

**L
A
M
P
I
R
A
N**

Lampiran 2. (TERAPI MUSIK)

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) TERAPI MUSIK	
Pengertian	Pemanfaatan kemampuan musik dan elemen musik oleh terapis kepada klien.
Tujuan	Memperbaiki kondisi fisik, emosional, mengurangi rasa Nyeri
Fase Orientasi	<ol style="list-style-type: none">1) Beri salam dan panggil klien dengan namanya2) Jelaskan tujuan, prosedur, dan lamanya tindakan pada klien/keluarga
Fase Kerja	<ol style="list-style-type: none">1) Berikan kesempatan klien bertanya sebelum kegiatan dilakukan2) Jaga privasi klien. Memulai kegiatan dengan cara yang baik3) Menetapkan perubahan pada perilaku dan/atau fisiologi yang diinginkan yaitu relaksasi dan mengurangi rasa sakit.4) Menetapkan ketertarikan klien terhadap musik.5) Identifikasi pilihan musik klien.6) Berdiskusi dengan klien dengan tujuan berbagi pengalaman dalam musik.7) Pilih pilihan musik yang mewakili pilihan musik klien8) Bantu klien untuk memilih posisi yang nyaman9) Batasi stimulasi eksternal seperti cahaya, suara, pengunjung, panggilan telepon selama mendengarkan musik.10) Pastikan tape musik/CD/ handphone dan perlengkapan dalam kondisi baik.11) Dukung dengan headphone dan earphone/ head set jika diperlukan.12) Memberi KIE terapi Musik akan diberikan selama 15 menit setelah itu musik akan dihentikan13) Atur volume musik agar nyaman untuk pasien

	14) Berikan Terapi musik selama 15 menit
Fase Terminasi	1) Evaluasi hasil kegiatan (kenyamanan klien) 2) Evaluasi vital sign dan skala nyeri pasien 3) Merapikan alat dan pasien 4) Mencuci tangan.
Dokumentasi	Catat hasil kegiatan di dalam catatan keperawatan

Lampiran 2

Penilaian Tingkat Nyeri Pada Pasien Post Op Fraktur

SKALA NYERI SEBELUM INTERVENSI DI LAKUKAN:

Petunjuk : Pada skala ini diisi oleh penelitian setelah responden menunjukkan angka berapa nyeri yang di rasakan dengan menggunakan skala nyeri Numerik Rating Scale (0-10) yaitu:

1. 0: Tidak Nyeri
2. 1-3 : Nyeri ringan
3. 4-6 : Nyeri sedang
4. 7-10 : Nyeri berat

Tanyakan kepada responden pada angka berapa nyeri yang dirasakannya dengan menunjukkan posisi garis yang sesuai untuk menggambarkan nyeri yang dirasakan oleh responden sebelum intervensi dilakukan dengan membuat tanda

(X) pada skala yang telah disediakan



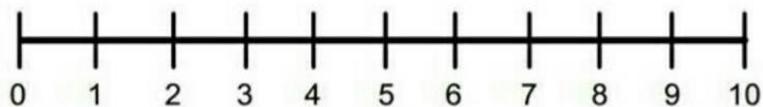
SKALA NYERI SETELAH INTERVENSI DILAKUKAN:

Petunjuk : Pada skala ini diisi oleh peneliti setelah responden menunjukkan angka berapa nyeri yang dirasakan dengan menggunakan skala nyeri Neumerik Rating Scale (0-10) yaitu:

1. 0 : Tidak nyeri
2. 1-3 : Nyeri ringan
3. 4-6 :Nyeri sedang
4. 7-10 : Nyeri berat

Tanyakan kepada responden pada angka berapa nyeri yang dirasakannya dengan menunjukkan posisi garis yang sesuai untuk menggambarkan nyeri yang di rasakan oleh responden sebelum intervensi dilakukan dengan membuat tanda

(X) pada skala yang telah disediakan.



Lampiran 3.

KUISIONER PENELITIAN TERAPI MUSIK

Tanggal Pengisian Kuisisioner :

A. Identitas Responden

1. Nama :
2. Umur :
3. Jenis kelamin :
4. Pendidikan terakhir :
5. Pekerjaan :

B. Petunjuk Pengisian kuisisioner :

1. Bacalah dengan teliti setiap pernyataan. Kemudian jawablah pertanyaan sesuai dengan keadaan anda yang sesungguhnya. Apabila terdapat pernyataan yang tidak di mengerti dapat menanyakannya kepada pihak yang memberikan kuisisioner.
2. Berikana jawaban dari pertanyaan/pernyataan di bawah ini dengan menggunakan tanda centang (√) di kolom jawaban . Setiap pernyataan harus di jawab tanpa terkecuali sesuai dengan keadaan anda.
3. Kriteria :
 - a. SS : Sangat setuju (Nilai 3)
 - b. S : Setuju (Nilai 2)
 - c. TS : Tidak setuju (Nilai 1)
 - d. STS : Sangat tidak setuju (Nilai 0)

Lampiran 4.

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Kepada

Tth.Saaudara(i) Responden

Di Tempat

Sehubung dengan penyelesaian tugas akhir di Program studi D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kendari, maka saya:

Nama : Abdul jamal

Nim : P00320020047

Sebagai mahasiswa Poltekkes Kemenkes Kendari Program Studi D-III Keperawatan, akan melakukan penelitian dengan judul “GAMBARAN PENERAPAN PEMBERIAN TERAPI MUSIK RELIGI TERHADAP PENURUNAN TINGKAT NYERI PADA PASIEN POST OP FRAKTUR DI RSUD KOTA KENDARI”.

Untuk keperluan tersebut saya mengharapkan kesediaan Bapak/Ibu untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Partipasi Bapak/Ibu dalam penelitian ini bersifat sukarela, sehingga Bapak/Ibu bebas menjadi responden penelitian atau menolak tanpa ada saksi apapun. Identitas Bapak/Ibu dan semua informasi yang diberikan akan dirahasiakan dan hanya digunakan untuk keperluan penelitian.

Jika Bapak/Ibu bersedia menjadi responden penelitian ini, maka silahkan Bapak/Ibu menandatangani formulir persetujuan ini. Atas ketersediaan Bapak/Ibu, saya ucapkan terima kasih.

Kendari, 2023

Tanda Tangan

Responden

FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN

Tanggal pengkajian : 13 Juni 2023..... No. Register: 456321

Diagnosa medis : Post op Fraktur

I. Biodata

A. Identitas Klien

1. Nama Lengkap : Ny. N
2. Jenis Kelamin : Perempuan
3. Umur/Tanggal Lahir : 27 tahun / 12 Desember 1995
4. Status perkawinan : Menikah
5. Agama : Islam
6. Suku Bangsa : muna
7. Pendidikan : S1
8. Pekerjaan : Wiraswasta
9. Pendapatan : -
10. Tanggal MRS : 12 juni 2023

B. Identitas Penanggung

1. Nama Lengkap : Ny.S
2. Jenis kelamin : Perempuan
3. Pekerjaan : wiraswasta
4. Hubungan dengan klien : Saudara
5. Alamat : Muna

II. Riwayat Kesehatan

A. Keluhan Utama : Klien mengatakan nyeri kaki bagian kiri seperti ditusuk karena adanya bekas operasi

B. Riwayat keluhan

1. Penyebab/faktor pencetus : durasakan nyeri pada bagian kaki yang dioperasi karena sering di gerakan
2. Sifat keluhan : seperti tertusuk-tusuk
3. Lokasi dan penyebarannya : kaki sebelah kiri

4. Skala keluhan : Skala nyeri 6 (sedang)
5. Hal-hal yang meringankan/memperberat : jika berbaring lurus/banyak gerakan berlebihan

III. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

- a. Apakah menderita penyakit yang sama : iya
- b. Bila pernah dirawat di RS, sakit apa : belum pernah dirawat
- c. Pernah mengalami pembedahan : ya/ tidak, penyakit: -
- d. Riwayat alergi : ya/tidak, terhadap zat/ obat/ minuman/ makanan : -
- e. Kebiasaan/ketergantungan terhadap zat:
 1. Merokok (berapa batang sehari) : -
 2. Minum alkohol : -
 3. Minum kopi : -
 4. Minum obat-obatan : -

IV. Riwayat Keluarga/ Genogram (diagram 3 generasi)

- a. Buat genogram 3 generasi (lembaran sendiri)
- b. Riwayat kesehatan anggota keluarga
 1. Apakah ada anggota keluarga yang menderita penyakit serupa: tidak ada
 2. Apakah ada keluarga yang mempunyai penyakit menular atau menurun : tidak ada

V. Pemeriksaan Fisik

- A. Tanda-tanda vital
 1. Tekanan darah : 120/80mmHg
 2. Pernapasan : 20 kali / menit,
 3. Nadi : 95 kali / menit
 4. Suhu badan : 36,0C
- B. Berat badan dan tinggi badan
 1. Berat badan : 60 Kg

2. Tinggi badan : 168 Cm

3. IMT : 21,c

C. Kepala :

1. Bentuk kepala : Simetris

2. Keadaan kulit kepala: Kulit kepala nampak bersih

3. Nyeri kepala / pusing: tidak ada nyeri

4. Distribusi rambut: bersih

5. Rambut mudah tercabut : tidak mudah tercabut

6. Alopesia : tidak

7. Lain-lain : tidak ada

D. Mata

1. Kesimetrisan : simetris

2. Edema kelopak mata : tidak ada edema

3. Ptosia : tidak terdapat ptosis

4. Sklera : normal, tidak dapat ikterus

5. Konjungtiva : normal, tidak anemis

6. Ukuran pupil : normal

7. Ketajaman penglihatan : baik

8. Pergerakan bola mata : baik

9. Lapang pandang : baik

10. Diplopia : normal

11. Photobia : normal

12. Nistagmus : normal

13. Reflex kornea : cepat

14. Nyeri : tidak ada nyeri

15. Lain – lain : tidak ada

E. Telinga

1. Kesimetrisan : simetris

2. Sekret : tidak ada

3. Serumen : tidak ada

4. Ketajaman pendengaran : baik

5. Tinnitus : normal

6. Nyeri : tidak ada nyeri
7. Lain – lain : tidak ada

F. Hidung

1. Kesimetrisan : simetris
2. Perdarahan : tidak ada
3. Sekresi : tidak ada
4. Fungsi penciuman : baik
5. Nyeri : tidak ada
6. Lain – lain : tidak ada

G. Mulut

1. Fungsi berbicara : baik
2. Kelembaban bibir : sedikit kering
3. Posisi uvula : normal
4. Mukosa : tidak terdapat mukosa
5. Keadaan tonsil : normal
6. Stomatitis : tidak ada
7. Warna lidah : merah muda
8. Tremor pada lidah : tidak ada
9. Kebersihan lidah : bersih
10. Bau mulut : tidak berbau
11. Kelengkapan gigi : lengkap
12. Kebersihan gigi : bersih
13. Karies : tidak ada
14. Suara parau : tidak ada
15. Kesulitan menelan : tidak ada
16. Nyeri menelan : tidak ada
17. Kemampuan mengunyah : baik
18. Fungsi mengecap : baik
19. Lain – lain : tidak ada

H. Leher

1. Mobilitas leher : baik
2. Pembesaran kel. Tiroid : tidak terdapat pembesaran
3. Pembesaran kel. limfe : tidak terdapat pembesaran
4. Pelebaran vena jugularis : tidak terdapat pelebaran
5. Trakhaea : normal
6. Lain-lain : tidak ada

I. Thoraks

Paru – paru

1. Bentuk dada : simetris kanan dan kiri
2. Pengembangan dada : simetris
3. Retraksi dinding dada : tidak terdapat retraksi
4. Tanda jejas : tidak ada
5. Taktil fremitus : normal
6. Massa : tidak terdapat massa
7. Dispnea : tidak
8. Ortopnea : tidak
9. Perkusi thoraks : sonor
10. Suara nafas : vesikuler
11. Bunyi nafas tambahan : tidak ada
12. Nyeri dada : tidak ada
13. Lain-lain : tidak ada

J. Jantung

1. Iktus kordis : normal
2. Ukuran jantung : normal
3. Nyeri dada : tidak ada nyeri
4. Palpitasi : tidak terdapat palpitasi
5. Bunyi jantung : terdengar s1 dan s2
6. Lain-lain : tidak ada

K. Abdomen

1. Warna kulit : sawo matang
2. Distensi abdomen : terdapat distensi abdomen
3. Ostomy : tidak ada
4. Tanda jejas : tidak ada
5. Peristaltik : 32 kali/menit
6. Perkusi abdomen : hipertimpani
7. Massa : tidak ada
8. Nyeri tekan : tidak ada nyeri tekan
9. Lain - lain :

M. Pengkajian sistem saraf

1. Tingkat kesadaran : Compos mentis
2. Koordinasi : baik
3. Memori : baik
4. Orientasi : baik
5. Konfusi : tidak terdapat konfusi
6. Keseimbangan : baik
7. Kelumpuhan : tidak ada
8. Gangguan sensasi : tidak ada
9. Kejang-kejang : tidak ada
10. Lain – lain : tidak ada
11. Reflex :
 - a. Refleks tendon
 1. Biceps : positif
 2. Trisep : positif
 3. Lutut : positif
 4. Achiles : positif
 - b. Refleks patologis

Babinski : negatif
Lain - lain : tidak ada
 - c. Tanda meningeal :
 1. Kaku kuduk/kernig sign: negatif

2. Brudzinski I : negatif
3. Brubzinski II : negatif
4. Lain - lain : tidak ada

N. Ekstremitas

1. Warna kulit : sawo matang
2. Purpura / ekimosis : tidak ada
3. Atropi : tidak ada
4. Hipertropi : tidak ada
5. Lesi : tidak ada
6. Pigmentasi : tidak ada
7. Luka : tidak ada
8. Deformitas sendi : tidak ada
9. Deformitas tulang : tidak ada
10. Tremor : tidak ada
11. Varises : tidak ada
12. Edema : tidak terdapat edema
13. Turgor kulit : normal
14. Kelembaban kulit : baik
15. Capillary Tefilling Time (CRT) : normal, kembali <3 detik
16. Pergerakan : baik
17. Kekakuan sendi : tidak ada kekakuan sendi
18. Kekuatan otot : baik
19. Tonus otot : baik
20. Kekuatan sendi : baik
21. Nyeri : tidak ada nyeri
22. Diaphoresis : tidak ada
23. Lain – lain : tidak ada

VI. Pengkajian Kebutuhan Dasar

a. Kebutuhan oksigenasi

1. Batuk : Tidak produktif
2. Kemampuan mengeluarkan sputum : Tidak ada sputum
3. Karakteristik sputum : Tidak ada
4. Dispnea : Tidak ada sesak
5. Ortopnea : Tidak terdapat ortopnea
6. Otot bantu pernafasan : Tidak menggunakan otot bantu
7. Sianosis : Tidak ada sianosis

b. Kebutuhan Nutrisi

Keterangan	Sebelum sakit	Setelah sakit
Frekuensi makan sehari	3x sehari	3x sehari
Waktu makan	Pagi,siang,malam	Pagi,siang,malam
Porsi makan yang habiskan	Porsi yang dihabiskan 1 piring	Tidak cukup 1 piring
<u>Penggunaan alat bantu makan</u>	Tidak menggunakan alat bantu	Klien tidak menggunakan alat bantu
Makanan pantang/ yang tidak disukai	Klien mengatakan tidak ada	Klien mengatakan tidak ada
Makanan yang disukai	Klien mengatakan nasi, sayur, ikan bakar	Nasi, sayur, ikan
<u>Pembatasan makanan</u>	Klien mengatakan tidak ada	Klien mengatakan tidak ada
Jenis makanan yang dibatasi	Klien mengatakan tidak ada	Klien mengatakan tidak ada
<u>Konsumsi makanan berserat : jenis dan jumlah</u>	Klien sering mengonsumsi sayuran	Klien mengatakan mengonsumsi sayuran dan buah-buahan
<u>Nafsu makan</u>	Klien mengatakan nafsu makan baik	Nafsu makan menurun
<u>Mual</u>	Klien mengatakan tidak merasa mual	Klien mengatakan tidak merasa mual
<u>Hipersalivasi</u>	Tidak ada	Tidak ada
<u>Sensasi asam pada mulut</u>	Klien mengatakan tidak ada	Klien mengatakan tidak ada
<u>Muntah</u>	Klien mengatakan tidak muntah	Klien mengatakan tidak muntah

<u>Perasaan cepat kenyang setelah makan</u>	Klien mengatakan tidak	Klien mengatakan tidak
<u>Perasaan kembung</u>	Klien mengatakan tidak	Klien mengatakan tidak
<u>Lain – lain</u>		

c. Kebutuhan Cairan dan Elektrolit

Keterangan	Sebelum sakit	Setelah sakit
Frekuensi minum sehari	Klien mengatakan 7 gelas	Klien mengatakan 5 gelas
Jumlah minum yang dikonsumsi setiap hari	Klien mengatakan minum air putih	Klien mengatakan air putih
Jenis minuman yang tidak disukai	Klien mengatakan minuman bersoda	Klien mengatakan tidak ada
Jenis minuman yang disukai	Klien mengatakan minuman yang manis	Klien mengatakan tidak ada
<u>Perasaan haus</u>	Klien mengatakan tidak ada	Klien mengatakan sering
<u>Kelemahan</u>	Klien mengatakan tidak merasa lemah	Klien mengatakan merasa lemah
<u>Program pembatasan cairan</u>	Klien mengatakan tidak ada	Klien mengatakan tidak ada
<u>Lain – lain</u>		

d. Kebutuhan Eliminasi

Buang Air Kecil (BAK)

Keterangan	Sebelum sakit	Setelah sakit
Frekwensi BAK	Klien mengatakan 3-4 kali sehari	Klien mengatakan 1-2 kali sehari
Pancaran	Klien mengatakan baik	Klien mengatakan baik
Jumlah	-	-
Warna	kekuningan	Kekuningan
Disuria		
Nokturia		
Perasaan penuh pada kandung kemih	Klien mengatakan tidak	Klien mengatakan tidak
Perasaan setelah BAK	Baik	Baik
Kesulitan memulai berkemih	Klien mengatakan tidak ada	Klien mengatakan tidak ada
Dorongan berkemih	Klien mengatakan tidak	Klien mengatakan tidak
Inkontinensia urine	Tidak	Tidak
Total produksi urine		
<u>Lain – lain</u>		

Buang Air Besar (BAB)

Keterangan	Sebelum sakit	Setelah sakit
Frekwensi	2 kali sehari	1 kali sehari
Konsistensi	Klien mengatakan padat	Klien mengatakan padat
Bau	Khas	Khas
Warna	Coklat kekuningan	Coklat kekuningan
Flatulans	-	-
Nyeri saat defekasi	Klien mengatakan tidak ada	Klien mengatakan tidak ada
Sensasi penuh pada rektal	Klien mengatakan tidak	Klien mengatakan tidak
Dorongan kuat untuk defekasi	Klien mengatakan tidak	Klien mengatakan tidak
Kemampuan menahan defekasi	Klien mengatakan tidak	Klien mengatakan tidak
Mengejan yang kuat saat defekasi	Klien mengatakan tidak	Klien mengatakan tidak
Lain – lain		

e. Kebutuhan Istrahat dan tidur

Keterangan	Sebelum sakit	Setelah sakit
Jumlah jam tidur siang	3 jam	1 jam
Jumlah jam tidur malam	5 jam	3 jam
Kebiasaan konsumsi obat tidur/stimulant/penenang	Klien mengatakan tidak ada	Klien mengatakan tidak ada
Kegiatan pengantar tidur	Klien mengatakan tidak ada	Klien mengatakan tidak ada
Perasaan waktu bangun tidur	Baik	Klien mengatakan merasa lemas
Kesulitan memulai tidur	Klien mengatakan tidak ada	Klien mengatakan sulit mulai tidur karena nyeri perut yang dirasakan
Mudah terbagun	Klien mengatakan tidak	Klien mengatakan iya
Penyebab gangguan tidur	Klien mengatakan tidak ada	Klien mengatakan penyebabnya karena nyeri perut yang dirasakan
Perasaan mengantuk	Klien mengatakan sering	Klien mengatakan mengantuk
Lain – lain		

f. Kebutuhan Aktivitas

Keterangan	Sebelum sakit	Setelah sakit
Kegiatan rutin	Klien mengatakan sering kerja di kebun	Klien mengatakan tidak ada
Waktu senggang	Sore hari	Pagi hari
Kemampuan berjalan	Klien mengatakan mampu	Klien mengatakan tidak banyak jalan dan lebih sering duduk diatas tempat tidur
Kemampuan merubah posisi saat berbaring	Klien mengatakan mampu	Klien mampu merubah posisi saat berbaring
Kemampuan berubah posisi : berbaring ke duduk	Klien mengatakan mampu	Klien mengatakan mampu
Kemampuan mempertahankan posisi duduk	Klien mengatakan mampu	Klien mengatakan mampu
Kemampuan berubah posisi : duduk ke berdiri	Klien mengatakan mampu	Klien mengatakan mampu
Kemampuan mempertahankan posisi berdiri	Klien mengatakan mampu	Klien mengatakan mampu
Kemampuan berjalan	Klien mengatakan mampu	Klien mengatakan mampu
Penggunaan alat bantu dalam pergerakan	Klien mengatakan tidak menggunakan alat bantu	Klien mengatakan tidak menggunakan
Dispnea setelah beraktivitas	Tidak ada	Tidak ada
Ketidaknyamanan setelah beraktivitas	Tidak ada	Klien mengatakan biasa cepat lelah
Pergerakan lambat	Tidak ada	Tidak ada

g. Kebutuhan Perawatan Diri

1. Mandi

Keterangan	Sebelum sakit	Setelah sakit
Motivasi dalam perawatan diri mandi, mencuci rambut dan kebersihan kuku	Klien mengatakan ada motivasi mandi	Klien mengatakan ada motivasi untuk perawatan diri
Frekwensi mandi	2 kali sehari	1 kali sehari
Kebersihan kulit	Bersih	Klien nampak bersih

Frekwensi mencuci rambut	2 kali seminggu	Selama di RS belum pernah
Kebersihan rambut	Klien mengatakan bersih	Nampak bersih
Frekwensi memotong kuku	1 kali perminggu	Tidak
Kebersihan kuku	Bersih	Nampak bersih
Kemampuan mengakses kamar mandi	Klien mengatakan mampu	Nampak dibantu
Kemampuan mengambil perlengkapan mandi	Klien mengatakan mampu	Nampak dibantu
Kemampuan membasuh tubuh saat mandi	Klien mengatakan mampu	Klien mengatakan mampu
Kemampuan mengeringkan tubuh saat mandi	Klien mengatakan mampu	Klien mengatakan mampu

2. Berpakaian

Keterangan	Sebelum sakit	Setelah sakit
Motivasi dalam perawatan diri mengganti pakaian	Klien mengatakan ada motivasi	Klien mengatakan dibantu
Kebersihan pakaian	Klien mengatakan bersih	Nampak bersih
Frekwensi mengganti pakaian	2 kali sehari	1 kali sehari
Kemampuan memilih dan mengambil pakaian	Klien mengatakan mampu	Nampak dibantu
Kemampuan mengenakan pakaian pada bagian tubuh atas	Klien mengatakan mampu	Dibantu
Kemampuan mengenakan pakaian pada bagian tubuh bawah	Klien mengatakan mampu	Dibantu
Kemampuan melepaskan pakaian pada bagian tubuh atas	Klien mengatakan mampu	Dibantu
Kemampuan melepaskan pakaian pada bagian tubuh bawah	Klien mengatakan mampu	Dibantu
Kemampuan mengancing atau	Klien mengatakan mampu	Dibantu

menggunakan resleting		
Lain – lain		

3. Makan

Keterangan	Sebelum sakit	Setelah sakit
Motivasi dalam perawatan diri makan	Klien mengatakan ada motivasi	Klien mengatakan biasa kurang nafsu makan
Kemampuan memasukkan makanan ke mulut	Klien mengatakan mampu	Klien mengatakan mampu
Kemampuan mengunyah	Klien mengatakan mampu	Klien mengatakan mampu
Kemampuan memegang peralatan makan	Klien mengatakan mampu	Klien mengatakan mampu
Lain – lain		

4. Eliminasi

Keterangan	Sebelum sakit	Setelah sakit
Motivasi dalam perawatan diri eliminasi BAK dan BAB	Klien mengatakan ada motivasi	Dibantu
Kemampuan memanipulasi pakaian untuk eliminasi	Klien mengatakan mampu	Klien mengatakan mampu
Kemampuan mencapai toilet	Klien mengatakan mampu	Dibantu
Kemampuan naik ke toilet	Klien mengatakan mampu	Klien mengatakan mampu
Kemampuan menyiram toilet	Klien mengatakan mampu	Klien mengatakan mampu
Lain – lain		

h. Kebutuhan Keamanan

1. Riwayat paparan terhadap kontaminan : Tidak ada
2. Riwayat perdarahan : Tidak ada
3. Riwayat pemeriksaan dengan media kontras : Tidak ada
4. Pemasangan kateter IV dalam waktu lama : Tidak ada
5. Penggunaan larutan IV yang mengiritasi : Tidak
6. Penggunaan larutan IV dengan aliran yang cepat : Tidak
7. Pemasangan kateter urine dalam waktu lama : Tidak ada

- 8. Imobilisasi : baik
- 9. Luka pada kulit / jaringan : tidak ada
- 10. Benda asing pada luka : Tidak ada
- 11. Riwayat jatuh : Tidak ada
- 12. Penyebab jatuh : Tidak ada
- 13. Kelemahan umum : Tidak ada
- 14. Lain – lain : Tidak ada

i. Kebutuhan Kenyamanan :

- a. Keluhan nyeri : ada nyeri lokasi : perut tengah bagian atas
- b. Pencetus nyeri : terlambat makan
- c. Upaya yang meringankan nyeri : ketika tidur
- d. Karakteristik nyeri : seperti melilit
- e. Intensitas nyeri : hilang timbul
- f. Durasi nyeri : 20-30 menit
- g. Dampak nyeri terhadap aktivitas : aktivitas terhambat
- h. Lain – lain : tidak ada

j. Kebutuhan Psikososial

- 1. Persepsi terhadap penyakit : Klien mengatakan ingin cepat sembuh
- 2. Harapan klien terhadap kesehatannya : klien ingin cepat sembuh
- 3. Pengaruh penyakit terhadap pekerjaan : Terhambat
- 4. Pola interaksi dengan orang terdekat : Baik
- 5. Sejauh mana keterlibatan orang terdekat bila klien menghadapi masalah : Sangat dekat
- 6. Pola pemecahan klien yang digunakan bila mempunyai masalah : Tidak ada
- 7. Hubungan dengan orang lain : Baik
- 8. Hubungan klien dengan tenaga kesehatan/keperawatan selama dirawat : Baik
- 9. Organisasi kemasyarakatan yang di ikuti: Tidak ada, sebagai apa: -
- 10. Lain – lain :-

k. Kebutuhan Spiritual :

1. Kemampuan menjalankan ibadah :Mampu
2. Hambatan mengikuti ritual keagamaan : Tidak ada
3. Perasaan yang dialami terkait aktivitas keagamaan : Baik
4. Lain – lain : -

VII. Pemeriksaan penunjang

a. Laboratorium

Nama pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
Hematologi			
Darah Rutin			
WBC	7.8	4.0-10.0	10 ³ /uL
Neutrofil#	4.07	1.1-7	10 ³ /uL
Limfosit#	2.42	0.7-5.1	10 ³ /uL
Monosit#	0.72	0.00-0.90	10 ³ /uL
Eosinofil#	0.57	0.00-0.90	10 ³ /uL
Basofil#	0.06	0-0.2	10 ³ /uL
Neutrofil%	51.9	50-70	%
Limfosit%	30.8	20-40	%
Monosit%	9.2	3-8	%
Eosinofil%	7.3	0.5-5	%
Basofil%	0.8	0-1	%
RBC	4.85	4.7-6.1	10 ⁶ /uL
HB	14.0	12-16	g/dL
HCT	42.4	37-48	%
MCV	87	81-99	fL
MCH	28.8	27-31	Pg
MCHC	33.0	33-37	g/dL
RDW-CV	13.8	11.5-14.5	%
RDW-SD	43	35-47	fL
PLT	290	150-450	10 ³ /uL
MPV	7.9	7.2-11.1	fL
PDW	12.0	9-13.0	%
PCT	0.230	0.15-0.4	%

VIII. Tindakan medik/pengobatan

Tindakan medik/pengobatan selama Ny.H dirawat di ruang Lavender mulai tanggal 9 Juni 2023, terapi yang digunakan untuk pengobatan yaitu :

- 1.IUFD RL 20 tpm
- 2.Inj. Omeprazole 1 Spam /12 jam/ iv
- 3.Inj. Metoclopramide 1 amp/ 8jam
- 4.Inj. Dipenhidramin 1 amp / 8 jam
- 5.Sucralfat sirup 3x4
- 6.Inj. Ketorolac 1 Amp / 8 jam
- 7.USG



PEMERINTAH KOTA KENDARI
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA KENDARI

Jl. Brigjend Z.A. Sugianto No.39 Kendari

Email: rsudkotakendari39@gmail.com

SURAT PENGANTAR PENELITIAN

Kepada Yth.

Kepala Ruang Rawat

Di

Tempat

Yang bertandatangan dibawah ini menerangkan bahwa,

Nama : ABDUL JAMAL

NIM : P00320020047

Jurusan/ Prodi : Keperawatan / DIII

Institusi : Poltekes Kaumkes Kendari

Judul penelitian : Gambaran Penerapan Pemberian Terapi Musik Religi
Terdapat Penurunan Tingkat Nyeri Pada Pasien Post OP. Fraktur
Di RSUD Kota Kendari

Telah memenuhi prosedur/persyaratan untuk melaksanakan penelitian di RSUD Kota Kendari.

Demikian surat pengantar ini diberikan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kendari, 07/06/.....2023

An. Direktur
Kasubag Kepegawaian dan Diklat



Rachmawati A, SKM
NIP 19841111 201001 2 033



PEMERINTAH KOTA KENDARI
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA KENDARI

Jl. Brigjend Z.A. Sugianto No.39 Kendari
Email: rsudkotakendari39@gmail.com

SURAT KETERANGAN PENELITIAN

Nomor : 070/ 397 / 2023

Yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa :

Nama : Abdul Jamal
NIM : P00320020047
Jurusan/Prodi : DIII Keperawatan
Institusi : Poltekkes Kemenkes Kendari

Nama tersebut di atas benar-benar telah melakukan penelitian dengan judul ” **GAMBARAN PENERAPAN PEMBERIAN TERAPI MUSIK RELIGI TERHADAP PENURUNAN TINGKAT NYERI PADA PASIEN POST OP. FRAKTUR DI RSUD KOTA KENDARI**” sejak tanggal **07 Juni s/d 13 Juni 2023**.

Demikian surat keterangan penelitian ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kendari, 16 Juni 2023

An. Direktur,
Kepala Subbagian Kepegawaian
dan Diklat



Rachmayati A, SKM

NPI 994.111.201001.2.033



PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI TENGGARA
BADAN RISET DAN INOVASI DAERAH

Jl. Mayjend S. Parman No. 03 Kendari 93121

Website : <https://brida.sultra prov.go.id> Email: bridaprovsultra@gmail.com

Kendari, 13 Juni 2023

K e p a d a

Nomor : 070/ 2702 / VI /2023
Sifat : -
Lampiran : -
Perihal : IZIN PENELITIAN.

Yth. Direktur RSUD Kota Kendari
Di -
KENDARI

Berdasarkan Surat Direktur Poltekkes Kendari Nomor : PP.08.02/1/2143/2023 tanggal, 12 Juni 2023 perihal tersebut diatas, Mahasiswa dibawah ini :

Nama : ABDUL JAMAL
NIM : P00320020047
Prog. Studi : D-III Keperawatan
Pekerjaan : Mahasiswa
Lokasi Penelitian : RSUD Kota Kendari

Bermaksud untuk Melakukan Penelitian/Pengambilan Data di Daerah/Sesuai Lokasi diatas, dalam rangka penyusunan KTI/Skripsi/Tesis/Disertasi, dengan judul :

**"GAMBARAN PENERAPAN PEMBERIAN TERAPI MUSIK RELIGI TERHADAP
PENURUNAN TINGKAT NYERI PADA PASIEN POST OP. FRAKTUR
DI RSUD KOTA KENDARI".**

Yang akan dilaksanakan dari tanggal : 13 Juni 2023 sampai selesai.

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, pada prinsipnya kami menyetujui kegiatan dimaksud dengan ketentuan :

1. Senantiasa menjaga keamanan dan ketertiban serta mentaati perundang-undangan yang berlaku.
2. Tidak mengadakan kegiatan lain yang bertentangan dengan rencana semula.
3. Dalam setiap kegiatan dilapangan agar pihak Peneliti senantiasa koordinasi dengan Pemerintah setempat.
4. Wajib menghormati adat Istiadat yang berlaku di daerah setempat.
5. Menyerahkan 1 (satu) examplar copy hasil penelitian kepada Gubernur Sulawesi Tenggara Cq. Kepala Badan Riset dan Inovasi Daerah Provinsi Sulawesi Tenggara.
6. Surat izin akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata pemegang surat izin ini tidak mentaati ketentuan tersebut diatas.

Demikian surat Izin Penelitian diberikan untuk digunakan sebagaimana mestinya.

an. GUBERNUR SULAWESI TENGGARA
Pih. KEPALA BADAN RISET & INOVASI DAERAH
PROV. SULAWESI TENGGARA



GUNAWAN ALIASA STP., MM.

Pembina Tek. Gol. IV/b

NIP. 19660809 200312 1 002

T e m b u s a n :

1. Gubernur Sulawesi Tenggara (sebagai laporan) di Kendari;
2. Walikota Kendari di Kendari;
3. Direktur Poltekkes Kemenkes Kendari di Kendari;
4. Ketua Prodi D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kendari di Kendari;
5. Kepala Dinas Kesehatan Kota Kendari di Kendari;
6. Mahasiswa yang bersangkutan.



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KENDARI**

Jl. Jend. A.H. Nasution. No. G.14 Anduonohu, Kota Kendari
Telp. (0401) 3190492; Fax. (0401) 3193339; e-mail: direktorat@poltekkeskendari.ac.id



12 Juni 2023

Nomor : PP.08.02/2/2143/2023
Sifat : BIASA
Lampiran : Satu Eksemplar
Hal : Permohonan Izin Penelitian

Yang Terhormat,
Kepala Badan Riset dan Inovasi Daerah Provinsi Sulawesi Tenggara
di-
Kendari

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian mahasiswa
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kendari:

Nama : Abdul Jamal
NIM : P00320020047
Program Studi : D-III Keperawatan
Judul Penelitian : Gambaran Penerapan Pemberian Terapi Musik Religi
terhadap Penurunan Tingkat Nyeri pada Pasien *Post Op. Fraktur* di RSUD Kota Kendari.
Lokasi Penelitian : RSUD Kota Kendari.

Mohon kiranya dapat diberikan izin penelitian oleh Badan Riset dan
Inovasi Daerah Provinsi Sulawesi Tenggara.

Demikian penyampaian kami, atas perhatian dan kerjasamanya
diucapkan terima kasih.

Plh. Direktur Poltekkes Kemenkes Kendari,



Dr. La Banudi, SST, M.Kes
NIP. 197112311992031009



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI

Jl. Jend. Nasution No. G.14 Anduonohu, Kota Kendari 93232
Telp. (0401) 390492. Fax (0401) 393339 e-mail: poltekkeskendari@yahoo.com



SURAT KETERANGAN BEBAS PUSTAKA

NO: KM.06.02/1/129/2023

Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala Unit Perpustakaan Terpadu Politeknik Kesehatan Kendari, menerangkan bahwa :

Nama : Abdul Jamal
NIM : P00320020047
Tempat Tgl. Lahir : Ulunambo, 01 Januari 2002
Jurusan : D-III Keperawatan
Alamat : Poasia

Dengan ini Menerangkan bahwa mahasiswa tersebut bebas dari peminjaman buku maupun administrasi lainnya.

Demikian surat keterangan ini diberikan untuk digunakan sebagai syarat untuk mengikuti ujian akhir pada Tahun 2023.

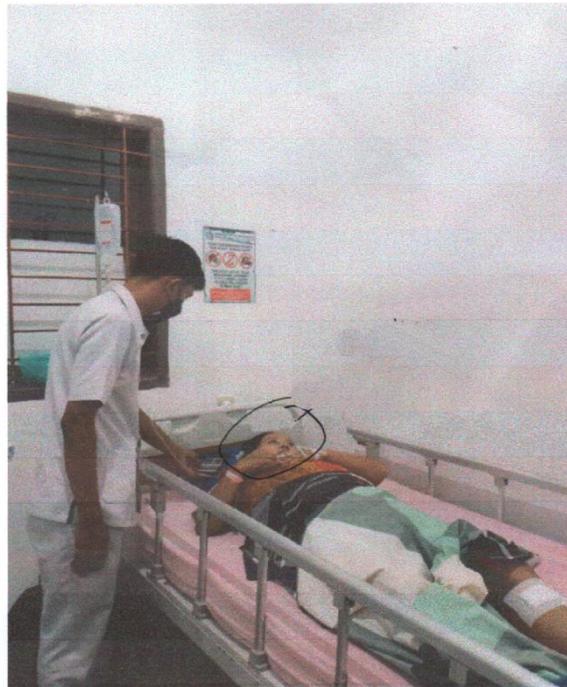
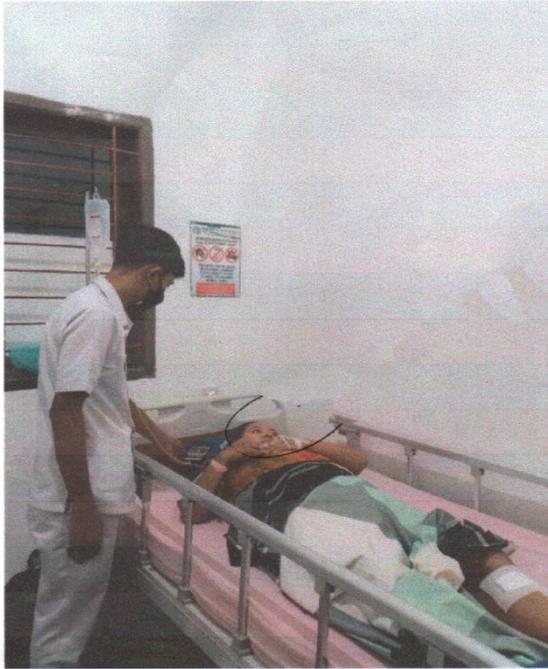
Kendari, 19 Juni 2023

Kepala Unit Perpustakaan
Politeknik Kesehatan Kendari


Irmayanti Tahir, S.I.K

NIP. 197509141999032001

Hari Kedua



Hari Ketiga

