. Daya ingat menurun c. Daya ingat buruk	0 1 2 3 4
6	<b>Perasaan depresi (murung)</b> a. Hilangnya minat b. Sedih c. Bangun dini hari d. Perasaan berubah-ubah	0 1 2 3 4
7	<b>Gejala somatik/fisik (otot)</b> a. Sakit dan nyeri di otot-otot b. Kaku c. Kedutan otot d. Gigi gemerutuk e. Suara tidak stabil	0 1 2 3 4
8	<b>Gejala somatik/fisik (sensorik)</b> a. Tinitus (telinga berdenging) b. Penglihatan kabur c. Muka merah atau pucat d. Merasa lemas	0 1 2 3 4
9	<b>Gejala kardiovaskuler (jantung dan pembuluh darah)</b> a. Takikardia (denyut jantung cepat) b. Berdebar-debar c. Nyeri di dada d. Denyut nadi mengeras e. Rasa lesu/lemas seperti mau pingsan	0 1 2 3 4
10	<b>Gejala respiratori (pernafasan)</b> a. Rasa tertekan atau sempit didada b. Rasa tercekik	0 1 2 3 4

---

	c. Sering menarik nafas				
	d. Nafas pendek/sesak				
	<b>Gejala gastrointestinal (pencernaan)</b>				
11	a. Sulit menelan	0	1	2	3 4
	b. Perut melilit				
	c. Gangguan pencernaan				
	d. Nyeri sebelum atau sesudah makan				
	e. Rasa penuh dan kembung				
	f. Mual atau muntah				
	g. Buang air besar lembek atau konstipasi				
	<b>Gejala urogenital (perkemihan)</b>				
	a. Sering buang air kecil				
12	b. Tidak dapat menahan air seni	0	1	2	3 4
	<b>Gejala autonom</b>				
	a. Mulut kering				
13	b. Muka merah	0	1	2	3 4
	c. Mudah berkeringat				
	d. Kepala terasa berat				
	<b>Tingkah laku</b>				
	a. Gelisah				
14	b. Tidak tenang	0	1	2	3 4
	c. Jari gemetar				
	d. Kerut kening				
	e. Muka tegang				
	f. Otot tegang/mengeras				

---

(Hawari 2008)

#### 4. Aromaterapi

##### a. Sejarah Aromaterapi

Aromaterapi telah digunakan sejak zaman Mesir kuno yang memang terkenal dengan ilmu pengetahuan yang tinggi. Merekalah yang menciptakan dan meramalkan dunia pengobatan, farmasi, parfum serta kosmetik. Dari Mesir, aromaterapi dibawa ke Yunani, Cina, India serta Timur Tengah sebelum masuk ke Eropa di abad pertengahan. Pada abad ke 19 dimana ilmu kedokteran mulai terkenal, beberapa dokter pada zaman itu tetap memakai minyak esensial dalam praktek sehari-hari mereka. Pada zaman aromaterapi modern,

aromaterapi digali oleh Robert Tisserand yang menulis buku *The Art of aromatherapy* (Poerwadi, 2006, hlm.1).

Riset kedokteran pada tahun-tahun belakangan ini mengungkapkan fakta bahwa bau yang kita cium memiliki dampak penting pada perasaan kita. Menurut hasil penelitian ilmiah, bau berpengaruh secara langsung terhadap otak seperti obat. Misalnya, mencium lavender meningkatkan frekuensi gelombang alfa terhadap kepala bagian belakang dan keadaan ini dikaitkan dengan relaksasi (Sharma, 2009, hlm. 13).

#### **b. Definisi Aromaterapi**

Aromaterapi berasal dari dua kata yaitu aroma dan terapi. Aroma memiliki pengertian harum atau wangi dan terapi memiliki pengertian penyembuhan atau pengobatan. Sehingga dapat disimpulkan bahwa aromaterapi merupakan salah satu perawatan tubuh atau penyembuhan penyakit dengan menggunakan minyak esensial (Jaelani, 2009). Sedangkan menurut Sharma (2009, hlm. 7) aromaterapi berarti 'pengobatan menggunakan wangi-wangian'. Istilah ini merujuk pada penggunaan minyak esensial dalam penyembuhan holistik untuk memperbaiki kesehatan dan kenyamanan emosional dan dalam mengembalikan keseimbangan badan.

Terapi komplementer (pelengkap), seperti homoeopati, aromaterapi dan akupuntur harus dilakukan seiring dengan pengobatan konvensional (Jones, 2006, hlm. 190). Tumbuhan



aromatik menghasilkan minyak aromatik. Apabila disuling, senyawa yang manjur ini perlu ditangani secara hati-hati. Sebagian besar senyawa ini akan menimbulkan reaksi kulit, tetapi jika digunakan secara tepat, senyawa ini memiliki nilai terapeutik. Senyawa ini dapat dihirup, digunakan dalam kompres, dalam air mandi, atau dalam minyak pijat (Jones, 2006, hlm. 191).

Menurut Maifrisco (2008) aromaterapi merupakan suatu teknik terapi yang menggunakan minyak esensial atau sari minyak murni sebagai media untuk mengatasi masalah kesehatan, sebagai penjaga mood dan perasaan, menjaga gairah, menyegarkan serta menenangkan jiwa dan membantu dalam proses penyembuhan. Seiring dengan banyaknya manfaat aromaterapi untuk kesehatan, semakin banyak juga produsen-produsen mengolahnya dengan dijadikan sebagai bermacam-macam barang seperti pengharum ruangan, dupa, cologne/parfum, minyak esensial yang dibakar bersama air di atas tungku kecil, atau bentuk-bentuk lainnya. Penggunaan aromaterapi selalu dihubungkan dengan berbagai hal yang berkaitan dengan hal-hal menyenangkan sehingga membuat jiwa, tubuh dan pikiran merasa rileks dan bebas. Istilah aromaterapi dipopulerkan oleh Rene Maurice Gattefosse di Prancis pada tahun 1928 (Keville, 2004). Berbagai cara bisa

diterapkan untuk pemakaian aromaterapi salah satunya yaitu dengan cara inhalasi.

Dosis yang dianjurkan yaitu melarutkan 10-15 tetes minyak esensial murni kedalam 1 liter air untuk sekali pemakaian. Konsentrasinya dapat memakai pengenceran 1% sampai 2,5%. Campuran ini dapat digunakan dalam terapi pengobatan yang dibantu dengan menggunakan peralatan aromaterapi (Jaelani, 2009). Penggunaan dosis aromaterapi lainnya yang dapat dilakukan dengan melarutkan 3-5 tetes ke dalam 20 cc air (Wilkinson et al, 2007).

Aromaterapi dapat juga didefinisikan sebagai penggunaan terkendali esensial tanaman untuk tujuan terapeutik (Posadzki et al, 2012). Jenis minyak aromaterapi yang umum digunakan yaitu :

- 1) Minyak Eukaliptus, Radiata (*Eucalyptus Radiata Oil*)
- 2) Minyak Rosemary (*Rosemary Oil*)
- 3) Minyak Ylang-Ylang (*Ylang-Ylang Oil*)
- 4) Minyak Tea Tree (*Tea Tree Oil*)
- 5) Minyak Lavender (*Lavender Oil*)
- 6) Minyak Geranium (*Geranium Oil*)
- 7) Minyak Peppermint
- 8) Minyak Jeruk Lemon (*Lemon Oil*)
- 9) Minyak Chamomile Roman
- 10) Minyak Clary Sage (*Clary Sage Oil*)

### c. Cara Penggunaan Aromaterapi

#### 1) Penyerapan melalui kulit

Minyak esensial merupakan senyawa yang diapakai dalam banyak pengobatan penunjang karena kerutannya dalam lipid yang ditemukan di dalam stratum korneum sehingga minyak essensial dianggap mudah diserap. Penyerapan senyawa ini terjadi saat senyawa ini melewati lapisan epidermis kulit dan masuk ke dalam saluran limfe, kelenjar keringat, saraf, serta masuk ke dalam aliran darah dan menuju ke setiap sel tubuh untuk bereaksi (Djilani & Dicko, 2012).

#### 2) Melalui inhalasi

Proses inhalasi aromaterapi akan menyebabkan molekul-molekul yang ada pada minyak esensial yang terhirup akan terbawa oleh arus turbulen ke langit-langit hidung. Pada langit-langit hidung terdapat bulu-bulu halus yang menjulur dari sel-sel reseptor ke dalam saluran hidung. Molekul minyak yang tertahan pada bulu-bulu ini suatu impuls akan ditransmisikan lewat bulbus olfaktorius dan traktus olfaktorius ke dalam sistem limbik. Proses ini akan memacu memori dan emosional lewat hipotalamus bekerja sebagai regulator yang menyebabkan pesan tersebut dikirim ke bagian otak dan bagian tubuh lainnya. Pesan yang diterima akan diubah sehingga terjadi pelepasan zat-zat neurokimia

yang bersifat euforik, relaksan, sedatif, atau stimulan menurut keperluan tubuh (Djilani & Dicko, 2012).

Terdapat beberapa cara dalam penggunaan aromaterapi secara inhalasi yaitu dengan dituangkan ke kertas tissue, pengusapan langsung ditangan, penggunaan alat penguap / steamer, rendaman, botol penyemprot dan vaporizer / diffuser (Siahaan, 2013). Beberapa cara pemberian yang disebutkan diatas, pemberian aromaterapi secara inhalasi dengan cara Vaporizer atau diffuser merupakan cara paling disukai. Cara kerja Vaporizer yaitu dengan membebaskan molekul – molekul pada aromaterapi yang paling ringan selanjutnya dihirup oleh hidung masuk ke pusat penciuman (Siahaan, 2013). Terdapat banyak jenis alat vaporizer, akan tetapi jenis vaporizer elektrik paling aman ditinjau dari sudut pasien. Penggunaan vaporizer yang terlalu panas dapat menimbulkan bau hangus dan tidak nyaman untuk indra penciuman. Alat diffuser dikatakan lebih efisien dikarenakan dapat menyemprotkan semua molekul yang berbeda-beda pada waktu relatif bersamaan. Pemakaian diffuser tidak akan membakar residu aromaterapi seperti pada vaporizer. Sehingga inhalasi menggunakan diffuser sangat ideal untuk efek relaksasi (Rice, 2000).

Penggunaan aromaterapi dengan diffuser yaitu digunakan dalam konsentrasi tertentu. Price

merekomendasikan penggunaan aromaterapi 20 tetes dalam 50 mL air dengan konsentrasi 2% (Price, 2007). Penggunaan aromaterapi kenanga secara inhalasi yang direkomendasikan dengan konsentrasi paling tinggi 3% (Betharani et al, 2007). Dari pendapat diatas dapat disimpulkan rekomendasi penggunaan aromaterapi kenanga secara inhalasi yang paling baik yaitu memiliki konsentrasi 1-3%.

### 3) Pijat

Aromaterapi apabila digunakan melalui pijat dilakukan dengan langsung mengoleskan minyak essensial yang telah dipilih di atas kulit. Minyak esensial baru bisa digunakan setelah dilarutkan dengan minyak dasar seperti minyak zaitun, minyak kedelai, dan minyak tertentu lainnya (Departement of Health, 2007).

### 4) Mandi

Aromaterapi mandi yang sebagian besar orang merasakan manfaatnya untuk relaksasia dalam mandi panas yang sebelumnya telah ditambahkan persiapan wewangian yang memiliki kasiat tertentu. mandi dapat menenangkan dan melemaskan, meredakan sakit dan nyeri dan juga dapat menimbulkan efek rangsangan, menghilangkan keletihan dan mengembalikan tenaga

#### **d. Manfaat Minyak Aromaterapi**

Beberapa manfaat minyak aromaterapi (esensial oil) :

- 1) Lavender : dianggap paling bermanfaat dari semua minyak astiri. Lavender dikenal untuk membantu meringankan nyeri, sakit kepala, insomnia, ketegangan dan stress (depresi) melawan kelelahan dan mendapatkan untuk relaksasi, merawat agar tidak infeksi paru-paru, sinus, termasuk jamur vaginal, radang tenggorokan, asma, kista dan peradangan lain. Meningkatkan daya tahan tubuh, regenerasi sel, luka terbuka, infeksi kulit dan sangat nyaman untuk kulit bayi, dll.
- 2) Jasmine : Pembangkit gairah cinta, baik untuk kesuburan wanita, mengobati impotensi, anti depresi, pegal linu, sakit menstruasi dan radang selaput lendir.
- 3) Orange : Baik untuk kulit berminyak, kelenjar getah bening tak lancar, debar jantung tak teratur dan tekanan darah tinggi.
- 4) Peppermint : Membasmi bakteri, virus dan parasit yang bersarang dipencernaan. Melancarkan penyumbatan sinus dan paru, mengaktifkan produksi minyak dikulit, menyembuhkan gatal-gatal karena kadas / kurap, herpes, kudis karena tumbuhan beracun.
- 5) Rosemary : Salah satu aroma yang manjur memperlancar peredaran darah, menurunkan kolesterol, mengendorkan otot, reumatik, menghilangkan ketombe, kerontokan

rambut, membantu mengatasi kulit kusam sampai di lapisan terbawah. Mencegah kulit kering, berkerut yang menampakkan urat-urat kemerahan.

- 6) Sandalwood : Menyembuhkan infeksi saluran kencing dan alat kelamin, mengobati radang dan luka bakar, masalah tenggorokan, membantu mengatasi sulit tidur dan menciptakan ketenangan hati.
- 7) Green tea : Berperan sebagai tonik kekebalan yang baik mengobati penyakit paru-paru, alat kelamin, vagina, sinus, inveksi mulut, inveksi jamur, cacar air, ruam saraf serta melindungi kulit karena radiasi bakar selama terapi kanker.
- 8) Ylang-Ylang / Kenanga : Bersifat menenangkan, melegakan sesak nafas, berfungsi sebagai tonik rambut sekaligus sebagai pembangkit rasa cinta.
- 9) Lemon : Selain baik untuk kulit berminyak, berguna pula sebagai zat antioksidan, antiseptik, melawan virus dan infeksi bakteri, mencegah hipertensi, kelenjar hati dan limpa yang tersumbat, memperbaiki metabolisme, menunjang system kekebalan tubuh serta memperlambat kenaikan berat badan.
- 10) Frangipani / Kamboja : Bermanfaat untuk pengobatan, antara lain, bisa untuk mencegah pingsan, radang usus, disentri, basiler, gangguan pencernaan, gangguan penyerapan makanan pada anak, radang hati, radang

saluran napas, jantung berdebar, TBC, cacangan, sembelit, kencing nanah, beri-beri, kapalan, kaki pecah-pecah, sakit gigi, tertusuk duri atau beling, bisul dan patekan. Aromaterapi dari wewangian ini melambangkan kesempurnaan. Ini dapat digunakan untuk meditasi dan memberikan suasana hening yang mendalam.

- 11) Strawberry : Dapat meningkatkan selera makan, mengurangi penyakit jantung, tekanan darah tinggi dan kanker.
- 12) Lotus : Meningkatkan vitalitas, konsentrasi, mengurangi panas dalam, meningkatkan fungsi limpa dan ginjal.
- 13) Appel : Dapat menyembuhkan mabuk, diare, menguatkan sistem pencernaan, menjernihkan pikiran, mengurangi gejala panas dalam.
- 14) Vanilla : Dengan aroma yang lembut dan hangat mampu menenangkan pikiran.
- 15) Nigth Queen : Membuat rasa nyaman dan rileks.
- 16) Opium : Menggembirakan, memberi energi dan semangat tertentu.
- 17) Coconut : Memberikan efek ketenangan, menghilangkan stress, mampu mempertahankan keremajaan kulit wajah sehingga wajah selalu nampak bersinar sepanjang masa.
- 18) Sakura : Di antaranya, disentri, demam, muntah, batuk darah, keputihan, tumor, insomnia, mimisan, sakit kepala, hipertensi.



#### e. Definisi jeruk

Jeruk atau limau adalah semua tumbuhan berbunga anggota marga Citrus dari suku Rutaceae (suku jeruk-jerukan). Anggotanya berbentuk pohon dengan buah yang berdaging dengan rasa asam yang segar, meskipun banyak di antaranya yang memiliki rasa manis. Rasa asam berasal dari kandungan asam sitrat yang memang terkandung pada semua anggotanya (Marwanto, 2014). Jeruk Citrus (dari bahasa Belanda, citroen), atau lemon adalah sejenis jeruk yang buahnya biasa dipakai sebagai penyedap dan penyegar dalam banyak seni boga dunia.

Pohon jeruk sitrun berukuran sedang (dapat mencapai 6 m) tumbuh di daerah beriklim tropis dan sub-tropis serta tidak tahan akan cuaca dingin. Sitrun dibudidayakan di Spanyol, Portugal, Argentina, Brasil, Amerika Serikat dan negara-negara lainnya di sekitar Laut Tengah. Tumbuhan ini cocok untuk daerah beriklim kering dengan musim dingin yang relatif hangat. Suhu ideal untuk sitrun agar dapat tumbuh dengan baik adalah antara 15-30 °C (60-85°F). Jeruk lemon dapat tumbuh baik di dataran rendah hingga ketinggian 800 meter di atas permukaan (Marwanto, 2014).

#### **f. Mekanisme Inhalasi Aromaterapi Citrus Terhadap Penurunan Kecemasan**

Efek fisiologis dari aroma dapat dibagi menjadi dua jenis : mereka yang bertindak melalui stimulasi sistem saraf dan organ-organ yang bertindak langsung pada organ atau jaringan melalui effector-receptor mekanisme (Hongratanaworakit, 2004).

Aromaterapi didasarkan pada teori bahwa inhalasi atau penyerapan minyak esensial memicu perubahan dalam sistem limbik, bagian dari otak yang berhubungan dengan memori dan emosi. Hal ini dapat merangsang respon fisiologis saraf, endokrin atau sistem kekebalan tubuh, yang mempengaruhi denyut jantung, tekanan darah, pernafasan, aktifitas gelombang otak dan pelepasan berbagai hormon di seluruh tubuh. Efeknya pada otak dapat menjadikan tenang atau merangsang system saraf, serta mungkin membantu dalam menormalkan sekresi hormon. Menghirup minyak esensial dapat meredakan gejala pernafasan, sedangkan aplikasi local minyak yang diencerkan dapat membantu untuk kondisi tertentu. Beberapa minyak esensial yang diterapkan pada kulit dapat menjadi anti mikroba, antiseptik, anti jamur, atau anti inflamasi (Hongratanaworakit, 2004).

Cytrus (orange) aromatherapy adalah salah satu anxiolytic atau bahan yang dapat digunakan untuk menurunkan

kecemasan. Hal ini karena citrus (orange) aromatherapy yang mengandung linalool. Linalool berfungsi sebagai anxiolytic atau zat yang dapat menurunkan kecemasan. Linalool menjadi salah satu aromaterapi yang banyak digunakan secara inhalasi (dihirup). Dampak positif aromaterapi terhadap penurunan tingkat kecemasan akan lebih dirasakan apabila diberikan secara inhalasi (dihirup) karena hidung/penciuman mempunyai kontak langsung dengan bagian-bagian otak yang bertugas merangsang terbentuknya efek yang ditimbulkan aromaterapi. Citrus (orange) aromatherapy bekerja merangsang merangsang sel saraf penciuman dan mempengaruhi system kerja limbic. Sistem limbic merupakan pusat nyeri, senang, marah, takut, depresi, dan berbagai emosi lainnya. Hipotalamus yang berperan sebagai relay dan regulator memunculkan pesan-pesan ke bagian otak serta bagian tubuh yang lain. Pesan yang diterima kemudian diubah menjadi tindakan berupa pelepasan hormon melatonin dan serotonin yang menyebabkan euphoria, relaks atau sedatif (Fatmawati, 2016).

Perasaan rileks yang dihasilkan oleh citrus (orange) aromatherapy dikarenakan dampak positif yang dihasilkan dari linalool yang digunakan secara inhalasi. Menurut Muchtaridi & Moelyono (2015) Inhalasi merupakan salah satu cara yang diperkenalkan dalam penggunaan metode aromaterapi yang paling sederhana dan cepat. Inhalasi juga merupakan metode

yang paling tua. aromaterapi masuk dari luar tubuh ke dalam tubuh dengan satu tahap yang mudah, yaitu lewat paru-paru dialirkan ke pembuluh darah melalui alveoli. Inhalasi sama dengan metode penciuman bau, dimana dapat dengan mudah merangsang olfactory pada setiap kali bernafas dan tidak akan mengganggu pernafasan normal apabila mencium bau yang berbeda dari minyak essensial. aroma bau wangi yang tercium akan memberikan efek terhadap fisik dan psikologis.

## **B. Konsep Keperawatan**

Proses keperawatan terdiri atas lima tahap yang berurutan dan saling berhubungan, yaitu pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Tahap-tahap tersebut berintegrasi terhadap fungsi intelektual *problem-solving* dalam mendefinisikan suatu asuhan keperawatan. Pada pertengahan tahun 1970-an, Bloch (1974), Roy (1975), Mundinger dan Jauron (1975), serta Aspinall (1976), menambahkan tahap diagnosis pada proses keperawatan sehingga menjadi lima tahap, yaitu pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

Tujuan proses keperawatan secara umum adalah untuk menyusun kerangka konsep berdasarkan keadaan individu (klien), keluarga, dan masyarakat agar kebutuhan mereka dapat terpenuhi. Proses keperawatan adalah suatu tahapan desain tindakan yang ditujukan untuk memenuhi tujuan keperawatan, yang meliputi mempertahankan

keadaan kesehatan klien yang optimal, apabila keadaannya berubah menjadi suatu kuantitas dan kualitas asuhan keperawatan terhadap kondisinya guna kembali ke keadaan yang normal, jika kesehatan yang optimal tidak dapat tercapai, proses keperawatan harus dapat memfasilitasi kualitas kehidupan yang maksimal berdasarkan keadaannya untuk mencapai derajat kehidupan yang lebih tinggi selama hidupnya (Iyer et al., 1996 dalam Carpenito, 2007).

### **1. Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian adalah upaya mengumpulkan data secara lengkap dan sistematis untuk dikaji dan dianalisis sehingga masalah kesehatan dan keperawatan yang di hadapi pasien baik fisik, mental, sosial maupun spiritual dapat ditentukan. Tahap ini mencakup tiga kegiatan yaitu pengumpulan data, analisis data penentuan masalah kesehatan serta keperawatan. Diperoleh data dan informasi mengenai masalah kesehatan yang ada pada pasien sehingga dapat ditentukan tindakan yang harus di ambil untuk mengatasi masalah tersebut yang menyangkut aspek fisik, mental, sosial dan spiritual serta faktor lingkungan yang mempengaruhinya.

Sistem adaptasi mempunyai input berasal dari internal. Roy mengidentifikasi bahwa input sebagai stimulus. Stimulus sebagai suatu unit informasi, kejadian atau energi dari lingkungan. Sejalan dengan adanya stimulus, tingkat adaptasi individu direspons sebagai suatu input dalam sistem adaptasi. Tingkat adaptasi tersebut tergantung dari stimulus yang didapat berdasarkan

kemampuan individu. Tingkat respons antara individu sangat unik dan bervariasi tergantung pengalaman yang didapatkan sebelumnya, status kesehatan individu, dan *stresor* yang diberikan. *Stresor* yang dimaksudkan pada *input* (pengumpulan data) adalah *stresor* psikososial yang dapat digunakan dalam pengembangan kerangka berpikir kritis pada paradigma psiconeuroimmunologi. Pengkajian dan diagnosis dalam proses keperawatan merupakan suatu input (*stresor*) yang didasarkan hasil wawancara, pemeriksaan fisik dan data laboratorium. Permasalahan timbul jika sistem adaptasi tersebut tidak dapat merespons dan menyelesaikan masalah yang diakibatkan oleh perubahan lingkungan dalam upaya mempertahankan integritas sistem. Menghadapi era global saat ini, diharapkan perawat juga harus mampu menganalisis data-data mulai dari tingkat sistem, organ, sel, dan molekul/ gen. Indikator imunitas sebagai acuan perawat untuk mampu merumuskan masalah secara akurat. Masalah yang ditemukan dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah.

#### Pengkajian Pre Operasi dengan Fraktur

##### a. Data Subjektif

###### 1) Pengetahuan dan Pengalaman Terdahulu.

Tempat, bentuk operasi yang harus dilakukan, informasi dari ahli bedah lamanya dirawat dirumah sakit, keterbatasan setelah di bedah, kegiatan rutin sebelum operasi, kegiatan

rutin sesudah operasi, pemeriksaan-pemeriksaan sebelum operasi.

- 2) Bentuk, sifat, roentgen
- 3) Jangka waktu
- 4) Pengertian tentang bedah yang dianjurkan
- 5) Pengalaman bedah terdahulu
- 6) Kesiapan Psikologis Menghadapi Bedah
  - a) Penghayatan-penghayatan dan ketakutan-ketakutan menghadapi bedah yang dianjurkan.
  - b) Metode-metode penyesuaian yang lazim.
  - c) Agama dan artinya bagi pasien.
  - d) Kepercayaan dan praktek budaya terhadap bedah.
  - e) Keluarga dan sahabat dekat
  - f) Dapat dijangkau (jarak), persepsi keluarga dan sahabat sebagai sumber yang memberi bantuan.
- 7) Perubahan pola tidur
- 8) Peningkatan seringnya berkemih.
- 9) Status Fisiologi
  - a) Obat-obat yang dapat mempengaruhi anaestesi atau yang mendorong komplikasi-komplikasi pascabedah.
  - b) Berbagai alergi medikasi, sabun, plester.
  - c) Penginderaan : kesukaran visi dan pendengaran.
  - d) Nutrisi : intake gizi yang sempurna (makanan, cairan) mual, anoreksia.

- e) Motor : kesukaran ambulatori, gerakan tangan dan kaki, arthritis, bedah orthopedi yang terdahulu (penggantian sendi, fusi spinal).
- f) Alat prothesa : gigi, mata palsu, dan ekstremitas.
- g) Kesantiaian : bisa tidur, terdapat nyeri atau tidak nyaman, harapan mengenai terbebas dari nyeri setelah operasi.

b. Data Objektif

- 1) Pola berbicara : mengulang-ulang tema, perubahan topik tentang perasaan (cemas).
- 2) Tingkat interaksi dengan orang lain.
- 3) Perilaku : gerakan tangan yang hebat, gelisah, mundur dari aktifitas yang sibuk (cemas).
- 4) Tinggi dan berat badan.
- 5) Gejala vital.
- 6) Penginderaan : kemampuan penglihatan dan pendengaran.
- 7) Kulit : turgor, terdapat lesi, merah atau bintik-bintik.
- 8) Mulut : gigi palsu, kondisi gigi dan selaput lendir.
- 9) Thorak : bunyi nafas (terdapat, sisanya) pemekaran dada, kemampuan bernafas dengan diafragma, bunyi jantung (garis dasar untuk perbandingan pada pasca bedah).
- 10) Ekstremitas : kekuatan otot (terutama) kaki, karakteristik nadi perifer sebelum bedah vaskuler atau tubuh.
- 11) Kemampuan motor : adalah keterbatasan berjalan, duduk, atau bergerak di tempat duduk, koordinasi waktu berjalan.



## 2. Diagnosa Keperawatan

Tahap diagnosis adalah tahap pengambilan keputusan yang paling kritis, dimana perawat dapat menentukan masalahnya yang benar-benar dirasakan klien berikut argumentasinya secara rasional. Semakin perawat terlatih untuk berpikir kritis, maka ia akan semakin tajam dalam menentukan masalah atau diagnosa keperawatan klien baik diagnosa keperawatan yang sifatnya kemungkinan, potensial, ataupun yang aktual. Berpikir kritis memerlukan konseptualisasi dan keterampilan ini sangat penting dalam perumusan diagnosa, karena taksonomi diagnosa keperawatan pada dasarnya adalah suatu konsep (NANDA, 2015).

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau resiko perubahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat secara akontabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan menurunkan, membatasi, mencegah dan merubah (Nanda, 2012).

Perumusan diagnosa keperawatan :

- a. Aktual : menjelaskan masalah nyata saat ini sesuai dengan data klinik yang ditemukan.
- b. Resiko: menjelaskan masalah kesehatan nyata akan terjadi jika tidak di lakukan intervensi.

- c. Kemungkinan : menjelaskan bahwa perlu adanya data tambahan untuk memastikan masalah keperawatan kemungkinan.
- d. *Wellness* : keputusan klinik tentang keadaan individu, keluarga atau masyarakat dalam transisi dari tingkat sejahtera tertentu ketingkat sejahtera yang lebih tinggi.
- e. Sindrom : diagnosa yang terdiri dar kelompok diagnosa keperawatan aktual dan resiko tinggi yang diperkirakan muncul atau timbul karena suatu kejadian atau situasi tertentu.

#### Diagnosa Keperawatan Pre Operasi Dengan Fraktur

- a. Nyeri akut berhubungan dengan spasme otot dan kerusakan sekunder terhadap fraktur
- b. Resiko tinggi terhadap disfungsi neurovaskuler perifer berhubungan dengan penurunan aliran darah (cedera vaskuler langsung, edema berlebihan, pembentukan trombus)
- c. Ansietas berhubungan dengan perubahan besar (status kesehatan)
- d. Kurang pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan informasi tentang penyakit dan proses operasi
- e. Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neurovaskuler (nyeri)
- f. Resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan (prosedur invasif).

### 3. Intervensi keperawatan

Roy mendefinisikan bahwa tujuan intervensi keperawatan adalah meningkatkan respons adaptif berhubungan dengan 4 jenis respons. *“nursing aims is to increase the person’s adaptive response and to decrease ineffective responses”* (Roy, 1984: 37).

Perubahan internal dan eksternal dan stimulus input tergantung dari kondisi coping individu. Kondisi coping seseorang atau keadaan coping seseorang merupakan tingkat adaptasi seseorang. Tingkat adaptasi seseorang akan ditentukan oleh stimulus *focal*, *contextual*, dan *residual*. *Focal* adalah suatu respons yang diberikan secara langsung terhadap ancaman / input yang masuk. Penggunaan *focal* pada umumnya tergantung tingkat perubahan yang berdampak terhadap seseorang. *Stimulus contextual* adalah semua stimulus lain seseorang baik internal maupun eksternal yang mempengaruhi situasi dan dapat diobservasi, diukur, dan secara subyektif disampaikan oleh individu. *Stimulus residual* adalah karakteristik/ riwayat dari seseorang yang ada dan timbul relevan dengan situasi yang dihadapi tetapi sulit diukur secara obyektif (Nursalam, 2008). Berikut diagnosa keperawatan, tujuan dan kriteria hasil beserta intervensi keperawatan pada pasien pre operasi fraktur :

Tabel 2.2  
Diagnosa Keperawatan dan NOC NIC Pada Pasien Pre Operasi  
Fraktur

No	Diagnosa Keperawatan	NOC Tujuan dan Kriteria Hasil	NIC Intervensi Keperawatan
1	Nyeri akut berhubungan dengan spasme otot dan kerusakan sekunder terhadap fraktur <b>Batasan Karakteristik :</b> a. Diaforesis b. Fokus menyempit 3. Fokus pada diri sendiri 4. perubahan posisi untuk menghindari nyeri 5. Ekspresi wajah nyeri	<b>Level Nyeri</b> Kriteria Hasil: a. Laporkan frekuensi nyeri b. Kaji frekuensi nyeri c. Lamanya nyeri berlangsung d. Ekspresi wajah terhadap nyeri e. Kegelisahan f. Perubahan TTV <b>Kontrol Nyeri</b> Kriteria Hasil: a. Mengetahui faktor penyebab b. Gunakan tindakan pencegahan c. Gunakan tindakan non analgetik d. Gunakan analgetik yang tepat	<b>Manajemen Nyeri</b> 1.1 Kaji secara menyeluruh tentang nyeri termasuk lokasi, durasi, frekuensi, intensitas, dan faktor penyebab. 1.2 Observasi isyarat non verbal dari ketidaknyamanan terutama jika tidak dapat berkomunikasi secara efektif. Berikan analgetik dengan tepat. 1.3 Berikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama akan berakhir dan antisipasi ketidaknyamanan dari prosedur. 1.4 Ajarkan teknik non farmakologi (misalnya: relaksasi, guide, imagery, terapi musik, distraksi) 1.5 Libatkan keluarga dan modalitas penurun nyeri, jika memungkinkan 1.6 Dorong pasien untuk mendiskusikan pengalaman nyerinya sesuai kebutuhan
2	Resiko tinggi terhadap disfungsi neurovaskuler perifer berhubungan dengan penurunan aliran darah (cedera vaskuler langsung, edema berlebihan, pembentukan trombus)	<b>Circulation Status</b> Kriteria Hasil: a. Nadi normal b. Tekanan vena sentral normal c. Perbedaan arterio-venous oksigen normal d. Peripheral pulse kuat e. Tidak terjadi cedera perifer f. Tidak terjadi kelemahan yang berlebihan	<b>Exercise Therapy</b> 2.1 Tentukan batasan pergerakan sendi dan efek dari fungsi 2.2 Monitor lokasi ketidaknyamanan selama pergerakan 2.3 Dukung ambulasi <b>Circulatory Care</b> 2.4 Evaluasi terhadap edema dan nadi 2.5 Inspeksi kulit terhadap ulser 2.6 Dukung pasien untuk latihan sesuai toleransi 2.7 Kaji derajat ketidaknyamanan/nyeri 2.8 Turunkan ekstremitas untuk memperbaiki sirkulasi arterial
3.	Ansietas berhubungan dengan perubahan besar (status kesehatan) <b>Batasan Karakteristik :</b> a. Perilaku ▪ Agitasi ▪ Gelisah ▪ Gerakan ekstra ▪ Insomnia ▪ Kontak mata yang buruk	<b>Kontrol kecemasan diri</b> Kriteria hasil: 1) Secara verbal dapat mendemonstrasikan tehnik menurunkan cemas 2) Mencari informasi yang dapat menurunkan cemas 3) Menggunakan tehnik relaksasi untuk menurunkan cemas 4) Menerima status kesehatan	<b>Pengurangan kecemasan</b> 3.1 Bina hubungan saling percaya dengan klien/keluarga 3.2 Kaji tingkat kecemasan klien 3.3 Tenangkan klien dan dengarkan keluhan klien dengan atensi 3.4 Jelaskan semua prosedur tindakan kepada klien setiap akan melakukan tindakan 3.5 Dampingi klien dan ajak berkomunikasi yang terapeutik 3.6 Berikan kesempatan pada klien untuk mengungkapkan perasaannya. 3.7 Ajarkan tehnik relaksasi 3.8 Bantu klien untuk mengungkapkan hal-hal yang membuat cemas

	<p>b. Afektif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Berfokus pada diri sendiri</li> <li>▪ Distress</li> <li>▪ Gelisah</li> <li>▪ Gugup</li> <li>▪ ketakutan</li> </ul> <p>c. Fisiologis</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gemetar</li> <li>▪ Peningkatan keringat</li> <li>▪ Wajah tegang</li> </ul>		3.9 Kolaborasi dengan tim kesehatan lain untuk pemberian obat penenang
4	<p><b>Kurang pengetahuan Batasan</b></p> <p><b>Karakteristik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Perilaku hiperbola</li> <li>b. Ketidakakuratan mengikuti perintah</li> <li>c. Ketidakakuratan melakukan tes</li> <li>d. Perilaku tidak tepat (mis: histeria, bermusuhan, agitasi, apatis)</li> <li>e. Pengungkapan masalah</li> </ol> <p><b>Faktor yang berhubungan :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Keterbatasan kognitif</li> <li>b. Salah interpretasi informasi</li> <li>c. Kurang pajanan</li> <li>d. Kurang minat dalam belajar</li> <li>e. Kurang dapat mengingat</li> <li>f. Tidak familiar dengan sumber informasi</li> </ol>	<p><b>Knowledge: Health Behavior (Pengetahuan: Perilaku Sehat)</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x2 jam defisiensi pengetahuan tidak terjadi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Praktik gizi sehat dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)</li> <li>b. Keuntungan dari aktivitas dan latihan dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)</li> <li>c. Strategi untuk mengatur stres dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)</li> <li>d. Pola tidur-bangun normal dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)</li> <li>e. Metode keluarga berencana dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)</li> <li>f. Dampak yang merugikan kesehatan dari penggunaan tembakau dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)</li> <li>g. Dampak yang merugikan kesehatan dari penyalahgunaan alkohol dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)</li> </ol>	<p><b>Health education (Pendidikan Kesehatan)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1 Kenali faktor internal atau eksternal yang dapat meningkatkan atau menurunkan motivasi perilaku sehat</li> <li>4.2 Tentukan konteks pribadi dan sejarah sosial budaya individu, keluarga, atau komunitas perilaku sehat</li> <li>4.3 Tentukan pengetahuan kesehatan saat ini dan perilaku gaya hidup individu, keluarga, dan target kelompok</li> <li>4.4 Bantu individu, keluarga, dan komunitas untuk menjelaskan nilai dan kepercayaan kesehatan</li> <li>4.5 Kenali karakteristik dari target populasi yang mempengaruhi strategi seleksi pembelajaran</li> <li>4.6 Rumuskan tujuan dari program pendidikan kesehatan</li> <li>4.7 Kenali sumber (misalnya: personal, ruang, peralatan, dan uang) yang dibutuhkan untuk mengadakan program</li> <li>4.8 Pertimbangkan aksesibilitas, pilihan konsumen, dan biaya dalam rencana program</li> <li>4.9 Letakkan secara strategis iklan yang menarik untuk mendapatkan perhatian dari masyarakat</li> <li>4.10 Hindari untuk menggunakan tehnik menakuti sebagai strategi untuk memotivasi orang lain untuk mengganti perilaku atau gaya hidup sehat</li> </ol>
5	<p>Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan</p>	<p><b>Mobility level</b></p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Keseimbangan penampilan</li> <li>b. Memposisikan tubuh</li> </ol>	<p><b>Exercise Therapy: Ambulation</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5.1 Kolaborasi dengan tim kesehatan lain untuk pemberian obat penenang</li> <li>5.2 Bantu pasien untuk menggunakan fasilitas alat bantu jalan dan cegah</li> </ol>

	neurovaskuler (nyeri) <b>Batasan</b> <b>Karakteristik:</b> a. Gerakan lambat b. Gerakan spastik c. Keterbatasan rentang gerak d. Ketidaknyamanan e. Kesulitan membolak balik posisi	c. Gerakan otot d. Gerakan sendi e. Ambulansi jalan f. Ambulansi kursi roda	kecelakaan atau jatuh 5.3 Tempatkan tempat tidur pada posisi yang mudah dijangkau/diraih pasien. 5.4 Konsultasikan dengan fisioterapi tentang rencana ambulansi sesuai kebutuhan 5.5 Monitor pasien dalam menggunakan alat bantu jalan yang lain 5.6 Instruksikan pasien/pemberi pelayanan ambulansi tentang teknik ambulansi.
6	Resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan (prosedur invasive)	<b>Deteksi Infeksi</b> Kriteria Hasil: a. Mengukur tanda dan gejala yang mengindikasikan infeksi b. Berpartisipasi dalam perawatan kesehatan c. Mampu mengidentifikasi potensial resiko <b>Pengendalian Infeksi</b> Kriteria Hasil: a. Pengetahuan tentang adanya resiko infeksi b. Mampu memonitor faktor resiko dari lingkungan c. Membuat strategi untuk mengendalikan resiko infeksi d. Mengatur gaya hidup untuk mengurangi resiko e. Penggunaan pelayanan kesehatan yang sesuai	<b>Teaching diases prose</b> 6.1 Deskripsikan proses penyakit dengan tepat 6.2 Sediakan informasi tentang kondisi pasien 6.3 Diskusikan perawatan yang akan dilakukan 6.4 Gambarkan tanda dan gejala penyakit 6.5 Instruksikan pasien untuk melaporkan kepada perawat untuk melaporkan tentang tanda dan gejala yang dirasakan.

#### 4. Tindakan Keperawatan

Merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada *nursing orders* untuk membantu pasien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan pasien.

Adapun tahap-tahap dalam tindakan keperawatan adalah sebagai berikut :

a. Tahap 1 : persiapan

Tahap awal tindakan keperawatan ini menuntut perawat untuk mengevaluasi yang diidentifikasi pada tahap perencanaan.

b. Tahap 2 : intervensi

Fokus tahap pelaksanaan tindakan perawatan adalah kegiatan dan pelaksanaan tindakan dari perencanaan untuk memenuhi kebutuhan fisik dan emosional. Pendekatan tindakan keperawatan meliputi tindakan independen, dependen, dan interdependen.

c. Tahap 3 : dokumentasi

Pelaksanaan tindakan keperawatan harus diikuti oleh pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap suatu kejadian dalam proses keperawatan.

## **5. Evaluasi Keperawatan**

Perencanaan evaluasi memuat kriteria keberhasilan proses dan keberhasilan tindakan keperawatan. Keberhasilan proses dapat dilihat dengan jalan membandingkan antara proses dengan pedoman atau rencana proses tersebut. Sasaran evaluasi adalah sebagai berikut :

a. Proses asuhan keperawatan, berdasarkan kriteria atau rencana yang telah disusun)

- b. Hasil tindakan keperawatan, berdasarkan kriteria keberhasilan yang telah di rumuskan dalam rencana evaluasi.

Terdapat 3 kemungkinan hasil evaluasi yaitu :

- a. Tujuan tercapai, apabila pasien telah menunjukkan perbaikan atau kemajuan sesuai dengan kriteria yang telah di tetapkan.
- b. Tujuan tercapai sebagian, apabila tujuan itu tidak tercapai secara maksimal, sehingga perlu di cari penyebab dan cara mengatasinya. Tujuan tidak tercapai, apabila pasien tidak menunjukkan perubahan atau kemajuan sama sekali bahkan timbul masalah baru. Dalam hal ini perawat perlu untuk mengkaji secara lebih mendalam apakah terdapat data, analisis, diagnosa, tindakan, dan faktor-faktor lain yang tidak sesuai yang menjadi penyebab tidak tercapainya tujuan. Setelah seorang perawat melakukan seluruh proses keperawatan dari pengkajian sampai dengan evaluasi kepada pasien, seluruh tindakannya harus di dokumentasikan dengan benar dalam dokumentasi keperawatan
- c. Tujuan tidak tercapai, apabila pasien tidak menunjukkan perubahan / kemajuan sama sekali bahkan timbul masalah baru.dalam hal ini perawat perlu untuk mengkaji secara lebih mendalam apakah terdapat data, analisis, diagnosa, tindakan, dan faktor-faktor lain yang tidak sesuai yang menjadi penyebab tidak tercapainya tujuan.



## 6. Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi adalah segala sesuatu yang tertulis atau tercetak yang dapat diandalkan sebagai catatan tentang bukti bagi individu yang berwenang (Potter, 2005). Potter (2005) juga menjelaskan tentang tujuan dalam pendokumentasian yaitu :

### a. Komunikasi

Sebagai cara bagi tim kesehatan untuk mengkomunikasikan (menjelaskan) perawatan pasien termasuk perawatan individual, edukasi pasien dan penggunaan rujukan untuk rencana pemulangan.

### b. Tagihan *financial*

Dokumentasi dapat menjelaskan sejauhmana lembaga perawatan mendapatkan ganti rugi (*reimburse*) atas pelayanan yang diberikan bagi pasien.

### c. Edukasi

Dengan catatan ini peserta didik belajar tentang pola yang harus ditemui dalam berbagai masalah kesehatan dan menjadi mampu untuk mengantisipasi tipe perawatan yang dibutuhkan pasien.

### d. Pengkajian

Catatan memberikan data yang digunakan perawat untuk mengidentifikasi dan mendukung diagnosa keperawatan dan merencanakan intervensi yang sesuai.

e. Pemantauan

Tinjauan teratur tentang informasi pada catatan pasien memberi dasar untuk evaluasi tentang kualitas dan ketepatan perawatan yang diberikan dalam suatu institusi.

f. Dokumentasi legal

Pendokumentasian yang akurat adalah salah satu pertahanan diri terbaik terhadap tuntutan yang berkaitan dengan asuhan keperawatan.

g. Riset

Perawat dapat menggunakan catatan pasien selama studi riset untuk mengumpulkan informasi tentang faktor-faktor tertentu.

Audit dan pemantauan

### **C. Konsep Intervensi Inovasi Menggunakan Terapi Relaksasi Inhalasi Aromatherapy Citrus**

Intervensi inovasi yang dilakukan pada pasien pre operasi dengan menggunakan terapi relaksasi inhalasi aromatherapy citrus di ruang Instalasi Gawat Darurat Di RSUD Abdul Wahab Sjahranie. Adapun konsep intervensi inovasi ini sebagai berikut:

#### **1. Pengertian**

Relaksasi adalah metode pengobatan yang efektif dalam mengurangi depresi dan gangguan kecemasan. Menurut Maifrisco (2008) aromaterapi merupakan suatu teknik terapi yang menggunakan minyak esensial atau sari minyak murni sebagai

media untuk mengatasi masalah kesehatan, sebagai penjaga mood dan perasaan, menjaga gairah, menyegarkan serta menenangkan jiwa dan membantu dalam proses penyembuhan. Penggunaan aromaterapi selalu dihubungkan dengan berbagai hal yang berkaitan dengan hal-hal menyenangkan sehingga membuat jiwa, tubuh dan pikiran merasa rileks dan bebas.

## **2. Tujuan**

Terapi relaksasi inhalasi aromatherapy citrus sebagai pendamping terapi farmakologi sebagai terapi penurunan kecemasan dan pereda nyeri baik pada pre maupun pada post operasi. Terapi relaksasi bukan sebagai pengganti obat-obatan tetapi diperlukan untuk menurunkan tingkat kecemasan dan dapat mempersingkat episode nyeri yang berlangsung beberapa menit atau detik (Liana, 2008).

## **3. Pelaksanaan**

Teknik ini dilakukan pada pasien pre operasi, pasien dalam keadaan sadar dan kooperatif saat akan dilakukan tindakan. Lakukan pengkajian tingkat kecemasan terlebih dahulu sebelum melakukan tindakan. Langkah prosedurnya adalah sebagai berikut:

- a.** Jelaskan tindakan dan tujuan dari tindakan yang akan dilakukan pada pasien serta menanyakan kesediaannya.
- b.** Posisikan pasien dengan berbaring lurus di tempat tidur, minta pasien untuk mengatur nafas dan merilekskan semua otot.

- c. Perawat duduk berada di samping pasien, relaksasi dimulai dengan menarik nafas dalam sambil menghirup aromaterapi citrus yang sudah ditetskan 2-3 tetes aromaterapi ke tisu / sapu tangan untuk merilekskan semua otot, sambil menutup mata.
- d. Klien menghirup aromaterapi pada tisu / sapu tangan sebanyak 3 kali pernafasan dan diulangi kembali 5 menit kemudian.
- e. Minta pasien untuk menghembuskan nafas secara perlahan dan teratur
- f. Anjurkan pasien menarik nafas kembali, hiruplah bersama perasaan tenang, damai, dan berpikirlah untuk mendapatkan kesembuhan.
- g. Minta pasien untuk menghembuskan napas, hembuskanlah secara perlahan sambil melepaskan perasaan dan masalah yang mengganggu pikiran
- h. Motivasi pasien untuk mempraktikkan kembali teknik relaksasi inhalasi aromaterapi citrus

**BAB III**

**LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA**

**BAB IV**

**ANALISA SITUASI**

**SILAHKAN KUNJUNGI**

**PERPUSTAKAAN**

**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH**

**KALIMANTAN TIMUR**

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Pada analisis praktik klinik keperawatan pada ketiga kasus pasien pre operasi dengan fraktur yang mengalami kecemasan di Instalasi Gawat Darurat RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda yang dilakukan oleh penulis didapatkan data subjektif dan data objektif yang mengarah masalah keperawatan yaitu nyeri, ansietas, hambatan mobilitas fisik. Dari ketiga masalah keperawatan yang ditemukan pada ketiga kasus tersebut memiliki prioritas yang berbeda-beda. Masalah keperawatan diurutkan sesuai dengan prioritas Maslow.

Pada ketiga kasus tersebut, permasalahan pada kasus I, II dan III adalah sama yaitu nyeri, ansietas, hambatan mobilitas fisik. Sesuai teori dari Doengoes (2000), bahwa permasalahan pasien pre operasi dengan kondisi fraktur akan muncul adalah masalah nyeri dan cemas. Maka peran perawat sangat perlu dalam mengurangi masalah tersebut. Salah satu masalah yang sering muncul pada pasien pre operasi adalah kecemasan. Hal ini harus segera diatasi, karena masalah kecemasan ini berdampak pada kegagalan operasi yang disebabkan meningkatnya tanda-tanda vital pasien, salah satunya adalah tekanan darah.

Menurut Stuart dan Laraia (2005) dalam Sumanto (2011), ansietas adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar, berkaitan dengan

perasaan tidak pasti dan tidak berdaya, keadaan emosi ini tidak memiliki obyek yang spesifik, dialami secara subjektif dan dikomunikasikan secara interpersonal, respon individu bersifat unik dan membutuhkan pendekatan yang unik pula.

Pada beberapa penelitian terdahulu telah membuktikan bahwa tehnik relaksasi dapat dijadikan pengobatan non farmakologi pada pasien, karena pada dasarnya manusia terdiri dari aspek biologi, psikologi, sosial dan spiritual, sehingga diharapkan para pemberi pelayanan kesehatan khususnya perawat dalam memberikan asuhan keperawatan secara terpadu dan menyeluruh untuk mendapatkan hasil yang maksimal. Terapi relaksasi inhalasi aromaterapi citrus juga merupakan tindakan mandiri perawat, sehingga diharapkan ketika perawat memberikan asuhan keperawatan kepada pasien tidak hanya melakukan tindakan kolaborasi.

## **B. Saran**

Pada analisis ini ada beberapa saran yang dapat disampaikan yang kiranya dapat bermanfaat dalam peningkatan pelayanan keperawatan terhadap pasien pre operasi dengan diagnosa fraktur dengan cemas sebagai berikut:

### **1. Teoritis**

#### **a. Penulis**

Pada penulisan ini, penulis dapat mengetahui pentingnya pemberian asuhan keperawatan secara komprehensif, mengingat manusia merupakan makhluk yang holistik yang

terdiri dari biologi, psikologi, sosial dan spiritual sehingga tidak hanya memberikan asuhan keperawatan berfokus pada satu sisi saja. Menerapkan manajemen cemas menggunakan terapi non farmakologi dengan terapi relaksasi inhalasi aromaterapi citrus dalam pemberian asuhan keperawatan.

b. Ilmu Pengetahuan

Diharapkan adanya lanjutan penulisan tentang analisis kasus pasien pre operasi fraktur dengan cemas yang dapat lebih mengembangkan intervensi inovasi yang lebih luas dan beragam dalam pemberian asuhan keperawatannya.

2. Praktis

a. Instansi Rumah Sakit

Berkaitan dengan pengelolaan pasien pre operasi fraktur secara non farmakologi diharapkan pihak RSUD Abdu Wahab Sjahranie Samarinda menerapkan tehnik terapi relaksasi inhalasi aromaterapi citrus dalam pemberian pelayanan asuhan keperawatan pada pasien untuk memaksimalkan penurunan cemas.

b. Institusi Pendidikan

Sebagai bahan masukan dalam proses belajar mengajar dan penulisan tentang analisis kasus pre operasi fraktur dengan penerapan intervensi inovasi tehnik terapi relaksasi inhalasi aromaterapi citrus dalam penurunan cemas.

c. Pasien



Dapat meningkatkan pengetahuan dan memiliki peran yang aktif dalam pengelolaan cemas, serta mengaplikasikan tehnik relaksasi inhalasi aromaterapi citrus sebagai terapi non farmakologi untuk menurunkan cemas.

## DAFTAR PUSTAKA

- Baradero, M.. (2008). *Keperawatan perioperatif*. Jakarta : EGC.
- Barbara, J.G (2008). *Perawatan Medikal Bedah I*. Bandung : Yayasan IKAPI
- Bare & Smeltzer. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Brunner & Suddart (Alih bahasa Agung Waluyo) Edisi 8 vol.3. Jakarta :EGC
- Bharkatiya M, Nema RK, Rathore KS, Panchawat S. (2008). *Aromatherapy: Short Overview International Journal of Green Pharmacy*, 2(1):13-16.
- Dewi. (2012). *Pengaruh Aromaterapi Inhalasi Terhadap Penurunan Tingkat Kecemasan Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisis Di RSUD Wangaya Denpasar*. Diakses dari : <http://ojs.unud.ac.id/index.php/coping/article/download/6124/4615>
- DS, A.I., et al, (2014). *Pengaruh Hipnoterapi Terhadap Penurunan Tingkat Kecemasan Pada Pasien Yang Menjalani Kemoterapi Di Rs Telogorejo Semarang*. Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan, vol 1, no 6 ; 1-10
- Fatmawati, D. (2016). *Pengaruh Relaksasi Progresif Dan Aromaterapi Lavender Terhadap Penurunan Kecemasan Pada Pasien Preoperasi Dengan Spinal Anestesi*. 03 Agustus 2016. <http://eprints.ums.ac.id/44898/>
- Gruendemann, B. J., & fernsebner, B. (2005). *Keperawatan perioperatif* vol 2 (alih bahasa: dr. Barahm U. Pendit). Jakarta:EG
- Hawari, Dadang. (2008). *Manajemen Stres Cemas Dan Depresi*. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia: Jakarta.
- \_\_\_\_\_ (2011). *Manajemen Stres Cemas Dan Depresi*. Jakarta: FKUI.
- James, J. Dkk. (2012). *Effectiveness of "Animated Cartoons" as a distraction strategy on behavioural response to pain perception among children undergoing venipuncture*. Nursing and Midwifery Research Journal.
- Kurniasari, R. (2016). *Pengaruh Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Penurunan Kecemasan Pada Pasien Pre Operasi Sectio*

Caesarea,  
diaksesdari[http://eprints.ums.ac.id/44712/17/NAKAH%20PUBLIKA  
SI%20REVISI%20PERPUS.pdf](http://eprints.ums.ac.id/44712/17/NAKAH%20PUBLIKA%20REVISI%20PERPUS.pdf)

Mansjoer, A, (2008), *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Sistem Muskuloskeletal*, Jakarta: EGC.

Mardiono, (2010). *Teknik distraksi*. Posted by Qittun on Wednesday, Oktober 29 th 2008. Diunduh pada tanggal 4 juli 2014

NANDA International. (2012). *Diagnosa Keperawatan Definisi Dan Klasifikasi*. Jakarta: EGC.

\_\_\_\_\_ (2015). *Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2015-2017*. Edisi 10 editor T Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru. Jakarta: EGC.

Ningsih, Lukman N. (2011). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Muskuloskeletal*. Jakarta: Salemba Medika

Nur Arif dan Kusuma. (2013). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Nanda NIC-NOC*. Edisi Revisi. Jilid 1 dan 2. Penerbit Buku Kedokteran EGC:Jakarta.

Price, (2005). *Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit* Edisi 6.Vol.2. Jakarta: EGC.

Ratih, A.N. (2012). *Hubungan Tingkat Kecemasan Terhadap Koping Siswa SMUN 16 Dalam Menghadapi Ujian Nasional*. Skripsi. Depok: Fakultas Ilmu Keperawatan UI

Safitri, (2015). *Aplikasi Pemberian Informasi Pra Bedah Terhadap Tingkat Kecemasan Pada Asuhan Keperawatan Tn. K Dengan Pra Bedah Hernia Inguinalis Dexra Di Ruang Bedah Kantil I RSUD Karanganyar*. STIKES Kusuma Husada Surakarta.

Stuart, G. W. (2007). *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Edisi 5. Jakarta : EGC.

Supriyantini, S,. (2010). *Perbedaan Kecemasan dalam Menghadapi Ujian Antara Siswa Program Reguler dengan Siswa Program Akselerasi*. Skripsi. Medan: Fakultas Psikologi Universitas Sumatera Utara.

Thomas, Et al. (2011). *Treatment and Rehabilitation of Fracture: Terapi dan Rehabilitasi Fraktur*. Terjemahan oleh Abertus Agung Mahode. Jakarta: EGC.

Wahid, Abdul. (2013). *Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal*. Trans Info Media: Jakarta.

Wilkinson, J. M. & Ahern, N. R. 2007. *Buku Saku Diagnosis Keperawatan: Diagnosis NANDA, Intervensi NIC, Kriteria hasil NOC; alih bahasa, Esti Widyaningsih; editor disisi bahasa Indonesia, Dwi Widiarti*. Edisi 9. Jakarta: EGC