

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN FRAKTUR TIBIA 1/3
PROXIMAL DEXTRA POST ORIF DENGAN DIAGNOSA
KEPERAWATAN NYERI AKUT
DI RUANG BOUGENVILLE BRSU TABANAN



Diajukan oleh:

NI PUTU WIARTINI
NIM: 17E10011

INSTITUT TEKNOLOGI DAN KESEHATAN BALI
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
DENPASAR
2020

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN FRAKTUR TIBIA 1/3
PROXIMAL DEXTRA POST ORIF DENGAN DIAGNOSA
KEPERAWATAN NYERI AKUT
DI RUANG BOUGENVILLE BRSU TABANAN

Karya Tulis Ilmiah ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan
Menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan

ITEKES BALI



Diajukan oleh:

NI PUTU WIARTINI
NIM: 17E10011

INSTITUT TEKNOLOGI DAN KESEHATAN BALI
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
DENPASAR

2020

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ni Putu Wiartini

N I M : 17E10011

Program Studi : Diploma III Keperawatan

Institusi : ITEKES BALI

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya aku sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

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

Denpasar, 27 Februari 2020

Pembuat pernyataan

Ni Putu Wiartini

NIM: 17E10011

MOTTO

Tetaplah tegar melangkah dengan kesabaran

Tetaplah tersenyum dengan ketulusan

Tetaplah bersyukur disaat anda merasa sulit

Tetaplah percaya walau kita belum melihat segalanya

Tetapi satu hal yang harus kita ketahui, Tuhan sedang memegang kendali, membawamu ke suatu tempat yang lebih baik lagi. Saya yakin semua akan baik-baik saja dan indah pada waktunya.

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Ni Putu Wiartini NIM 17E10011 dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN FRAKTUR TIBIA 1/3 PROXIMAL DEXTRA POST ORIF DENGAN DIAGNOSA KEPERAWATAN NYERI AKUT DI RUANG BOUGENVILLE BRSU TABANAN” telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Denpasar, 2 Mei 2020

Penguji

Pembimbing

Ns. Ni Nyoman Nuartni, S.Kep., M.Kes

NIDN. 0810068101

Ns. Ni Made Dewi Wahyunadi, S.Kep., M.Kep

NIDN:0826128802

LEMBAR PENGESAHAN

Studi Kasus oleh Ni Putu Wiartini NIM 17E10011 dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Fraktur Tibia 1/3 Proximal Dextra Post Orif Dengan Diagnosa Keperawatan Nyeri Akut Di Ruang Bougenville Brsu Tabanan” telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 6 Mei 2020.

Denpasar, 6 Mei 2020

Disahkan Oleh:

Dewan Penguji Ujian Akhir Program

1. Ns. Ni Nyoman Nuartini, S.Kep., M.Kes

NIDN. 0810068101

2. Ns. Ni Made Dewi Wahyunadi, S.Kep., M.Kep

NIDN.0826128802

Mengetahui,

Institut Teknologi Dan Kesehatan Bali

Rektor,

I Gede Putu Darma Suyasa, S.Kp.,M.Ng.,Ph.D

NIDN.0823067802

KATA PENGANTAR

Puji syukur dipanjatkan kepada Ida Sang Hyang Widi Wasa/Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat-Nya penulisan proposal karya tulis ilmiah dengan judul: “ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN FRAKTUR TIBIA 1/3 PROXIMAL DEXTRA POST ORIF DENGAN DIAGNOSA KEPERAWATAN NYERI AKUT DI RUANG BOUGENVILLE BRSU TABANAN” ini dapat diselesaikan pada waktunya.

Dalam penyusunan laporan proposal ini, penulis banyak mendapat masukan dan bimbingan baik materi maupun teknik penulisan dari berbagai pihak, karena itu pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak I Gede Putu Darma Suyasa, S.KP.,M.Ng.,Ph.D. Selaku Rektor ITEKES Bali yang telah memberikan izin dan petunjuk kepada penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah.
2. Ibu Ns. NLP Dina Susanti, S.Kep., M.Kep. selaku Wakil Rektor I ITEKES Bali yang telah memberikan arahan kepada penulis dalam menyelesaikan proposal karya tulis ilmiah ini.
3. Bapak Ns. I Ketut Alit Adianta, S.Kep., S.Pd., MNS Selaku Wakil Rektor II ITEKES Bali yang telah memberikan arahan dan motivasi untuk menyelesaikan proposal karya tulis ilmiah ini.
4. Ibu Ida Ayu Lysandari, SE.,MM selaku Sekretaris Rektor ITEKES Bali yang telah memberikan kesempatan serta arahan khususnya di bidang administrasi kepada penulis dalam menyelesaikan proposal karya tulis ilmiah ini.

5. Bapak I Gede Satria Astawa, S.Kep., M.Kes, selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan ITEKES Bali beserta staf yang telah memberikan berbagai ilmu pengetahuan dan ketrampilan kepada penulis khususnya yang terkait dengan karya tulis ilmiah ini.
6. Ibu Ns. Ni Nyoman Nuartini, S.Kep., M.Kes selaku dosen penguji dalam karya tulis ilmiah ini yang telah banyak meluangkan waktunya untuk member masukan kepada penulis.
7. Ibu Ns. Ni Made Dewi Wahyunadi, S.Kep., M.Kep selaku dosen pembimbing dalam penyusunan laporan karya tulis ilmiah ini yang telah banyak meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan, petunjuk, teori dan motivasi kepada penulis.
8. Rekan-rekan mahasiswa Program Studi DIII Keperawatan ITEKES Bali yang telah membantu penulis baik secara langsung ataupun tidak langsung dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa laporan karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu, saran dan kritik yang bersifat membangun sangat diharapkan untuk kesempurnaan selanjutnya, dan semoga laporan kasus ini bermanfaat bagi kita semua.

Denpasar, 27 Februari 2020

Penulis

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN FRAKTUR TIBIA 1/3
PROXIMAL DEXTRA POST ORIF DENGAN DIAGNOSA
KEPERAWATAN NYERI AKUT
DI RUANG BOUGENVILLE BRSU TABANAN**

Ni Putu Wiartini

Program Studi DIII Keperawatan ITEKES BALI

ABSTRAK

Latar belakang : Fraktur adalah semua kerusakan pada kontinuitas tulang. Fraktur beragam dalam hal keparahan berdasarkan lokasi dan jenis fraktur. Meskipun fraktur terjadi pada semua kelompok usia, kondisi ini lebih umum pada orang yang mengalami trauma yang terus-menerus dan pada pasien lansia.

Tujuan umum : Untuk memberikan gambaran secara umum tentang asuhan keperawatan pada pasien fraktur post ORIF di ruang Bougenville BRSU Tabanan serta menganalisis kesenjangan yang terjadi antara teori dengan kasus nyata.

Metode : Metode yang digunakan adalah metode pengumpulan data yang digunakan dalam studi kasus ini adalah wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik. Studi dokumentasi berupa hasil dari pemeriksaan diagnostik dan rekam medik. Sumber data dalam studi kasus ini berasal dari klien, keluarga, catatan medik dan perawatlainnya.

Hasil : Asuhan keperawatan pada pasien fraktur tibia post ORIF ditemukan data pengkajian pasien mengeluh nyeri pada daerah post op jika digerakkan. Ditemukan prioritas masalah keperawatan nyeri akut, dalam rencana keperawatan

diberikan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam dengan dilakukannya tindakan keperawatan secara optimal agar masalah nyeri akut dapat teratasi.

Kesimpulan : Masalah asuhan keperawatan pada pasien fraktur tibia 1/3 proximal dextra post ORIF teratasi dengan baik, namun ada masalah yang belum teratasi yaitu hambatan mobilitas fisik.

Kata kunci : Asuhan Keperawatan, Fraktur Tibia Post ORIF.

DAFTAR ISI

SAMPUL DEPAN	
SAMPUL DALAM.....	i
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	ii
MOTTO	iii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR	vii
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xiii
DARFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH.....	xvi
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan masalah	4
C. Tujuan stadi kasus	5
1. Tujuan Umum.....	5
2. Tujuan Khusus	5
D. Manfaat stadi kasus	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Teori Fraktur.....	8
1. Pengertian	10
2. Klasifikasi	11
3. Patofisiologi.....	14
a. Etiologi	14
b. Proses Terjadi	14
c. Manifestasi Klinis.....	17

d. Komplikasi.....	19
4. Pemeriksaan Diagnostik	23
5. Penatalaksanaan.....	23
B. Tinjauan Teori Asuhan Keperawatan	28
1. Pengkajian	28
2. Diagnosa	37
3. Perencanaan	39
4. Implementasi	50
5. Evaluasi	50
6. WOC (<i>WEB OF CAUSATION</i>).....	51

BAB III METODEDE STUDI KASUS

A. Desain stadi kasus.....	52
B. Subyek stadi kasus.....	52
C. Fokus stadi.....	52
D. Definisi operasional	52
E. Instrumen Studi Kasus.....	53
F. Metode Pengumpulan Datas	53
G. Lokasi Dan Waktu Studi Kasus.....	53
H. Analisa Data dan Pengkajian Data	54
I. Etika Studi Kasus.....	55

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil ..	57
1. Gambaran Lokasi Pengambilan Data	57
2. Karakteristik Partisipan	58
3. Data Asuhan Keperawatan	58
a. Pengkajian Keperawatan	58
b. Diagnosa Keperawatan	69
c. Rencana Keperawatan	71
d. Pelaksanaan Keperawatan	74
e. Evaluasi Keperawatan	83
B. Pembahasan	84

1. Pengkajian Keperawatan	85
2. Diagnosa Keperawatan	86
3. Perencanaan Keperawatan.....	88
4. Pelaksanaan Keperawatan	90
5. Evaluasi Keperawatan	91
C. Keterbatasan Studi Kasus	92
BAB V PENUTUP	
A. Kesimpulan	93
B. Saran	95
DAFTAR PUSTAKA	

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Analisa Data	66
Tabel 4.2 Rencana Keperawatan	70
Tabel 4.3 Pelaksanaan Keperawatan	72
Table 4.4 Pelaksanaan Keperawatan	76
Tabel 4.5 Evaluasi Keperawatan	81

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Sistem Muskuloskeletal	8
Gambar 2.2 Jenis-jenis fraktur	12

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1: Penjelasan Untuk Mengikuti Penelitian

Lampiran 2: *Informed Consent*

Lampiran 3: Lembar Konsultasi Bimbingan

DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH

1. WHO : World Health Organization
2. RISKESDAS : Riset Kesehatan Dasar
3. Ht : Hematokrit
4. SDP : Sel Darah Putih
5. ORIF : Open Reduction With Internal Fixation
6. OREF : Open Reduction With Eksternal Fixation
7. ADL : Activity Daily Living
8. ROM : Range Of Motion
9. PQRST : Provoking, Quality, Region, Scale, Time
10. WBC : White Blood Cell
11. IVFD : Intra Vena Fluid Drip
12. BAB : Buang Air Besar
13. BAK : Buang Air Kecil
14. RR : Respiration Rate
15. TD : Tekanan Darah
16. N : Nadi
17. ICU : Intensive Care Unit.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Fraktur adalah suatu patahan pada konstinuitas tulang, dalam hal ini mungkin tidak lebih dari suatu retakan (Kartika *et al.*, 2018). Biasanya patahan tersebut lengkap dan fragmen tulangnya bergeser. Keadaan tulang dan jaringan lunak disekitar tulang akan menentukan apakah fraktur yang terjadi itu lengkap atau tidak lengkap (Wijaya & Putri, 2013).

Menurut *World Health Organisation* (WHO) (dalam Rianto, 2017) kasus fraktur yang terjadi didunia kurang lebih 13 juta orang pada tahun 2012, dengan persentase 2,7%. Sementara itu pada tahun 2013 kurang lebih 18 juta orang dengan persentase 4,2%. Tahun 2014 terdapat 21 juta orang dengan persentase 7,5%.

Kartika *et al* (2018) menunjukkan data bahwa jumlah kasus fraktur mencapai lebih dari 250.000 setiap tahunnya di Amerika Serikat dan biasanya banyak terjadi pada pasien di atas 50 tahun. Prevalensi terjadinya kasus ini di seluruh dunia diperkirakan sejumlah 4,5 juta, 740.000 diantaranya dapat mengakibatkan kematian dan 1,75 juta menyebabkan kecacatan di dunia per tahun serta diperkirakan akan meningkat pada tahun 2050 mendatang.

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS, 2018) dari sekian banyak kasus cedera yang memungkinkan terjadinya fraktur di

Indonesia, cedera pada ekstremitas bawah memiliki prevalensi yang paling tinggi yaitu sekitar 67,9%, sedangkan cedera pada ekstremitas atas memiliki prevalensi 32,7%.

Berkaitan dengan hal tersebut, studi kasus yang penulis lakukan tanggal 11 februari 2020 di ruang Bougenvile BRSU Tabanan menunjukkan data jumlah pasien fraktur terbanyak pada tahun 2019 sebanyak 83 orang sedangkan selama tiga bulan terakhir dari bulan november 2019 sampai januari 2020 jumlah pasien fraktur sebanyak 128 orang.

Penyebab utama dari fraktur adalah kecelakaan, baik itu kecelakaan kerja, kecelakaan lalu lintas dan sebagainya (Noorisa, 2017). Fraktur juga bisa disebabkan karena faktor lain seperti trauma (trauma langsung, trauma tidak langsung, dan trauma ringan). Trauma langsung yaitu benturan pada tulang, biasanya penderita terjatuh dengan posisi miring dimana daerah trokhanter mayor langsung terbentur dengan benda keras (jalan). Trauma tak langsung yaitu titik tumpuan benturan dan fraktur berjauhan, misalnya jatuh terpeleset di kamar mandi. Trauma ringan yaitu keadaan yang dapat menyebabkan fraktur bila tulang itu sendiri sudah rapuh atau *underlying deases* atau fraktur patologis (Hidayat & Jong dalam Asrizal, 2014).

Brunner dan Suddarth (dalam Dewi, 2014) menyatakan bahwa terdapat komplikasi yang ditimbulkan akibat fraktur terdiri atas komplikasi awal seperti syok, sindroma emboli lemak, sindroma kompartemen dan infeksi serta komplikasi lanjut yaitu delayed union, non-union, kaku sendi lutut, refraktur.

Penatalaksanaan patah tulang dilakukan dengan cara membatasi pergerakan tulang (imobilisasi) melalui cara *operatif* dan *konservatif*. Tindakan *konservatif* berupa pemasangan gips dan traksi, tindakan *operatif* dapat dilakukan dengan cara *Open Reduction Internal Fixation* (ORIF) maupun *Open Reduction Eksternal Fixation* (OREF) (Handayani *et al.*, 2019). Menurut Sulistyaningsih (2016) OREF merupakan metode mengimobilisasi tulang untuk tujuan penyembuhan fraktur. Sedangkan ORIF merupakan metode untuk mengurangi dan mempertahankan posisi fraktur sehingga membantu penyembuhan tulang dengan cara mempertahankan fragmen tulang pada posisinya dengan menggunakan sekrup, lempeng, kawat dan paku, tindakan pembedahan ORIF ini selain menstabilkan fraktur juga dapat membantu mengatasi cedera vaskular seperti sindroma kompartemen yang terjadi pada pasien fraktur. Bila fraktur tidak diatasi, pasien dapat mengalami perubahan pada bagian tubuh yang terkena cedera, resiko terjadinya infeksi, resiko perdarahan, gangguan integritas kulit dan rasa nyeri yang dirasakan (Mandagi *et al.*, 2017). Salah satu dampak akibat pasca pembedahan ORIF dapat menimbulkan rasa nyeri (Sulistyaningsih, 2016).

Menurut Novita (2012) efek samping yang bisa ditimbulkan dari nyeri pasca pembedahan adalah waktu pemulihan yang memanjang, terhambatnya ambulasi dini, penurunan fungsi sistem, terhambatnya *discharge planning*. Nyeri yang parah bila tidak segera diatasi akan berpengaruh pada peningkatan tekanandarah, takikardi, pupil melebar, diaphoresisdansekresi adrenal medulla, dalam situasi tertentu dapat pula terjadi penurunan tekanan darah

yang akan mengakibatkan timbulnya syok, untuk itu perlu penanganan yang lebih efektif dalam meminimalkan nyeri yang dialami oleh pasien (Barbara. C dalam Sitepu, 2014).

Managemen nyeri post operasi fraktur merupakan tindakan sangat penting bagi perawat (Sumardi, 2019). Menurut Risnah (2019) managemen yang efektif dalam menurunkan skala nyeri pada pasien fraktur adalah dengan melakukan teknik distraksi pendengaran, teknik ini dapat mengatasi nyeri pada fraktur, relaksasi nafas dalam yang memberikan efek relaksasi yang dapat menurunkan skala nyeri dengan merangsang susunan saraf pusat dan pemberian kompres dingin (*Cold Pack*) yang dapat menurunkan respon inflamasi, menurunkan aliran darah, mampu menurunkan edema serta mengurangi rasa nyeri.

Berdasarkan uraian di atas, penulis tertarik mengangkat judul “Asuhan Keperawatan pada Pasien Fraktur post ORIF di Ruang Bougenville BRSU Tabanan”. Sebagai laporan akhir program, yang nantinya dengan harapan dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pasien khususnya pasien dengan fraktur.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang maka penulis merumuskan masalah yaitu “Bagaimana gambaran asuhan keperawatan pada pasien fraktur tibia 1/3 proximal dextra post orif dengan diagnosa keperawatan nyeri akut di ruang bougenville BRSU Tabanan?”

C. Tujuan Studi Kasus

Adapun tujuan dalam studi kasus ini adalah sebagai berikut.

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui gambaran secara umum tentang Asuhan keperawatan pada pasien fraktur tibia 1/3 proximal dextra post orif dengan diagnosa keperawatan nyeri akut di ruang bougenville BRSU Tabananserta menganalisis kesenjangan yang terjadi antara teori dengan kasus nyata.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui gambaran pengkajian keperawatan pada pasien fraktur tibia 1/3 proximal dextra post ORIF dengan diagnose keperawatan nyeri akut di ruang Bougenvile BRSU Tabanan.
- b. Mengetahui gambaran diagnosa keperawatan padapasien fraktur tibia 1/3 proximal dextra post ORIF dengan diagnosa keperawatan nyeri akutdi ruang Bougenvile BRSU Tabanan.
- c. Mengetahui gambaran rencana keperawatan pada pasien fraktur tibia 1/3 proximal dextra post ORIF dengan diagnose keperawatan nyeri akut di ruang Bougenvile BRSU Tabanan.
- d. Mengetahui gambaran tindakan keperawatan pada pasien fraktur tibia 1/3 proximal dextra post ORIF dengan diagnose keperawatan nyeri akut di ruang Bougenvile BRSU Tabanan.
- e. Mengetahui gambaran evaluasi keperawatan pada pasien fraktur tibia 1/3 proximal dextra post ORIF dengan diagnose keperawatan nyeri akutdi ruang Bougenvile BRSU Tabanan.

D. Manfaat Studi Kasus

Adapun manfaat dalam studi kasus ini adalah sebagai berikut.

1. Manfaat Teoritis

Dapat menambah ilmu mengenai fraktur dan dapat menambah kemampuan di dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien fraktur tibia 1/3 proximal dextra post ORIF dengan diagnosa keperawatan nyeri akut di Ruang Bougenville BRSU Tabanan.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Perawat

Studi ini dapat digunakan sebagai gambaran asuhan keperawatan khususnya asuhan keperawatan pada pasien fraktur tibia 1/3 proximal dextra post ORIF dengan diagnosa nyeri akut agar mencapai asuhan yang optimal.

b. Bagi Rumah Sakit

Studi ini dapat digunakan sebagai bahan evaluasi dalam bidang keperawatan khususnya asuhan keperawatan pada pasien fraktur tibia 1/3 proximal dextra post ORIF dengan diagnosa nyeri akut.

c. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil studi kasus ini diharapkan dapat menjadi contoh bahan bacaan di bidang keperawatan medical khususnya asuhan keperawatan pada pasien fraktur tibia 1/3 proximal dextra post ORIF dengan diagnosa nyeri akut.

d. Bagi Pasien

Studi ini dapat memberikan informasi tentang penatalaksanaan terapi dan perkembangan kondisi pada pasien fraktur tibia 1/3 proximal dextra post ORIF dengan diagnosa nyeri akut.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Teori Dasar

1. Anatomi dan Fisiologi System Muskuloskeletal



Gambar 2.1 Anatomi Muskuloskeletal (www.slideshare.net)

a. Anatomi dan Fisiologi System Musculoskeletal

Sistem muskuloskeletal tersusun atas tulang dan sistem skeletal, kartilago (jaringan ikat), ligament, tendon, dan otot serta sendi skeletal. Skeleton manusia tersusun atas 206 tulang. Tulang sistem skeletal dibagi menjadi skeleton aksial (tengkorak, toraks dan vertebrata) dan skeleton apendikular (bahu, lengan, gelang panggul, dan tungkai). Tulang dan struktur tubuh dan memberi sokongan untuk jaringan lunak. Mereka melindungi organ vital dari cedera dan

bertindak untuk memindahkan bagian tubuh dengan memberi titik perlekatan untuk otot (LeMone *et al.*, 2016).

b. Struktur Tulang

Tulang sangat bermacam-macam baik dalam bentuk ataupun ukuran, tapi mereka masih punya struktur yang sama. Lapisan paling luar disebut periosteum dimana terdapat pembuluh darah dan saraf. Lapisan dibawah periosteum mengikat tulang dengan benang kolagen disebut benang *sharpey* yang masuk ke tulang disebut korteks. Karena itu korteks sifatnya keras dan tebal sehingga disebut tulang kompak. Korteks tersusun solid dan sangat kuat yang disusun dalam unit struktural yang disebut sistem harversian. Tiap sistem terdiri atas kanal utama yang disebut kanal harversian. Lapisan melingkar dari matriks tulang disebut Lamellae, ruangan sempit antara lamellae disebut lakunae (didalamnya terdapat osteosit) dan kanalikuli. Tiap sistem kelihatan seperti lingkaran yang menyatu. Kanal haversial terdapat sepanjang tulang panjang dan didalamnya terdapat pembuluh darah dan saraf yang masuk ke tulang melalui kanal volkman. Pembuluh darah inilah yang mengangkut nutrisi untuk tulang dan membuang sisa metabolisme keluar tulang. Lapisan tengah tulang merupakan akhir dari sistem harversian, yang di dalamnya terdapat *trabekulae* (batang) dari tulang. *Trabekulae* ini terlihat seperti spon tapi kuat sehingga disebut *bone spon* yang didalamnya terdapat *bone marrow* yang membentuk sel-sel darah merah. *Bone marrow* ini terdiri atas dua

macam yaitu *bone marrow* merah yang memproduksi sel darah merah melalui proses hematopoiesis dan *bone marrow* kuning yang terdiri dari sel-sel lemak dimana jika dalam proses fraktur bisa menyebabkan *fat embolism syndrome* (FES) (Padila, 2013).

Black dan Hawks (2014) juga menyebutkan tulang terdiri dari tiga sel yaitu osteoblast, osteosit, dan osteoklast. Osteoblast merupakan sel pembentuk tulang yang berada di bawah tulang baru. Osteosit adalah osteoblast yang ada pada matriks. Sedangkan osteoklast adalah sel penghancur tulang dengan menyerap kembali sel tulang yang rusak maupun yang tua. Sel tulang ini diikat oleh elemen-elemen ekstra seluler yang disebut matriks. Matriks dibentuk oleh benang kolagen, protein, karbohidrat, mineral, dan substansi dasar (gelatin) yang berfungsi sebagai media dalam difungsi nutrisi, oksigen dan sampah metabolisme antara tulang dengan pembuluh darah.

2. Konsep Dasar Fraktur

Fraktur adalah semua kerusakan pada kontinuitas tulang. Fraktur beragam dalam hal keparahan berdasarkan lokasi dan jenis fraktur. Meskipun fraktur terjadi pada semua kelompok usia, kondisi ini lebih umum pada orang yang mengalami trauma yang terus-menerus dan pada pasien lansia (LeMone *et al.*, 2016).

Fraktur adalah gangguan dari kontinuitas yang normal dari suatu tulang. Jika terjadi fraktur, maka jaringan lunak di sekitarnya juga sering kali terganggu. Radiografi (sinar-x) dapat menunjukkan keberadaan cedera

tulang, tetapi tidak mampu menunjukkan otot atau ligamen yang robek, saraf yang putus, atau pembuluh darah yang pecah yang dapat menjadi komplikasi pemulihan klien (Black & Hawks, 2014).

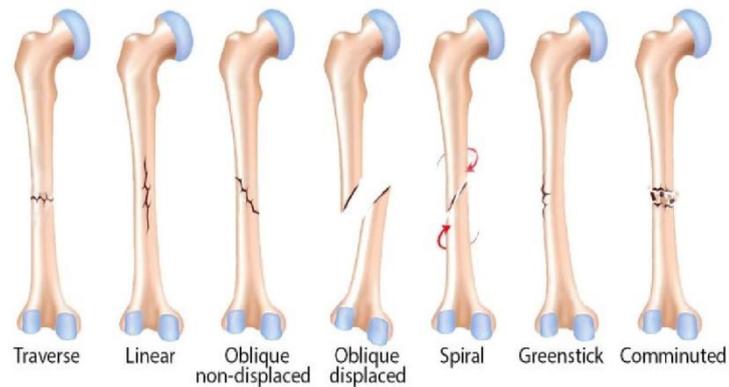
Fraktur adalah terputusnya kontinuitas jaringan tulang dan/atau tulang rawan yang umumnya disebabkan oleh trauma. Trauma yang menyebabkan tulang patah dapat berupa trauma langsung dan trauma tidak langsung, akibat terputusnya kontinuitas tulang maka biasanya dapat berdampak nyeri yang hebat pada si penderita (Sitepu, 2014).

Fraktur merupakan suatu keadaan dimana terjadi disintegritas tulang, penyebab terbanyak adalah kecelakaan tetapi faktor lain seperti degenerative juga dapat berpengaruh terhadap kejadian fraktur (Brunner & Suddarth dalam Dewi, 2014).

Fraktur merupakan terputusnya kontinuitas tulang. Patah tulang dapat terjadi karena jatuh, trauma, sebagai akibat pukulan langsung atau karena kelemahan pada tulang itu sendiri. Beberapa fraktur juga disebabkan karena proses penyakit seperti osteoporosis yang dapat menyebabkan fraktur-fraktur patologis (Risnah, 2019).

3. Klasifikasi

Menurut Brunner dan Suddart dalam Wijaya dan Putri (2013) jenis-jenis fraktur adalah sebagai berikut.



Gambar 2.2 Jenis-Jenis Fraktur (Wijaya & Putri 2013)

- a. *Complete Fraktur* (fraktur komplet), patah pada seluruh garis tengah tulang, luas dan melintang. Biasanya disertai dengan perpindahan posisi tulang.
- b. *Closed fracture* (simple fraktur), tidak menyebabkan robeknya kulit, integritas kulit masih utuh.
- c. *Open fracture* (compound fraktur/komplikata/kompleks), merupakan fraktur dengan luka pada kulit (integritas kulit rusak dan ujung tulang menonjol sampai menembus kulit) atau membrane mukosa sampai kepatahan tulang.

Fraktur terbuka digradasi menjadi:

- 1) Grade I : luka bersih, kurang dari 1 cm panjangnya
 - 2) Grade II : luka lebih luas tanpa kerusakan jaringan lunak yang ekstensif
 - 3) Grade III : luka sangat terkontaminasi dan mengalami kerusakan jaringan lunak ekstensif.
- d. *Greenstick*, fraktur dimana salah satu sisi tulang patah sedang lainnya membengkok.

- e. *Transversal*, fraktur sepanjang garis tengah tulang.
- f. *Oblik*, fraktur membentuk sudut dengan garis tengah tulang.
- g. *Spiral*, fraktur memuntir seputar batang tulang.
- h. Komunitif, fraktur dengan tulang pecah menjadi beberapa fragmen.
- i. Depresi, fraktur dengan fragmen patahan terdorong kedalam (sering terjadi pada tulang tengkorak dan wajah).
- j. Kompresi, fraktur dimana tulang mengalami kompresi (terjadi pada tulang belakang).
- k. Patologik, fraktur yang terjadi pada daerah tulang berpenyakit (kista tulang, paget, metastatis tulang, tumor).
- l. Epifisial, fraktur melalui epifisial.
- m. Impaksi, fraktur dimana fragmen tulang terdorong ke fragmen tulang lainnya.

Menurut Sjamsuhidajat dalam Wijaya dan Putri (2013) patah tulang dibagi menjadi:

- a. Patah tulang tertutup, memiliki kulit yang masih utuh di atas lokasi cedera.
- b. Patah tulang terbuka, yang memungkinkan kuman dari luar dapat masuk ke dalam luka sampai ke tulang yang patah. Patah tulang terbuka dibagi menjadi tiga derajat yang ditentukan oleh berat ringannya patah tulang.
 - 1) Derajat I laserasi < 2 cm, sederhana, diskolasi fragmen minimal.

- 2) Derajat II laserasi > 2 cm, kontusio otot di dislokasi fragmen jelas sekitarnya.
- 3) Derajat III luka lebar, rusak hebat atau kominutif, segmental, hilangnya jaringan disekitarnya fragmen tulang ada yang hilang.

4. Patofisiologi

a. Etiologi

Menurut Wahid dalam Yuda, 2017 penyebab fraktur meliputi:

1) Kekerasan langsung

Kekerasan langsung menyebabkan patah tulang pada titikterjadinya kekerasan. Fraktur demikian sering bersifat frakturterbuka dengan garis patah melintang atau miring.

2) Kekerasan tidak langsung

Kekerasan tidak langsung menyebabkan patah tulang ditempatyang jauh dari tempat terjadinya kekerasan. Yang patahbiasanya adalah bagian yang paling lemah dalam jalur hantaranvector kekerasan.

3) Kekerasan akibat tarikan otot

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

b. Proses Terjadi

Fraktur biasanya terjadi akibat kekerasan langsung, kekerasan tidak langsung dan kekerasan akibat tarikan otot. Manifestasi klinis dari fraktur antara lain: adanya deformitas, pembengkakan, memar,

spasme otot, nyeri, ketegangan, kehilangan fungsi, gerakan abnormal dan krepitasi, perubahan neurovascular, syok dapat juga dipakai sebagai petunjuk kemungkinan adanya fraktur. Jika di dalam proses penyembuhan luka fraktur tidak bagus, dapat menyebabkan komplikasi. Pada fraktur terjadi komplikasi umum, dini dan lanjut. Komplikasi umum yaitu syok, emboli lemak, kerusakan organ, kerusakan saraf. Komplikasi dini yaitu cedera arteri, cedera kulit dan jaringan, cedera pertement syndrome. Dan komplikasi lanjut yaitu: *stiffens* (kaku sendi), degenerasi sendi, penyembuhan tulang terganggu, mal union (penyatuan tulang yang tidak bagus), non-union (tulang yang tidak menyatu), *delayed union* (fraktur yang tidak mengalami penyembuhan secara utuh) dan *cross union*. Jika penanganan dilakukan dengan baik maka, maka tulang akan menyatu dengan baik. Hal tersebut dapat dilihat melalui tahap-tahap proses penyembuhan tulang.

Penyembuhan tulang menurut Black & Hawks (2014) adalah sebagai berikut.

1) Stadium satu (pembentukan hematoma)

Pembuluh darah robek dan terbentuk hematoma disekitar darah fraktur. Sel-sel darah membentuk fibrin guna melindungi tulang yang rusak dan sebagai tempat tumbuhnya kapiler baru dan fibroblast. Stadium ini berlangsung 24-48 jam dan pendarahan berhenti sekali.

2) Stadium dua (proliferasi seluler)

Pada stadium ini terjadi proliferasi dan diferensiasi sel menjadi fibrokartilago yang berasal dari periodteum, endosteum, dan bone marrow yang telah mengalami trauma. Sel-sel yang mengalami proliferasi ini terus masuk ke dalam lapisan yang lebih dalam dan di sanalah osteoblast bergenerasi dan terjadi proses osteogenerasi. Dalam beberapa hari terbentuk tulang baru yang menggabungkan kedua fragmen tulang yang patah. Fase ini berlangsung selama 8 jam setelah fraktur sampai selesai, tergantung frakturnya.

3) Stadium tiga (pembentukan kallus)

Sel-sel yang berkembang memiliki potensi yang kondrogenik dan osteogenik, bila diberikan keadaan yang tepat, sel itu akan mulai membentuk tulang dan juga kartilago. Populasi sel ini dipengaruhi dengan mengabsorpsi sel-sel tulang yang mati. Massa sel yang tebal dengan tulang yang imatur dan kartilago, membentuk kallus atau bebat pada permukaan endosteal dan periosteal. Sementara tulang yang imatur (anyaman tulang) menjadi lebih padat sehingga gerakan pada tempat fraktur berkurang 4 minggu setelah fraktur menyatu.

4) Stadium empat (konsolidasi)

Bila aktivitas osteoclast dan osteoblast berlanjut, anyaman tulang berubah menjadi lamellar. Sistem ini sekarang cukup kaku dan memungkinkan osteoclast menerobos melalui reruntuhan pada garis fraktur, dan tepat di belakang osteoclast mengisi celah-celah yang tersisa di antara fragmen dengan tulang yang baru. Ini adalah proses yang lambat dan mungkin perlu beberapa bulan sebelum tulang kuat untuk membawa beban normal.

5) Stadium lima (remodeling)

Fraktur telah dijembatani oleh suatu manset tulang yang padat. Selama beberapa bulan atau tahun, pengelesan kasar ini dibentuk ulang oleh proses resorpsi dan pembentukan tulang yang terus-menerus. Lamellae yang lebih tebal diletakkan pada tempat yang tekanannya lebih tinggi, dinding yang tidak dikehendaki di buang, rongga sumsum dibentuk, dan akhirnya dibentuk struktur yang mirip dengan normalnya.

c. Manifestasi Klinis

Manifestasi Klinis dari fraktur menurut (Black & Hawks, 2014) adalah:

1) Deformitas

Pembengkakan dari perdarahan lokal dapat menyebabkan deformitas pada lokasi fraktur. Spasme otot dapat menyebabkan pemendekan tungkai, deformitas rotasional, atau angulasi.

2) Pembengkakan

Edema dapat muncul segera, sebagai akibat dari akumulasi cairan serosa pada lokasi fraktur serta ekstrasvasasi darah ke jaringan sekitar.

3) Memar (ekimosis)

Memar terjadi karena perdarahan subkutan pada lokasi fraktur.

4) Spasme otot

Sering mengiringi fraktur, spasme otot, involuntar sebenarnya berfungsi sebagai bidai alami untuk mengurangi gerakan lebih lanjut dari fragmen fraktur.

5) Nyeri

Jika klien secara neurologis masih baik, nyeri akan selalu mengiringi fraktur, intensitas dan keparahan dari nyeri akan berbeda pada masing-masing klien. Nyeri biasanya terus-menerus, meningkat jika fraktur tidak diimobilisasi. Hal ini terjadi karena spasme otot, fragmen fraktur yang bertindihan atau cedera pada struktur sekitarnya.

6) Ketegangan

Ketegangan di atas lokasi fraktur disebabkan oleh cedera yang terjadi.

7) Kehilangan fungsi

Hilangnya fungsi terjadi karena nyeri yang disebabkan fraktur atau karena hilangnya fungsi pengungkit-lengan pada tungkai yang terkena.

8) Gerakan abnormal dan krepitasi

Manifestasi ini terjadi karena gerakan dari bagian tengah tulang atau gesekan antar fragmen fraktur yang menciptakan sensasi dan suara deritan.

9) Perubahan neurovascular

Cedera neurovascular terjadi akibat kerusakan saraf perifer atau struktur vascular yang terkait. Klien dapat mengeluhkan rasa kebas atau kesemutan atau tidak teraba nadi pada daerah distal dari fraktur.

10) Syok

Fragmen tulang dapat merobek pembuluh darah. Perdarahan besar atau tersembunyi dapat menyebabkan syok.

d. Komplikasi

Menurut Black & Hawks (2014) komplikasi tergantung pada jenis cedera, usia klien, adanya masalah kesehatan lain (komordibitas) dan penggunaan obat yang mempengaruhi perdarahan, seperti warfarin, kortikosteroid, dan NSAID.

1) Komplikasi yang terjadi setelah fraktur antara lain:

a) Cedera saraf

Fragmen tulang dan edema jaringan yang berkaitan dengan cedera dapat menyebabkan cedera saraf. Perlu diperhatikan terdapat pucat dan tungkai klien yang sakit teraba dingin, ada perubahan pada kemampuan klien untuk menggerakkan jari-jari tangan atau tungkai. parestesia, atau adanya keluhan nyeri yang meningkat.

b) Sindroma kompartemen

Kompartemen otot pada tungkai atas dan tungkai bawah dilapisi oleh jaringan fasia yang keras dan tidak elastis yang tidak akan membesar jika otot mengalami pembengkakan. Edema yang terjadi sebagai respon terhadap fraktur dapat menyebabkan peningkatan tekanan kompartemen yang dapat mengurangi perfusi darah kapiler. Jika suplai darah lokal tidak dapat memenuhi kebutuhan metabolik jaringan, maka terjadi iskemia. Sindroma kompartemen merupakan suatu kondisi gangguan sirkulasi yang berhubungan dengan peningkatan tekanan yang terjadi secara progresif pada ruang terbatas. Hal ini disebabkan oleh apapun yang menurunkan ukuran kompartemen, termasuk gaya kompresi yang eksternal seperti gips yang ketat atau faktor-faktor internal seperti perdarahan atau edema. Iskemia yang berkelanjutan akan menyebabkan

pelepasan histamin oleh otot-otot yang terkena, menyebabkan edema lebih besar dan penurunan perfusi lebih lanjut. Peningkatan asam laktat menyebabkan lebih banyak metabolisme anaerob dan peningkatan aliran darah yang menyebabkan peningkatan tekanan jaringan. Hal ini akan menyebabkan suatu siklus peningkatan tekanan kompartemen. Sindroma kompartemen dapat terjadi dimana saja, tetapi paling sering terjadi di tungkai bawah atau lengan. Dapat juga ditemukan sensasi kesemutan atau rasa terbakar (parestesia) pada otot.

c) Kontraktur Volkman

Kontraktur Volkman adalah suatu deformitas tungkai akibat sindroma kompartemen yang tak tertangani. Oleh karena itu, tekanan yang terus-menerus menyebabkan iskemia otot kemudian perlahan diganti oleh jaringan fibrosa yang menjepit tendon dan saraf. Sindroma kompartemen setelah fraktur tibia dapat menyebabkan kaki nyeri atau kebas, disfungsi, dan mengalami deformasi.

d) Sindroma emboli lemak

Emboli lemak serupa dengan emboli paru yang muncul pada pasien fraktur. Sindroma emboli lemak terjadi setelah fraktur dari tulang panjang seperti femur, tibia, tulang rusuk, fibula, dan panggul.

2) Komplikasi jangka panjang dari fraktur menurut Dewi (2014) antara lain:

a) Malunion (penyatuan tulang yang tidak bagus)

Malunion terjadi saat fragmen fraktur sembuh dalam kondisi yang tidak tepat sebagai akibat dari tarikan otot yang tidak seimbang dan dapat menimbulkan deformitas yang berbentuk angulasi, varus/valgus, pemendekan, atau menyilang, misalnya pada fraktur radius-ulna. Hal ini dapat terjadi apabila pasien menaruh beban pada tungkai yang sakit dan menyalahi instruksi dokter atau apabila alat bantu jalan digunakan sebelum penyembuhan yang baik pada lokasi fraktur.

b) *Non-union* (tulang yang tidak menyatu)

Disebut *non-union* apabila fraktur tidak sembuh dalam waktu 6-8 bulan dan tidak terjadi konsolidasi sehingga terdapat pseudoartrosis (sendi palsu). Pseudoartrosis dapat terjadi tanpa infeksi tetapi dapat juga terjadi bersama infeksi yang disebut sebagai infected pseudoarthrosis.

c) *Delayed union* (fraktur yang tidak mengalami penyembuhan secara utuh)

Delayed union merupakan kegagalan fraktur berkonsolidasi sesuai dengan waktu yang dibutuhkan tulang untuk sembuh atau tersambung dengan baik. Ini disebabkan

karena penurunan suplai darah ke tulang. *Delayed union* adalah fraktur yang tidak sembuh setelah selang waktu 3-5 bulan (tiga bulan untuk anggota gerak atas dan lima bulan untuk anggota gerak bawah).

5. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Doengoes dalam Wijaya & Putri, 2013 Pemeriksaan diagnostik fraktur diantaranya:

- a. Pemeriksaan rontgen: menentukan lokasi atau luarnya fraktur.
- b. Skan tulang, tonogramm, scan CT/MRI: memperlihatkan fraktur, juga dapat digunakan untuk mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak.
- c. Arteriogram: dilakukan bila kerusakan vaskuler dicurigai.
- d. Hitung darah lengkap: Ht mungkin meningkat (hemokonsentrasi) atau meurun (perdarahan bermakna pada sisi fraktur atau organ jauh pada trauma multiple). Peningkatan jumlah SDP adalah respon stress normal setelah trauma.
- e. Kreatinin: trauma otot meningkatkan beban kreatinin untuk kliren ginjal.
- f. Profil koagulasi: perubahan dapat terjadi pada kehilangan darah, tranfusi multiple, atau cedera hati.

6. Penatalaksanaan

Menurut Dewi (2014) prinsip penanganan fraktur dikenal dengan 4 R yaitu:

a. Rekognisi

Pengenalan terhadap fraktur melalui penegakan berbagai diagnosis yang mungkin untuk memperoleh informasi sebanyak-banyaknya tentang fraktur, sehingga diharapkan dapat membantu dalam penanganan fraktur.

b. Reduksi

Tindakan mengendalikan posisi fragmen-fragmen tulang yang mengalami fraktur seoptimal ke keadaan semula.

c. Retensi

Mempertahankan kondisi reduksi selama masa penyembuhan seperti pemasangan gips yang pemasangannya harus melewati sendi di atas fraktur dan di bawah fraktur.

d. Rehabilitasi

Pengobatan dan penyembuhan fraktur bertujuan untuk mengembalikan kondisi tulang yang patah ke keadaan normal dan tanpa mengganggu proses fiksasi.

Menurut Sudahmanto (2018) penatalaksanaan medis yang bisa dilakukan untuk pasien fraktur yaitu:

1) Tindakan konservatif

a) Imobilisasi

Imobilisasi adalah mempertahankan reposisi selama masa penyembuhan patah tulang misalnya pemasangan gips atau bidai pada fraktur inkomplit dan fraktur dengan kedudukan yang baik.

b) Rehabilitasi

Rehabilitasi adalah pemulihan kembali fungsi tulang yang dapat dilakukan dengan fisiotherapy aktif dan pasif.

c) Reposisi tertutup dan fiksasi dengan gips

Gips merupakan alat imobilisasi eksternal yang kaku yang dicetak sesuai kontur tubuh dimana gips ini dipasang. Tujuan pemakaian gips adalah untuk mengimobilisasi bagian tubuh dalam posisi tertentu dan memberikan tekanan yang merata pada jaringan lunak yang terdapat didalamnya.

d) Reposisi dengan traksi

Tindakan ini dilakukan pada fraktur yang bila direposisi secara manipulasi akan terdislokasi kembali di dalam gips. Cara ini dilakukan pada fraktur dengan otot yang kuat, misalnya fraktur femur.

2) Tindakan Operatif

a) ORIF (*Open Reduction with International Fixation*)

ORIF adalah sebuah prosedur bedah medis, yang tindakannya mengacu pada operasi terbuka untuk mengatur tulang, seperti yang diperlukan untuk beberapa patah tulang, fiksasi internal mengacu pada fiksasi plate dan screw untuk mengaktifkan atau memfasilitasi penyembuhan (Astuti, 2012).

Menurut Sulistyaningsing (2016) tujuan dari bedah ORIF yaitu digunakan untuk stabilitas fraktur atau mengoreksi masalah

disfungsi muskuloskeletal serta memperbaiki fungsi dengan mengembalikan gerakan serta stabilitas dan mengurangi nyeri. Selain itu, tujuan lain dari tindakan ORIF yaitu untuk menimbulkan reaksi reduksi yang akurat, stabilitas reduksi yang tinggi, untuk pemeriksaan struktur-struktur neurovaskuler, untuk mengurangi kebutuhan akan alat immobilisasi eksternal, mengurangi lamanya rawat inap di rumah sakit serta pasien lebih cepat kembali ke pola kehidupan yang normal seperti sebelum mengalami cedera.

Indikasi dari ORIF menurut Astuti (2012) adalah sebagai berikut.

- a) Fraktur yang tidak bisa sembuh atau bahaya avaskular nekrosis tinggi. Misalnya: fraktur talus, fraktur collom femur.
- b) Fraktur yang tidak bisa direposisi tertutup. Misalnya: fraktur avakulasi, fraktur dislokasi.
- c) Fraktur yang dapat direposisi sulit dipertahankan. Misalnya: pergelangan kaki.
- d) Fraktur intra-articular. Misalnya: fraktur patella.

Sulistiyarningsing (2016) menyatakan bahwa masalah yang sering kali ditimbulkan pada pasien pasca bedah ORIF meliputi:

- a) Nyeri merupakan keluhan yang paling sering terjadi setelah bedah ORIF. Nyeri yang dapat dirasakan seperti tertusuk dan

terbakar pada tujuh hari pertama dan nyeri yang sangat hebat akan dirasakan pada beberapa hari pertama.

- b) Gangguan mobilitas pada pasien pasca bedah ORIF juga akan terjadi akibat proses pembedahan.
- c) Kelelahan sering kali terjadi pada pasien post ORIF yaitu kelelahan sebagai suatu sensasi. Gejala nyeri otot, nyeri sendi, sakit kepala, dan kelemahan dapat terjadi akibat kelelahan sistem muskuloskeletal dan gejala ini merupakan tanda klinis yang sering kali terlihat pada pasien pasca ORIF.
- d) Perubahan ukuran, bentuk dan fungsi tubuh yang dapat mengubah sistem tubuh, keterbatasan gerak, kegiatan, dan penampilan juga sering kali dirasakan oleh pasien pasca bedah ORIF.

b) OREF (*Open Reduction with eksternal Fixation*)

Reduksi terbuka dengan alat fiksasi eksternal dengan mempergunakan *kanselosa screw* dengan metil mrtaklirat (akrilik gigi) atau fiksasi eksternal dengan jenis-jenis lain misalnya dengan mempergunakan *screw schanz*.

Indikasi dari OREF: fraktur terbuka disertai hilangnya jaringan atau tulang yang hebat, fraktur dengan infeksi atau infeksi pseudoartrosisi, fraktur yang miskin jaringan ikat.

B. Tinjauan Teori Asuhan Keperawatan Fraktur

1. Pengkajian

Menurut Padila (2012) pengkajian merupakan tahap awal dan landasan dalam proses keperawatan, untuk itu diperlukan kecermatan dan ketelitian tentang masalah-masalah klien sehingga dapat memberikan arah terhadap tindakan keperawatan. Keberhasilan proses keperawatan sangat bergantung pada tahap ini. Tahap ini terbagi atas:

a. Data Subjektif

1) Anamnesa

a) Identitas Klien

Meliputi nama, jenis kelamin, umur, alamat, agama, bahasa yang dipakai, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, asuransi, golongan darah, no. register, tanggal MRS, diagnosa medis.

b) Keluhan Utama

Biasanya klien dengan fraktur akan mengalami nyeri saat beraktivitas atau mobilisasi pada daerah fraktur tersebut.

c) Riwayat Penyakit Sekarang

Pada klien fraktur atau patah tulang dapat disebabkan oleh trauma atau kecelakaan, degeneratif dan patologis yang didahului dengan perdarahan, kerusakan jaringan sekitar yang mengakibatkan nyeri, bengkak, kebiruan, pucat atau perubahan warna kulit dan kesemutan.

d) Riwayat Penyakit Dahulu

Pada klien fraktur pernah mengalami kejadian patah tulang atau tidak sebelumnya dan ada / tidaknya klien mengalami pembedahan perbaikan dan pernah menderita osteoporosis sebelumnya.

e) Riwayat Penyakit Keluarga

Pada keluarga klien ada atau tidak yang menderita osteoporosis, arthritis dan tuberkolosis atau penyakit lain yang sifatnya menurun dan menular.

2) Pola Fungsi Kesehatan

a) Pola Persepsi dan Tata Laksana Hidup Sehat

Pada kasus fraktur akan timbul ketakutan akan terjadinya kecacatan pada dirinya dan harus menjalani penatalaksanaan kesehatan untuk membantu penyembuhan tulangnya. Selain itu, pengkajian juga meliputi kebiasaan hidup klien seperti penggunaan obat steroid yang dapat mengganggu metabolisme kalsium, pengkonsumsian alkohol yang bisa mengganggu keseimbangannya dan apakah klien melakukan olahraga atau tidak.

c) Pola Nutrisi dan Metabolisme

Pada klien fraktur harus mengkonsumsi nutrisi melebihi kebutuhan sehari-harinya seperti kalsium, zat besi, protein, vit. C dan lainnya untuk membantu proses penyembuhan tulang.

Evaluasi terhadap pola nutrisi klien bisa membantu menentukan penyebab masalah muskuloskeletal dan mengantisipasi komplikasi dari nutrisi yang tidak adekuat terutama kalsium atau protein dan terpapar sinar matahari yang kurang merupakan faktor predisposisi masalah muskuloskeletal terutama pada lansia. Selain itu juga obesitas juga menghambat degenerasi dan mobilitas klien.

d) Pola Eliminasi

Untuk kasus fraktur tidak ada gangguan pada pola eliminasi, tapi walaupun begitu perlu juga dikaji frekuensi, konsistensi, warna serta bau feces pada pola eliminasi alvi. Sedangkan pada pola eliminasi uri dikaji frekuensi, kepekatannya, warna, bau, dan jumlah. Pada kedua pola ini juga dikaji ada kesulitan atau tidak.

e) Pola Tidur dan Istirahat

Semua klien fraktur timbul rasa nyeri, keterbatasan gerak, sehingga hal ini dapat mengganggu pola dan kebutuhan tidur klien. Selain itu juga, pengkajian dilaksanakan pada lamanya tidur, suasana lingkungan, kebiasaan tidur, dan kesulitan tidur serta penggunaan obat tidur.

f) Pola Aktivitas

Karena timbulnya nyeri, keterbatasan gerak, maka semua bentuk kegiatan klien menjadi berkurang dan kebutuhan klien perlu banyak dibantu oleh orang lain.

g) Pola Hubungan dan Peran

Klien akan kehilangan peran dalam keluarga dan dalam masyarakat. Karena klien harus menjalani rawat inap.

h) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Dampak yang timbul pada klien fraktur yaitu timbul ketidakadekuatan akan kecacatan akibat frakturnya, rasa cemas, rasa ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas secara optimal, dan pandangan terhadap dirinya yang salah (gangguan body image).

i) Pola Sensori dan Kognitif

Pada klien fraktur daya rabanya berkurang terutama pada bagian distal fraktur, sedang pada indera yang lain tidak timbul gangguan. begitu juga pada kognitifnya tidak mengalami gangguan. Selain itu juga, timbul rasa nyeri akibat fraktur.

I) Pola Reproduksi Seksual

Dampak pada klien fraktur yaitu, klien tidak bisa melakukan hubungan seksual karena harus menjalani rawat inap dan keterbatasan gerak serta rasa nyeri yang dialami

klien. Selain itu juga, perlu dikaji status perkawinannya termasuk jumlah anak, lama perkawinannya.

II) Pola Penanggulangan Stress

Pada klien fraktur timbul rasa cemas tentang keadaan dirinya, yaitu ketidakutan timbul kecacatan pada diri dan fungsi tubuhnya. Mekanisme koping yang ditempuh klien bisa tidak efektif.

III) Pola Tata Nilai dan Keyakinan

Untuk klien fraktur tidak dapat melaksanakan kebutuhan beribadah dengan baik terutama frekuensi dan konsentrasi. Hal ini bisa disebabkan karena nyeri dan keterbatasan gerak klien.

b. Data obyektif

1) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dibagi menjadi dua, yaitu pemeriksaan umum (status genetalia) untuk mendapatkan gambaran umum dan pemeriksaan setempat (lokasi). Hal ini perlu untuk dapat melaksanakan total care karena ada kecenderungan dimana spesialisasi hanya memperlihatkan daerah yang lebih sempit tetapi lebih mendalam.

a) Gambaran umum

(1) Keadaan umum: baik atau buruk yang dicatat adalah tanda-tanda, seperti:

- (a) Kesadaran penderita: apatis, sopor, koma, gelisah, komposmetis tergantung pada keadaan pasien.
- (b) Kesakitan, keadaan penyakit: akut, kronik, ringan, sedang, berat, dan pada kasus fraktur biasanya akut.
- (c) Tanda-tanda vital tidak normal karena ada gangguan baik fungsi maupun bentuk.

(2) Secara sistematis dari kepala sampai kelamin

(a) Sistem Integumen

Terdapat erytema, suhu sekitar daerah trauma meningkat, bengkak, oedema, nyeri tekan.

(b) Kepala

Tidak ada gangguan yaitu, normo cephalik, simetris, tidak ada penonjolan, tidak ada nyeri kepala.

(c) Leher

Tidak ada gangguan yaitu simetris, tidak ada penonjolan, reflek menelan ada.

(d) Wajah

Wajah terlihat menahan sakit, lain-lain tidak ada perubahan fungsi maupun bentuk. Tak ada lesi, simetris, tak oedema.

(e) Mata

Terdapat gangguan seperti konjungtiva anemis (jika terjadi perdarahan).

(f) Telinga

Tes bisik atau weber masih dalam keadaan normal. Tidak ada lesi atau nyeri tekan.

(g) Hidung

Tidak ada deformitas, tak ada pernafasan cuping hidung.

(h) Mulut dan Faring

Tak ada pembesaran tonsil, gusi tidak terjadi perdarahan, mukosa mulut tidak pucat.

(i) Thoraks

Tak ada pergerakan otot intercostae, gerakan dada simetris.

(j) Paru

I. Inspeksi

Pernafasan meningkat, reguler atau tidaknya tergantung pada riwayat penyakit klien yang berhubungan dengan paru.

II. Palpasi

Pergerakan sama atau simetris, fermitus raba sama.

III. Perkusi

Suara ketok sonor, tak ada erdup atau suara tambahan lainnya.

IV. Auskultasi

Suara nafas normal, tak ada wheezing, atau suara tambahan lainnya seperti stridor dan ronchi.

(k) Jantung

I. Inspeksi

Tidak tampak iktus jantung.

II. Palpasi

Nadi meningkat, iktus tidak teraba.

III. Auskultasi

Suara S1 dan S2 tunggal, tak ada mur-mur.

(l) Abdomen

I. Inspeksi

Bentuk datar, simetris, tidak ada hernia.

II. Palpasi

Tugor baik, tidak ada defans muskuler, hepar tidak teraba.

III. Perkusi

Suara thympani, ada pantulan gelombang cairan.

IV. Auskultasi

Peristaltik usus normal \pm 20 kali/menit.

(m) Ekstremitas

Bentuk normal, tidak ada cedera, tidak ada keluhan nyeri pada pergerakan.

(n) Inguinal-Genetalia-Anus

Tak ada hernia, tak ada pembesaran lymphe, tak ada kesulitan

BAB.

b) Keadaan Lokal

Harus diperhitungkan keadaan proksimal serta bagian distal terutama mengenai status neurovaskuler. Pemeriksaan pada sistem muskuloskeletal adalah:

(1) Look (inspeksi)

Perhatikan apa yang dapat dilihat antara lain:

(a) *Cictriks* (jaringan parut baik yang alami maupun buatan seperti bekas oprasi).

(b) *Cape au lait spot (birt mark)*

(c) *Fistulae*

(d) Warna kemerahan atau kebiruan (*livide*) atau hyperpigmentasi.

(e) Benjolan, pembengkakan, atau cekungan dengan hal-hal yang tidak bisa (*abnormal*).

(f) Posisi dan bentuk ekstremitas (*deformitas*)

(g) Posisi jalan (*gait*, waktu masuk ke kamar periksa)

(2) Feel (palpasi)

Pada waktu akan palpasi, terlebih dahulu posisi penderita diperbaiki mulai dari posisi netral (posisi anatomi). Pada dasarnya ini merupakan pemeriksaan yang memberikan inormasi dua arah, baik pemeriksa maupun klien.

(3) Move (pergerakan terutama lingkup gerak)

Setelah melakukan pemeriksaan feel, kemudian diteruskan dengan menggerakkan ekstremitas dan dicatat apakah terdapat keluhan nyeri pada pergerakan. Pencatatan lingkup gerak ini perlu, agar dapat mengevaluasi keadaan sebelum dan sesudahnya. Gerakan sendi dicatat dengan ukuran derajat, dari tiap arah pergerakan mulai dari titik 0 (posisi netral) atau dalam ukuran metric. Pemeriksaan ini menentukan apakah ada gangguan gerak (mobilitas) atau tidak. Pergerakan yang dilihat adalah gerak aktif atau pasif.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu penyatuan dari masalah pasien yang nyata maupun potensial berdasarkan data yang telah dikumpulkan. Perawat memakai proses keperawatan dalam mengidentifikasi dan mensintesa, menghilangkan, atau mencegah masalah kesehatan klien yang menjadi tanggung jawabnya (Nuratif, 2013).

Menurut Nuratif & Kusuma dalam Sudarmanto (2018) diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien dengan pre op fraktur sebagai berikut :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik.
- b. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan perdarahan
- c. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan musculoskeletal akibat fraktur.

- d. Resiko infeksi berhubungan dengan imunitas tubuh primer menurun.
- e. Ansietas berhubungan dengan ancaman pada status terkini..

Menurut Nuratif & Kusuma dalam Sudarmanto (2018) diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien dengan post op fraktur sebagai berikut :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik, insisi pembedahan, terputusnya jaringan tulang, gerakan fragmen tulang, edema dan cedera pada jaringan, alat traksi atau imobilisasi, stress. Ansietas.
- b. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan tekanan, perubahan status metabolik, kerusakan sirkulasi dan penurunan sensasi dibuktikan oleh terdapat luka / ulserasi, kelemahan, penurunan berat badan, turgor kulit buruk, terdapat jaringan nekrotik.
- c. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri atau ketidaknyamanan, kerusakan muskuloskeletal, terapi pembatasan aktivitas, dan penurunan kekuatan/tahanan.
- d. Risiko infeksi berhubungan dengan status cairan tubuh, respons inflamasi tertekan, prosedur invasif dan jalur penusukkan, luka/kerusakan kulit, insisi pembedahan.
- e. Kurang pengetahuan tentang kondisi, prognosis dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan keterbatasan kognitif, kurang terpacu/mengingat, salah interpretasi informasi.

3. Perencanaan

Perencanaan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, atau mengoreksi masalah-masalah yang telah diidentifikasi pada diagnosis keperawatan. Tahap ini dimulai setelah menentukan diagnosis keperawatan dan menyimpulkan rencana dokumentasi.

a. Prioritas masalah

Pre operasi

- 1) Nyeri akut
- 2) Kekurangan volume cairan
- 3) Resiko infeksi
- 4) Hambatan mobilitas fisik
- 5) Ansietas

Post operasi

- a) Nyeri akut
- b) Kerusakan integritas kulit
- c) Hambatan mobilitas fisik
- d) Resiko infeksi
- e) Kurang pengetahuan

b. Rencana keperawatan

Pre Operasi

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik

Tujuan : Nyeri berkurang atau hilang

Kriteria hasil : Pasien mengatakan nyeri berkurang,
menunjukkan ekpresi wajah rileks

Intervensi:

a) Observasi tanda-tanda vital tiap 6 jam

R/ : untuk mengetahui perkembangan pasien

b) Kaji skala nyeri pasien

R/ : dengan mengkaji skala nyeri berdasarkan PORST dapat diketahui tingkat nyeri pasien dan sejauh mana efektifitas tindakan keperawatan yang dilakukan.

c) Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi

R/ :Ajarkan teknik distraksi pasien tidak akan terfokus pada nyerinya, dengan teknik relaksasi dapat merilekskan otot-otot sehingga rasa nyeri pasien berkurang.

d) Berikan lingkungan yang aman dan nyaman

R/ : Dengan lingkungan yang aman dan nyaman akan membuat pasien lebih rileks.

e) Kolaborasi dengan pemberian obat analgetik

R/ : Dengan pemberian analgetik dapat mengurangi nyeri.

2) Kekurangan volume cairan berhubungan dengan perdarahan.

Tujuan : Volume cairan adekuat

Kriteria hasil : perdarahan dapat dihentikan, tidak terdapat tanda-tanda syok hipovolemik.

Intervensi :

- a) Observasi tanda-tanda vital
R/: untuk mengetahui perkembangan pasien
 - b) Catat intake dan output
R/: mengetahui cairan masuk dan keluar
 - c) Observasi terhadap tanda-tanda syok hipovolemik
R/: mengetahui apakah ada tanda-tanda syok hipovolemik
 - d) Kolaborasi dalam pemberian cairan sesuai indikasi.
R/: untuk mengetahui kehilangan volume cairan
- 3) Resiko infeksi berhubungan dengan imunitas tubuh primer terganggu.
- Tujuan : infeksi tidak terjadi
- Kriteria hasil : mencapai penyembuhan yang tepat waktu
- Intervensi :
- a) Observasi tanda-tanda vital
R/ : Mengetahui perkembangan pasien
 - b) Observasi tanda-tanda infeksi (rubor, calor, dolor, tumor, fungsiolasia)
R/ : Menentukan tingkat keparahan penyakit dan bakteri.
 - c) Rawat luka dengan teknik steril, inspeksi luka atau robekan kontinuitas dan kolaborasi dalam pemeriksaan lab (WBC) dan pemeriksaan antibiotic.
R/ : Mencegah terjadinya mikroorganisme penyebab infeksi
 - d) Kolaborasi dalam pemberian antibiotic

R/ : Pemberian antibiotic dapat menghambat dan menekan pertumbuhan mikroorganisme penyebab infeksi.

- 4) Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan musculoskeletal akibat fraktur.

Tujuan : Pasien dapat beraktivitas sesuai batas toleransi

Kriteria hasil : *Activity Daily Living* (ADL) pasien terpenuhi, pasien dapat beraktivitas seperlunya.

Intervensi :

- a) Observasi tingkat aktivitas pasien

R/ : mengetahui rentang gerak yang bisa dilakukan pasien.

- b) Observasi kekuatan otot pasien

R/ : mengetahui perkembangan otot pasien

- c) Bantu pasien dalam mobilisasi secara bertahap

R/ : melatih kekuatan otot yang menurun sehingga kekuatan otot meningkat

- d) Ajarkan serta bantu pasien dalam ROM aktif dan pasif

R/ : melatih persendian dengan harapan persendian dan otot pasien tidak kaku

- 5) Ansietas berhubungan dengan ancaman pada status terkini

Tujuan : Ansietas teratasi

Kriteria evaluasi : Mengetahui dan mendiskusikan rasa takut, menungkap keakuratan tentang situasi dampak rileks dan melaporkan ansietas berkurang sampai pada tingkat dapat diatasi.

Intervensi :

a) Kaji status mental dan tingkat ansietas dari pasien dan keluarga

R/: gangguan tingkat kesadaran dapat mempengaruhi ekspresi rasa takut tetapi tidak menyangkut keberadaanya.

b) Berikan penjelasan hubungan antara proses penyakit, kondisi, luarnya trauma.

R/: meningkatkan pemahaman mengenai rasa takut karena ketidaktahuan dan dapat membantu menurunkan ansietas.

c) Dorong menggunakan manajemen stress seperti napas dalam.

R/: membantu memfokusnya kembali perhatian

d) Evaluasi pemberian informasi

R/: informasi yang diterima dapat menurunkan ansietas

e) Libatkan keluarga/pasien dalam pembuatan keputusan sebanyak mungkin

R/: meningkatkan perasaan kontrol diri dan meningkatkan kemandirian.

Post Operasi

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik, insisi pembedahan, terputusnya jaringan tulang, gerakan fragmen tulang, edema dan cedera pada jaringan, alat traksi atau imobilisasi, stress. Ansietas.

Tujuan : Nyeri dapat berkurang

Kriteria hasil :

- a) Nyeri berkurang
- b) Klien tampak tenang

Intervensi :

- a) Observasi tanda-tanda vital

R/ : untuk mengetahui perkembangan pasien

- b) Kaji skala nyeri pasien

R/ : dengan mengkaji skala nyeri berdasarkan PORST dapat diketahui tingkat nyeri pasien.

- c) Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi

R/ : Agar pasien tidak terfokus pada nyerinya.

- d) Berikan lingkungan yang aman dan nyaman

R/ : Dengan lingkungan yang aman dan nyaman akan membuat pasien lebih rileks.

- e) Melakukan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgetik

R/ : Dengan pemberian analgetik dapat mengurangi nyeri.

2) Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan tekanan, perubahan status metabolik, kerusakan sirkulasi dan penurunan sensasi dibuktikan oleh terdapat luka / ulserasi, kelemahan, penurunan berat badan, turgor kulit buruk, terdapat jaringan nekrotik.

Tujuan : mencapai penyembuhan luka pada waktu yang sesuai

Kriteria hasil :

- a) Tidak ada tanda-tanda infeksi seperti pus
- b) Luka bersih, tidak lembab dan tidak kotor
- c) Tanda-tanda vital dalam batas normal atau dapat ditolerin

Intervensi :

- a) Observasi lokasi, ukuran, warna, bau, serta jumlah dari tipe cairan luka

R/ : Mengidentifikasi tingkat keparahan luka akan mempengaruhi intervensi.

- b) Lakukan perawatan luka dengan teknik aseptik

R/ : Mempercepat penyembuhan luka

- c) Pantau peningkatan suhu tubuh

R/ : suhu tubuh yang meningkat dapat diidentifikasi sebagai adanya proses peradangan.

- d) Berikan perawatan luka dengan teknik aseptik. Balut luka dengan kasa kering dan steril, gunakan plaster kasa.

R/ : teknik aseptik membantu mempercepat penyembuhan luka dan mencegah terjadinya infeksi.

e) Ajarkan keluarga mengenai luka dan perawatan luka

R/ : memberikan pengetahuan untuk mengurangi resiko infeksi.

f) Jika pemulihan tidak terjadi kolaborasi tindakan lanjutan, misalnya debridement

R/ : agar benda asing atau jaringan yang terinfeksi tidak menyebar luas pada area kulit normal lainnya.

g) Setelah debridement ganti balutan sesuai dengan kebutuhan.

R/ : balutan dapat diganti satu atau dua kali sehari tergantung kondisi parah atau tidaknya luka, agar tidak terjadi infeksi.

3) Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri atau ketidaknyamanan, kerusakan muskuloskeletal, terapi pembatasan aktivitas, dan penurunan kekuatan/tahanan.

Tujuan : pasien akan menunjukkan tingkat mobilitas optimal.

Kriteria hasil :

a) Penampilan yang seimbang

b) Melakukan pergerakan dan perpindahan

c) Mempertahankan mobilitas optimal yang dapat di toleransi, dengan karakteristik:

0 = mandiri penuh.

1 = memerlukan alat bantu.

2= memerlukan bantuan dari orang lain untuk bantuan, pengawasan dan pengajaran.

3 = membutuhkan bantuan dari orang lain dan alat bantu.

4 = ketergantungan, tidak berpartisipasi dalam aktivitas.

Intervensi :

a) Observasi tingkat aktivitas pasien

R/ : mengetahui rentang gerak pasien.

b) Observasi kekuatan otot pasien

R/ : mengetahui perkembangan otot pasien

c) Bantu pasien dalam mobilisasi secara bertahap

R/ : melatih kekuatan otot yang menurun sehingga kekuatan otot meningkat

d) Ajarkan serta bantu pasien dalam ROM aktif dan pasif

R/ : melatih persendian dengan harapan persendian dan otot pasien tidak kaku

e) Kolaborasi dengan ahli terapi fisik atau okupasi

R/ : sebagai suatu sumber untuk mengembangkan perencanaan dan mempertahankan atau meningkatkan mobilitas pasien.

- 4) Risiko infeksi berhubungan dengan status cairan tubuh, respons inflamasi tertekan, prosedur invasif dan jalur penusukkan, luka/kerusakan kulit, insisi pembedahan.

Tujuan : infeksi tidak terjadi/terkontrol

Kriteria hasil :

- a) Tidak adanya tanda-tanda infeksi seperti pus
- b) Luka bersih tidak lembab dan tidak kotor
- c) Tanda-tanda vital dalam batas normal atau dapat ditoleransi

Intervensi :

- a) Pantau tanda-tanda vital

R/ : mengidentifikasi tanda-tanda peradangan terutama bila suhu tubuh meningkat

- b) Lakukan perawatan luka dengan teknik aseptik

R/ : mengendalikan penyebaran mikroorganisme patogen

- c) Lakukan perawatan terhadap prosedur invasif seperti infuse, kateter, drainase luka, dll.

R/ : untuk mengurangi resiko infeksi nosokomial.

- d) Jika ditemukan tanda-tanda infeksi kolaborasi untuk pemeriksaan darah seperti Hb dan Leukosit.

R/ : penurunan Hb dan peningkatan jumlah leukosit dari normal bisa terjadi akibat terjadinya proses infeksi.

- e) Kolaborasi untuk pemberian antibiotic

R/ : antibiotic mencegah perkembangan mikroorganisme pathogen

- 5) Kurang pengetahuan tentang kondisi, prognosis dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan keterbatasan kognitif, kurang terpajan/mengingat, salah interpretasi informasi.

Tujuan : pasien mengutarakan pemahaman tentang kondisi, efek prosedur dan proses pengobatan.

Kriteria hasil :

- a) Melakukan prosedur yang diperlukan dan menjelaskan alasan dari suatu tindakan.
- b) Memulai perubahan gaya hidup yang diperlukan dan ikut serta dalam regimen perawatan.

Intervensi :

- a) Observasi tingkat pengetahuan klien dan keluarga tentang penyakit.

R/ : mengetahui seberapa jauh pengalaman dan pengetahuan klien dan keluarga tentang penyakitnya.

- b) Berikan penjelasan pada klien tentang penyakit dan kondisi sekarang

R/ : dapat mengetahui penyakit dan kondisinya sekarang, klien dan keluarganya akan merasa tenang dan mengurangi rasa cemas.

- c) Diskusikan kembali perawatan dan penyebab komplikasi
R/ : pemahaman akan meningkatkan kerjasama dengan program terapi.
- d) Ajarkan tanda dan gejala kemungkinan komplikasi.
R/ : deteksi dini dan pelapora tanda dan gejala bahaya.
- e) Minta klien dan keluarga mengulangi kembali tentang materi yang telah diberikan.
R/ : mengetahui seberapa jauh pemahaman klien dan keluarga serta menilai keberhasilan dan tindakan yang dilakukan.

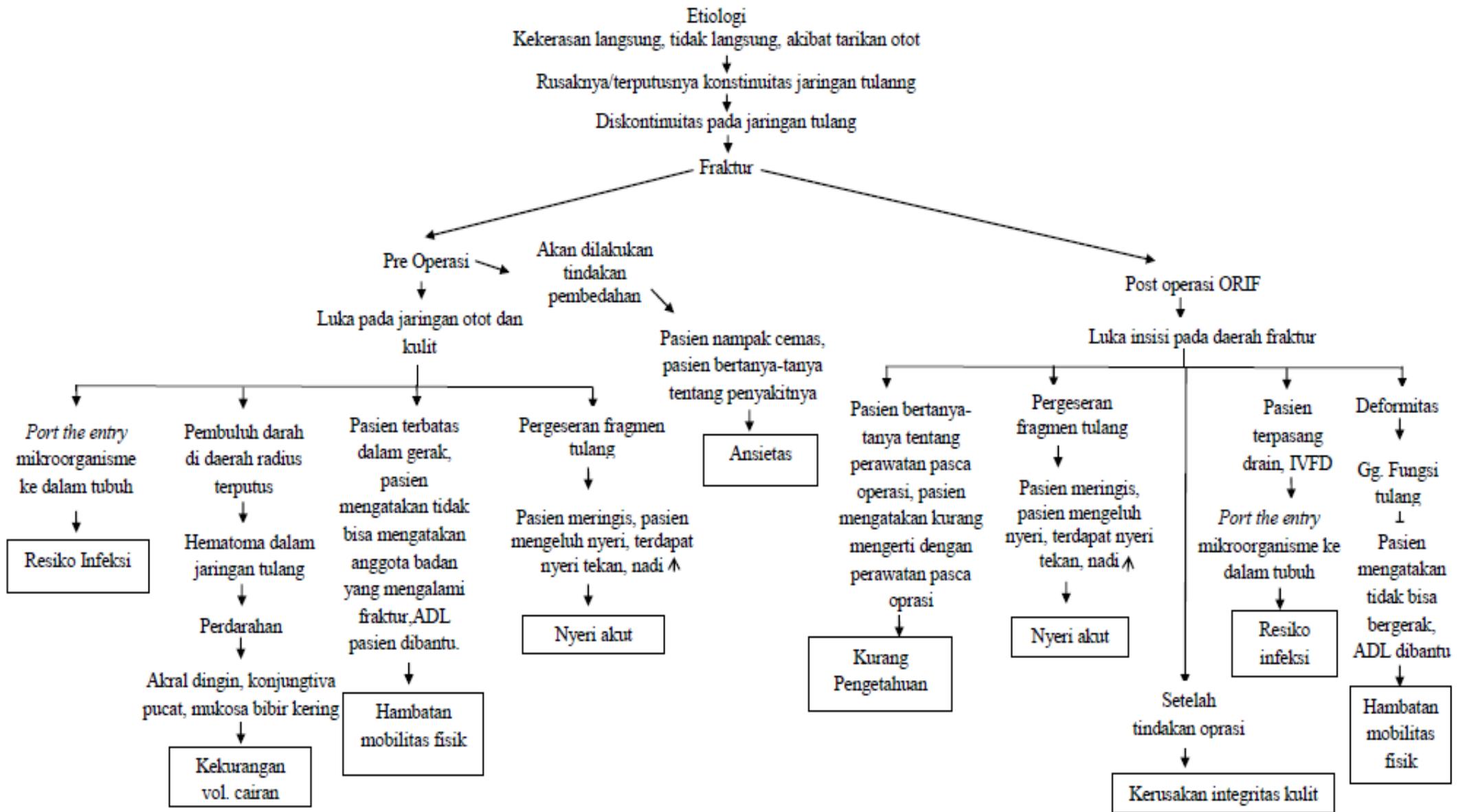
4. Implementasi

Pelaksanaan adalah inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada nursing order untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi factor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan pasien (Nuratif, 2013).

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai keberhasilan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Setelah dilaksanakan tindakan keperawatan maka hasil yang diharapkan adalah sesuai dengan rencana tujuan (Nuratif, 2013).

Gambar 2.3 WOC Fraktur



Sumber: Black & Hawks, 2013; Wijaya & Putri, 2013

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Desain Studi Kasus

Karya tulis ini menggunakan desain studi kasus. Pada studi kasus ini mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada pasien fraktur tibia 1/3 proximal dextra post ORIF dengan diagnosa keperawatan nyeri akut di Ruang Bougenvile BRSU Tabanan.

B. Subyek Studi Kasus

Partisipasi dalam studi kasus ini menggunakan pasien dengan fraktur tibia 1/3 proximal dextra post ORIF dengan diagnosa keperawatan nyeri akut Bougenvile BRSU Tabanan.

C. Fokus Studi

Memberikan asuhan keperawatan pada pasien fraktur tibia 1/3 proximal dextra post ORIF dengan diagnosa keperawatan nyeri akut di Ruang Bougenvile BRSU Tabanan.

D. Definisi Operasional Fokus Studi

Fraktur merupakan istilah dari hilangnya kontinuitas tulang, baik yang bersifat total maupun sebagian, biasanya disebabkan oleh trauma. Fraktur juga bisa dikatakan suatu keadaan dimana terjadi disintegritas tulang, penyebab terbanyak adalah kecelakaan tetapi faktor lain seperti degenerative juga dapat berpengaruh terhadap kejadian fraktur (Brunner & Suddarth dalam Dewi, 2014).Fraktur paling sering terjadi pada remaja dan di usia tua ketika

Tulang dalam kondisi rapuh. Penatalaksanaan medis yang bisa dilakukan pada pasien dengan fraktur yaitu ORIF yang merupakan tindakan insisi pada tempat yang mengalami cedera dan ditentukan sepanjang bidang anatomi menuju tempat yang mengalami fraktur.

E. Instrumen Studi Kasus

Instrumen pada studi kasus ini menggunakan lembar pengkajian dan lembar observasi.

F. Metode Pengumpulan Data

1. Pengkajian (mengumpulkan data dengan melakukan pemeriksaan sesuai dengan keluhan pasien).
2. Observasi dan pemeriksaan fisik (dengan pendekatan IPPA: inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi) pada sistem tubuh klien.
3. Wawancara (hasil anamnesis berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, dahulu, keluarga dll). Sumber data dari klien, keluarga, perawat lainnya).
4. Studi dokumentasi (hasil dari pemeriksaan diagnostic dan data lain yang relevan). Pengumpulan data juga dapat dilaksanakan dengan menggunakan angket jika diperlukan.

G. Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus ini akan dilaksanakan di Ruang Bougenvile BRSU Tabanan kurang lebih selama tiga hari.

H. Analisis Data dan Pengkajian Data

Analisis data dilakukan sejak peneliti di BRSU Tabanan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisa data dilakukan dengan cara menemukan fakta, selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisa yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban yang diperoleh dari hasil interpersi wawancara dan observasi. Urutan dalam analisis adalah sebagai berikut.

1. Pengumpulan data

Data dikumpulkan dari hasil (pengkajian, wawancara, observasi, dokumentasi). Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip (catatan terstruktur).

2. Mereduksi data

Data hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subyektif dan obyektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostic kemudian dibandingkan nilai normal.

3. Penyajian data

Penyajian data dapat dilakukan dengan table, gambar, bagan maupun teks naratif. Kerahasiaan dari klien dijamin dengan jalan mengaburkan identitas dari klien.

4. Kesimpulan

Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan metode induksi. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan dan evaluasi.

I. Etika Studi Kasus

Etika yang mendasari penyusunan studi kasus tersebut adalah sebagai berikut.

1. *Information Sheet*

Dalam studi kasus ini informasi yang akan disampaikan kepada calon subyek penelitian dan atau keluarganya sebelum mereka memutuskan bersedia menjadi subyek atau tidak menjadi subjek penelitian. Pada studi kasus ini peneliti menggunakan penjelasan untuk mengikuti penelitian (PSP).

2. *Informed Consent* (Persetujuan menjadi klien)

Dalam studi kasus ini partisipan punya informasi yang adekuat tentang penelitian, mampu memahami informasi, bebas menentukan pilihan, memberikan kesempatan kepada klien mereka untuk atau tidak ikut berpartisipasi dalam penelitian secara sukarela.

3. *Anonimity* (Tanpa Nama)

Pada studi kasus ini penulis tidak akan mencantumkan identitas pada pasien. Pasien cukup mencantumkan initial.

4. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Dalam studi kasus ini penulis akan menjaga kerahasiaan tentang penyakit yang dialami pasien.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Gambaran Lokasi Hasil Pengambilan Data

Lokasi penelitian dilakukan di Badan Rumah Sakit Umum Daerah (BRSUD) Kabupaten Tabanan yang merupakan rumah sakit milik Pemerintah Kabupaten Daerah Tingkat II Tabanan, berdiri pada tanggal 24 November 1953, terletak di jantung kota diatas tanah seluas 1,6 hektar. BRSUD Kabupaten Tabanan merupakan Rumah Sakit tipe B pendidikan, RS Rujukan Bali Barat dengan kapasitas 225 tempat tidur. Terhitung tanggal 10 Agustus 2016 BRSUD Kabupaten Tabanan telah lulus akreditasi paripurna dari Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS) sejak tahun 2008 dan lulus sertifikasi Internasional Organization for Standardization (ISO) versi 9001:2015 sejak tahun 2015. Adapun jenis ruangan yang disediakan adalah sebagai berikut.

- a. Rawat Jalan: 22 poli spesialis (layanan penyakit dalam, bedah, umum, bedah urologi, bedah orthopedic, bedah saraf, kandungan, dan kebidanan, anak, jantung, paru, saraf, jiwa, THT, mata, gigi dan mulut, kulit dan kelamin, anastesi, rehabilitasi medic dan VCT. Poliklinik gizi, laktasi, medical cheek up, eksekutif dan geriatric).
- b. Rawat intensif dan tindakan medic: ICU, ICCU, HCU, Kamar OK dan VK.

- c. IGD dengan pelayanan 24 jam.
- d. Rawat Inap: Ruang anggrek, Bakung. Bougenville, Cempaka, Dahlia GT, Gryatama, Kemuning dan Sandat.

Dari salah satu ruang rawat lanjut, Bougenville merupakan tempat pengambilan kasus KTI. Bougenville merupakan ruang rawat rawat inap yang memiliki pelayanan bedah, yang kepala kepala ruangan, wakil kepala ruangan, 3 perawat primer dan perawat pelaksana. Ruang bougenville memiliki 8 kamar tang terdiri dari, kamar observasi, kamar combustion, kamar isolasi dan kelas I, II, III.

2. Karakteristik Partisipan

Pasien dalam penelitian ini berjumlah 1 orang adalah Ny. D umur 30 tahun beragama islam, alamat JL. Gunung Agung Gg. Taman Asri no. 15.

3. Data Asuhan Keperawatan

A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 19 Maret 2020 pukul 09.00 wita di ruang Bougenville BRSU Tabanan dengan teknik wawancara, observasi, rekan medis dan pemeriksaan fisik.

1) Identitas Pasien

Nama	: Ny. D
Jenis Kelamin	: Perempuan
Umur	: 30 tahun
Status Perkawinan	: Menikah
Agama	: Islam

Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Wiraswasta
Alamat : JL. Gunung Agung Gg. Taman Asri no. 15
Tanggal MRS : 17 Maret 2020
No. Register : 656331

2) Alasan Masuk Rumah Sakit

a) Keluhan utama saat masuk rumah sakit

Pasien mengatakan mengalami kecelakaan jatuh dari sepeda motor dan merasakan nyeri padatungkai bawah kaki kanannya, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk secara terus menerus, nyeri bertambah disaat di gerakkan.

b) Keluhan utama saat pengkajian

Pasien mengeluh nyeri padadaerah post op jika digerakkan.

c) Riwayat penyakit sekarang

Pada tanggal 17 Maret 2019 pukul 09.45 Wita pasien datang ke UGD BRSU Tabanan diantar oleh keluarganya. Pasien mengeluh luka pada kaki kanannya, nyeri dan bengkak. Hasil pemeriksaan di UGD di dapatkan TTV TD: 120/70 mmHg, S: 36,5⁰C, RR: 18^x/menit, N: 80^x/menit. Setelah dilakukan pemeriksaan oleh dokter, pasien disarankan untuk melakukan rontgen dan didapatkan hasil Fraktur Tibia Dekstra. Pasien disarankan untuk tindakan operasi pembedahan ORIF atau pemasangan plat dan diberi jadwal operasi pada tanggal

18Maret 2020 sehingga pasien disarankan rawat inap untuk mendapatkan penanganan lebih lanjut. Pada tanggal 18 Maret 2020 pukul 09.00 WITA pasien diantar ke ruang OK untuk dilakukan tindakan pembedahan, dengan jenis operasi elektif dan anastesi jenis general, selesai sekitar pukul 11.30 WITA. Kemudian pasien dipindahkan ke Ruang BougenvilleBRSU Tabanan. Di ruang Bougenville pasien mendapat terapi:

- IVFD RL 20 tpm
- Paracetamol 2 x 1000 mg/IV.
- Ceftriaxone 2 x1 gram/IV.

d) Riwayat penyakit sebelumnya

Pasien mengatakan sebelumnya tidak pernah masuk rumah sakit dengan keluhan sakit yang sama, pasien sebelumnya tidak pernah mengalami oprasi.

e) Riwayat penyakit keluarga

Pasien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang mempunyai penyakit keturunan seperti asma, hipertensi, DM dan keluarganya pun tidak pernah mengalami penyakit menular seperti TB, hepatitis.

3) Kebutuhan bio-psiko-sosial-spiritual

a) Bernapas

Pasien mengatakan sebelum dan saat sakit pasien tidak mengalami kesulitan dalam bernapas baik saat menarik napas maupun menghembuskan napas.

b) Makan dan minum

Pasien mengatakan sebelum dan sesudah pengkajian pasien tidak mengalami keluhan dalam makan dan minum, pasien biasa makan 1 porsi habis setiap kali makan dengan makan 3xsehari. Pasien mengatakan biasa minum air 8 gelas perhari.

c) Eleminasi

BAB: pasien mengatakan sebelum sakit biasa BAB 1 kali sehari dengan konsistensi lembek. Saat pengkajian pasien mengatakan biasa BAB 1 kali sehari dengan konsistensi lembek dengan dibantu oleh keluarga dan perawat.

BAK: pasien mengatakan sebelum dan saat pengkajian biasa BAK 6-8 kali sehari warna khas urine, bau khas urine, tidak ada nyeri saat kencing.

d) Gerak dan Aktivitas

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit pasien bisa melakukan aktivitas seperti berolahraga, masuk kerja. Pada saat pengkajian pasien mengatakan hanya bisa melakukan aktivitas secara terbatas dengan di bantu oleh keluarga dan perawat.

e) Istirahat dan tidur

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit tidak memiliki keluhan saat istirahat tidur. Pada saat pengkajian pasien mengatakan sering terjaga karena nyerinya.

f) Kebersihan diri

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit pasien biasa mandi 2x sehari. Saat pengkajian pasien-pasien mengatakan hanya di lap air hangat oleh keluarganya.

g) Pengaturan suhu tubuh

Pasien mengatakan sebelum dan sesudah pengkajian tidak mengalami peningkatan suhu tubuh.

h) Rasa nyaman

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien merasa nyaman dengan kondisinya. Saat pengkajian pasien mengatakan tidak nyaman dengan kondisinya karena nyeri yang dirasakan.

i) Rasa aman

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien merasa aman dengan keadaanya. Saat pengkajian pasien merasa tidak aman (cemas) dengan keadaanya sekarang.

j) Data sosial

Pasien mengatakan sebelum dan saat pengkajian hubungan dengan keluarganya harmonis.

4) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan umum

Kesadaran : Composmetis

Bangun tubuh : Sesang

Cara berjalan : terkordinasi

Gerak motorik : terkordinasi

Postur tubuh : tegak

Keadaan kulit : warna kulit sawo matang, turgor kulit elastic, kulit bersih tidak ada edeme, tidak ada luka, tidak ada pus, tidak ada jaringan nekrotik.

b) Gejala cardinal

Tekanan darah : 120/70 mmHg

Nadi : 88x/menit

Suhu : 36,5⁰C

Respirasi : 18x/menit

BB : 55 kg

Tinggi Badan : 157 cm

c) Keadaan fisik

a. Kepala: Muka simetris, kulit kepala bersih, bentuk tengkorak normal, tidak ada nyeri tekan.

b. Mata: konjungtiva merah muda, sclera putih, tidak ada edema pada mata, reflek pupil baik, pergerakan bola mata normal, tidak ada nyeri tekan.

- c. Hidung: bentuk hidung simetris, tidak ada scret, hidung bersih, tidak ada nyeri tekan.
- d. Telinga: bentuk simetris, telinga bersih pendengaran baik, tidak ada nyeri tekan.
- e. Mulut: bentuk mulut simetris, warna merah muda, mukosa bibir lembab, gusi tidak ada perdarahan, tidak ada radang faring.
- f. Leher: tidak terdapat luka, tidak terdapat pembesaran vena jugularis, tidak ada nyeri tekan.
- g. Thorak: bentuk dada simetris, ada reaksi otot dada, gerakan dada simetris, tidak ada nyeri tekan, suara paru sonor, tidak ada suara napas tambahan.
- h. Abdomen: bentuk simetris, tidak ada jaringan parut, tidak ada striae, tidak ada nyeri tekan.
- i. Genitalia: tidak teridentifikasi
- j. Anus: tidak teridentifikasi
- k) Ekstremitas:

Atas: tidak ada edema, tidak ada sianosis, terpasang infuse IVFD RL 20 tpm di tangan kiri.

Bawah: pada kaki kiri tidak ada edema, tidak ada luka, tidak ada sianosis. Pada kaki kanan terpasang elastic bandage, terdapat edema, terdapat nyeri tekan, dan tampak kemerahan.

Kekuatan otot:

555	555
Fraktur Tibia Post Orif H+1	555

5) Pemeriksaan Diagnostik

Tabel 4.1 Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Rentang Normal
Pemeriksaan Darah Lengksp			
Leukosit	H 16,64	$10^3/\mu\text{L}$	4,0-10,0
Eritrosit	5,05	$10^3/\mu\text{L}$	4.50-6.20
Hemoglobin	14.5	g/dL	13.0-18.0
Hematokrit	41.7	%	40.0-54.0
MCH	28.7	pg	27.0-36.0
MCV	82.6	fL	81.0-96.0
RDW-SD	39.5	fL	37.0-54.0
RDW-CV	13.2	%	11.0-16.0
Trombosit	325	$10^3/\mu\text{L}$	150-400
PDW	11.4	fL	9.0-17.0
MPV	10.1	fL	9.0-13.0
P-LCR	25.7	%	13.0-43.0
PCT	0.33	%	0.17-0.35
Neutrofil	H 78.5	%	50-70
Monosit	H 8.4	%	2-8
Limfosit	L 11.7	%	20-40
Eosonofil	1.2	%	
Basofil	0.2	%	
IG	H 0.4	%	
Eritrosit Berintil	0	%	

A. Analisa Data

ANALISA DATA KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. D
FRAKTUR TIBIA 1/3 PROXIMAL DEXTRA POST ORIF
DENGAN DIAGNOSA KEPERAWATAN NYERI AKUT
DI RUANG BOUGENVILLE BRSU TABANAN
TANGGAL 19-21 MARET2020

Tabel 4.2 Analisa Data

Data subyektif	Data obyektif	Kesimpulan
<p>- Pasien mengatakan nyeri kaki padatungkai kanan bawah pasca operasi. P: pasien mengatakan nyeri karena post operasi fraktur. Q: pasien mengatakan nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk pada tungkai kanan bawah. R: pasien mengatakan nyeri dirasakan pada tungkai bawah kaki kanan S: pasien mengatakan sakit yang dirasakannya mengganggu aktivitas, skala nyeri :6 T: Nyeri timbul tiba-tiba dan pada saat digerakkan, berlangsung 5-10 menit saat nyeri muncul.</p>	<p>- Tanda-tanda vital: Nadi:88x/menit TD: 120/70 mmHg Suhu : 36,5⁰C Respirasi: 18x/menit - kaki sebelah kanan terpasang elastic bandage. - Pasien terlihat meringis kesakitan terutama saat melakukan pergerakan. - Kaki kanan pasien tampak kemerahan, terdapat edema dan terdapat nyeri tekan pada kaki kanan bawah.</p>	Nyeri akut
<p>- Pasien mengatakan tidak bisa bergerak dengan bebas. - Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarga.</p>	<p>- ADL pasien dibantu oleh keluarga dan perawat. - Pasien tampak membatasi gerakan.</p>	Hambatan Mobilitas Fisik

Data subyektif	Data obyektif	Kesimpulan				
	- Kekuatan otot: <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">555</td> <td style="padding: 5px;">555</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">Fraktur Tibia Post Orif H+1</td> <td style="padding: 5px;">555</td> </tr> </table>	555	555	Fraktur Tibia Post Orif H+1	555	
555	555					
Fraktur Tibia Post Orif H+1	555					
-	- Tampak kemerahan pada luka bekas jaritan. - Luka masih dalam keadaan tertutup. - WBC 16.64	Resiko Infeksi				

B. Rumusan Masalah Keperawatan

1. Nyeri Akut
2. Hambatan mobilitas fisik
3. Resiko infeksi

C. Analisa Masalah

1. P: Nyeri akut

E: Agen cedera fisik dan trauma jaringan akibat pembedahan

S: pasien mengatakan nyeri kaki pada tungkai kanan bawah pasca operasi. P: pasien mengatakan nyeri karena post operasi fraktur. Q: pasien mengatakan nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk pada tungkai kanan bawah. R: pasien mengatakan nyeri dirasakan pada tungkai bawah kaki kanan S: pasien mengatakan sakit yang dirasakannya mengganggu aktivitas, skala nyeri 6. T: Nyeri timbul tiba-tiba dan pada saat digerakkan, berlangsung 5-10 menit saat nyeri muncul. Tanda-tanda vital: Nadi: 88x/menit, TD: 120/70 mmHg, Suhu :

36,5⁰C, Respirasi: 18x/menit, kaki sebelah kanan terpasang elastic bandage, Pasien terlihat meringis kesakitan terutama saat melakukan pergerakan, kaki kanan pasien tampak kemerahan, terdapat edema dan terdapat nyeri tekan pada kaki kanan bawah.

Proses terjadinya:

Adanya agen cedera fisik dan trauma jaringan akibat pembedahan maka terjadinya peradangan. Sehingga impuls nyeri dikirim melalui serabut saraf perifer, kemudian nyeri memasuki medula spinalis dan stimulus nyeri mencapai hipotalamus, sehingga pasien tampak meringis, nadi meningkat dan menyebabkan nyeri akut.

Akibat jika tidak ditangani:

Pasien akan terfokus pada nyerinya dan tidak kooperatif dalam pengobatan.

2. P: Hambatan Mobilitas Fisik

E: kerusakan muskuloskeletal akibat fraktur

S: pasien mengatakan tidak bisa bergerak dengan bebas, pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarga, ADL pasien dibantu oleh keluarga dan perawat, pasien tampak membatasi gerakannya. Kekuatan otot:

555	555
Fraktur Tibia Post Orif H+1	555

Proses terjadinya:

Karena adanya gangguan sistem transport O₂ sekunder sehingga O₂ yang masuk ke dalam tubuh tidak adekuat untuk menunjang proses penurunan akibat pembedahan.

Akibat jika tidak diangani:

ADL pasien tidak terpenuhi secara mandiri.

3. P: Resiko infeksi

E: status cairan tubuh, respons inflamasi tertekan, prosedur invasif dan jalur penusukkan, luka/kerusakan kulit, insisi pembedahan

S: tampak kemerahan pada luka bekas jaritan, luka masih dalam keadaan tertutup, WBC 16.64.

Proses terjadinya:

Adanya luka pembedahan, mengakibatkan masuknya mikroorganisme ke dalam tubuh.

Akibat jika tidak diangani:

Terjadi bengkak pada sekitar luka operasi, dan menghambat proses penyembuhan.

2. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri Akut b/d agen cedera fisik dan trauma jaringan akibat pembedahan d/d pasien mengatakan nyeri kaki pada tungkai kanan bawah pasca operasi. P: pasien mengatakan nyeri karena post operasi fraktur. Q: pasien mengatakan nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk pada tungkai kanan bawah. R: pasien mengatakan nyeri dirasakan pada tungkai bawah kaki kanan S:

pasien mengatakan sakit yang dirasakannya mengganggu aktivitas, skala nyeri 6. T: Nyeri timbul tiba-tiba dan pada saat digerakkan, berlangsung 5-10 menit saat nyeri muncul. Tanda-tanda vital: Nadi: 88x/menit, TD: 120/70 mmHg, Suhu: 36,5⁰C, Respirasi: 18x/menit, kaki sebelah kanan terpasang elastic bandage, Pasien terlihat meringis kesakitan terutama saat melakukan pergerakan, kaki kanan pasien tampak kemerahan, terdapat edema dan terdapat nyeri tekan pada kaki kanan bawah.

2. Hambatan Mobilitas Fisik b/d kerusakan muskuloskeletal akibat fraktur d/d pasien mengatakan tidak bisa bergerak dengan bebas, pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarga, ADL pasien dibantu oleh keluarga dan perawat, pasien tampak membatasi gerakannya. Kekuatan otot:

555	555
Fraktur Tibia Post Orif H+1	555

3. Risiko infeksi b/d status cairan tubuh, respons inflamasi tertekan, prosedur invasif dan jalur penusukkan, luka/kerusakan kulit, insisi pembedahan d/d tampak kemerahan pada luka bekas jaritan, luka masih dalam keadaan tertutup, WBC 16.64.

3. Rencana Keperawatan

RENCANA KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. D
FRAKTUR TIBIA 1/3 PROXIMAL DEXTRA POST ORIF
DENGAN DIAGNOSA KEPERAWATAN NYERI AKUT
DI RUANG BOUGENVILLE BRSU TABANAN
TANGGAL 19-21 MARET 2020

Tabel 4.3 Rencana Keperawatan

Hari/tgl/waktu	Dx Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
Kamis 19 maret 2020 Pkl.09.0 0 wita	1	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24jam diharapkan nyeri pasien berkurang dengan kriteria hasil: 1. Skala nyeri pasien berkurang menjadi 3-0 dari skala nyeri yang diberikan. 2. Pasien tampak tidak meringis. 3. Pasien tidak merasa nyeri saat menggerakkan kakinya.	1. Observasi tanda-tanda vital 2. Kaji skala nyeri pasien 3. Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi 4. Beri HE kepada pasien dan keluarga untuk memberikan lingkungan yang aman dan nyaman 5. Kolaborasi dalam pemberian paracetamol 2 x	1. Untuk mengetahui perkembangan pasien 2. Dengan mengkaji skala nyeri berdasarkan PQRST dapat diketahui tingkat nyeri pasien. 3. Agar pasien tidak terfokus pada nyerinya. 4. Dengan lingkungan yang aman dan nyaman akan membuat pasien lebih rileks. 5. Dapat mengurangi rasa nyeri.

Hari/tgl/waktu	Dx Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
			1000 mg/IV	
	2	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24jam diharapkan hambatan mobilitas fisik pasien dapat diatasi dengan kriteria hasil: 1. Pasien dapat beraktivitas secara bertahap. 2. ADL pasien terpenuhi.	1. Observasi tingkat aktivitas pasien 2. Observasi kekuatan otot pasien 3. Bantu pasien dalam mobilisasi secara bertahap 4. Beri HE pada pasien dalam pemberian ROM aktif dan pasif 5. Kolaborasi dengan tim fisioterapi untuk mendapatkan tindakan rehabilitasi medik	1. Mengetahui rentang gerak yang bisa dilakukan pasien 2. Mengetahui perkembangan kekuatan otot pasien 3. Melatih kekuatan otot yang menurun sehingga kekuatan otot meningkat 4. Melatih persendian dengan harapan persendian dan otot pasien tidak kaku 5. Agar tidak terjadi kekakuan pada otot dan memperlancar peredaran darah
	3	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24jam diharapkan infeksi tidak terjadi dengan kriteria hasil: 1. Tidak ada tanda-tanda	1. Observasi TTV pasien 2. Observasi tanda-tanda infeksi	1. Mengetahui perkembangan pasien 2. Mengetahui tingkat keparahan penyakit dan bakteri

Hari/tgl/ waktu	Dx Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
		<p>infeksi</p> <p>2. Jumlah leukosit dalam batas normal</p> <p>3. Pencapaian penyembuhan luka yang sesuai dengan waktunya</p>	<p>3. Rawat luka dengan teknik aseptik</p> <p>4. Beri HE kepada keluarga pasien mencuci tangan dengan baik</p> <p>5. Kolaborasi dalam pemberian ceftriaxone 2x1 gr/IV</p>	<p>3. Mencegah masuknya mikroorganisme penyebab infeksi</p> <p>4. Mencegah perpindahan kuman yang dapat menyebabkan terjadinya infeksi</p> <p>5. Dapat menghambat pertumbuhan mikroorganisme penyebab infeksi</p>

4. Pelaksanaan Keperawatan

**PELAKSANAAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY.D
FRAKTUR TIBIA 1/3 PROXIMAL DEXTRA POST ORIF
DENGAN DIAGNOSA KEPERAWATAN NYERI AKUT
DI RUANG BOUGENVILLE BRSU TABANAN
TANGGAL 19-21 MARET 2020**

Tabel 4.4 Pelaksanaan Keperawatan

Hari/tgl/ waktu	Dx	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Paraf
Kamis 19 maret 2020 Pkl.08.00 wita	1	Mengobservasi TTV pasien	S: - O: Nadi:88x/menit TD:120/70 mmHg Suhu : 36,5 ⁰ C Respirasi:18x/menit	Wia
Pkl.09.00 wita	1	Mengkaji skala nyeri pasien	S: pasien mengatakan nyeri karena post operasi fraktur, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri dirasakan pada tungkai bawah kaki kanan. skala nyeri 6 dari 10 skala nyeri yang diberikan, nyeri bertambah berat jika dibawa bergerak. O: Pasien tampak meringis.	Wia
Pkl.10.00 wita	1	Mengajarkan teknik napas dalam	S: pasien mengatakan mau mengikuti intruksi yang diberikan. O: pasien tampak kooperatif.	Wia
Pkl.11.00 wita	2	Mengobservasi tingkat aktivitas	S: Pasien mengatakan tidak bisa	Wia

Hari/tgl/ waktu	Dx	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Paraf
		pasien	menggerakkan kaki kanannya. O: Aktivitas pasien dibantu keluarga	
Pkl.13.00 wita	1	Mengajarkan teknk distraksi	S: Pasien mengatakan mau berbincang-bincang O: Pasien tampak kooperatif	Wia
Pkl.14.00 Wita	1	Mengkaji skala nyeri pasien	S: pasien mengatakan nyeri karena post operasi fraktur.nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri dirasakan pada tungkai bawah kaki kanan. skala nyeri 6 dari 10 skala nyeri yang diberikan, nyeri bertambah berat jika dibawa bergerak. O: Pasien tampak meringis.	Wia
Pkl.15.59 wita	1.3	Mengobservasi TTV pasien	S: - O: Nadi:84x/menit TD:120/80 mmHg Suhu : 36,0 ⁰ C Respirasi:18x/menit	Perawat
Pkl.16.00 wita	1	Kolaborasi dalam pemberian obat paracetamol 2 x 1000 mg/IV, ceftriaxone 2 x 1gr/iv	S: O:Obat masuk melalui iv perset, tidak ada rekasi alergi.	Perawat
Pkl.17.00 wita	1	Mengkaji skala nyeri pasien	S: pasien mengatakan nyeri karena post operasi fraktur.nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri dirasakan pada tungkai	Perawat

Hari/tgl/ waktu	Dx	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Paraf						
			bawah kaki kanan. skala nyeri 6 dari 10 skala nyeri yang diberikan, nyeri bertambah berat jika dibawa bergerak. O: Pasien tampak meringis.							
Pkl.20.00 wita	1	Memberikan lingkungan aman dan nyaman	S: Pasien mengatakan merasa lebih nyaman. O: Pasien tampak sedikit lebih tenang.	Perawat						
Pkl.23.00 wita	1,3	Kolaborasi dalam pemberian obat paracetamol 2 x 1000 mg/IV, ceftriaxone 2 x 1gr/iv	S: O:Obat masuk melalui iv periset, tidak ada rekasi alergi.	Perawat						
Pkl.05.00 wita	1,3	Mengobservasi TTV pasien	S: - O: Nadi:84x/menit TD:120/80 mmHg Suhu : 36,0°C Respirasi:18x/menit	Perawat						
Pkl.06.30 wita	2	Mengobservasi tingkat aktivitas pasien	S: Pasien mengatakan tidak bisa menggerakkan kaki kanannya. O: Aktivitas pasien dibantu keluarga	Perawat						
Pkl.07.30	2	Mengobservasi kekuatan otot	S: O: Kekuatan otot pasien: <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">555</td> <td style="padding: 5px;">555</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">Fraktur Tibia Post</td> <td style="padding: 5px;">555</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">Orif H+1</td> <td></td> </tr> </table>	555	555	Fraktur Tibia Post	555	Orif H+1		Perawat
555	555									
Fraktur Tibia Post	555									
Orif H+1										
Jumat, 20 maret 2020 Pkl.08.00	1	Mengkaji skala nyeri pasien	S: pasien mengatakan nyeri karena post operasi fraktur. nyeri dirasakan seperti ditusuk-	wia						

Hari/tgl/ waktu	Dx	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Paraf
			tusuk, nyeri dirasakan pada tungkai bawah kaki kanan. skala nyeri 5 dari 10 skala nyeri yang diberikan, nyeri bertambah berat jika dibawa bergerak. O: Pasien tampak meringis.	
Pkl.09.00 Wita	1	Mengajarkan teknik distraksi dan relaksasi	S: pasien mengatakan mau berbicara-bincang O: Pasien tampak kooperatif	Wia
Pkl.10.00 wita	3	Mengobservasi tanda-tanda infeksi	S: - O: Tanda-tanda infeksi tidak terjadi	Wia
Pkl.11.00 wita	1, 3	Mengobservasi TTV pasien	S: - O: Nadi:82x/menit TD:110/70 mmHg Suhu : 36,5 ⁰ C Respirasi:18x/menit	Wia
Pkl.12.00 wita	2	Membantu pasien dalam mobilisasi secara bertahap	S: Pasien mengatakan masih susah untuk menggerakkan kakinya O: Pasien tampak meringis	Wia
Pkl.13.00	1	Memberikan lingkungan yang aman dan nyaman	S: Pasien mengatakan merasa lebih nyaman. O: Pasien tampak sedikit lebih tenang.	Wia
Pkl.14.00	1	Mengkaji skala nyeri pasien	S: pasien mengatakan nyeri karena post operasi fraktur.nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri dirasakan pada tungkai	Wia

Hari/tgl/ waktu	Dx	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Paraf
			bawah kaki kanan. skala nyeri 4 dari 10 skala nyeri yang diberikan. O: Pasien tampak meringis.	
Pkl.15.00	1,3	Mengobservasi tanda-tanda vital	S: - O: Nadi:80x/menit TD:110/70 mmHg Suhu : 36,0 ⁰ C Respirasi:18x/menit	Perawat
Pkl.16.00	1,3	Kolaborasi dalam pemberian obat Paracetamol 2 x 1000 mg/IV, ceftriaxone 2 x 1gr/iv	S: O: Obat masuk melalui iv perset, tidak ada reaksi alergi.	Perawat
Pkl.20.00	1	Mengkaji skala nyeri pasien	S: pasien mengatakan nyeri karena post operasi fraktur.nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri dirasakan pada tungkai bawah kaki kanan. skala nyeri 4 dari 10 skala nyeri yang diberikan. O: Pasien tampak meringis.	Perawat
Pkl.22.00	1	Memberikan lingkungan yang aman dan nyaman	S: Pasien mengatakan merasa lebih nyaman. O: Pasien tampak sedikit lebih tenang.	Perawat
Pkl.23.00	1, 3	Kolaborasi dalam pemberian obat Paracetamol 2 x 1000 mg/IV, ceftriaxone 2 x 1gr/iv	S: O: Obat masuk melalui iv perset, tidak ada reaksi alergi.	Perawat

Hari/tgl/waktu	Dx	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Paraf				
Pkl.05.00	1,3	Mengobservasi tanda-tanda vital pasien	S: - O: Nadi:78x/menit TD:110/70 mmHg Suhu : 36,0 ⁰ C Respirasi:18x/menit	Perawat				
Pkl.06.00	1, 3	Kolaborasi dalam pemberian obat Paracetamol 2 x 1000 mg/IV, ceftriaxone 2 x 1gr/iv	S: O: Obat masuk melalui iv perset, tidak ada reaksi alergi.	Perawat				
Sabtu, 21 maret 2020 Pkl 08.00 Wita	2	Mengobservasi tingkat aktivitas pasien	S: Pasien mengatakan tidak bisa menggerakkan kaki kanannya. O: Aktivitas pasien dibantu keluarga	Wia				
Pkl.08.30 Wita	2	Mengobservasi kekuatan otot pasien	S: O: Kekuatan otot pasien: <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">555</td> <td style="padding: 5px;">555</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">Fraktur Tibia Post Orif H+1</td> <td style="padding: 5px;">555</td> </tr> </table>	555	555	Fraktur Tibia Post Orif H+1	555	Wia
555	555							
Fraktur Tibia Post Orif H+1	555							
Pkl.09.00 wita	1	Mengkaji skala nyeri pasien	S: pasien mengatakan nyeri karena post operasi fraktur., nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri dirasakan pada tungkai bawah kaki kanan. skala nyeri 4 dari 10 skala nyeri yang diberikan. O: Pasien tampak meringis.	Wia				
Pkl.09.30 wita	3	Mengobservasi tanda-tanda infeksi	S: - O: tanda-tanda infeksi tidak terjadi	Wia				

Hari/tgl/ waktu	Dx	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Paraf
Pkl.10.00 wita	3	Merawat luka dengan teknik aseptic	S: - O: Luka pasien tampak bersih	Wia
Pkl.11.00	1	Mengobservasi TTV pasien	S: - O: Nadi:78x/menit TD:120/80 mmHg Suhu : 36,0 ⁰ C Respirasi:18x/menit	Wia
Pkl.11.20 wita	2	Membantu pasien dalam mobilisasi secara bertahap	S: Pasien mengatakan masih susah untuk menggerakkan kakinya. O: Pasien tampak meringis	Wia
Pkl.12.00 Wita	2	Mengajarkan serta membantu pasien dalam ROM aktif dan pasif	S: - O: Pasien mampu melakukan ROM pasif	Wia
Pkl.14.00 wita	3	Mengobservasi TTV pasien	S:- O: Nadi:78x/menit TD:120/80 mmHg Suhu : 36,0 ⁰ C Respirasi:18x/menit	Wia
Pkl.15.00 wita	1	Mengkaji skala nyeri pasien	S: Pasien mengatakan nyeri pada area luka post oprasi berkurang, skala nyeri 3 dari 10 skala nyeri yang diberikan. O: Pasien tampak tidak meringis.	Perawat
Pkl.15.15 wita	1	Mengajarkan teknik distraksi dan relaksasi	S: pasien mengatakan mau berbicara- bincang O: Pasien tampak kooperatif	Perawat

Hari/tgl/ waktu	Dx	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Paraf				
Pkl.16.00 wita	1	Kolaborasi dalam pemberian obat Paracetamol 2 x 1000 mg/IV	S: O: Obat masuk melalui iv periset, tidak ada reaksi alergi.	Perawat				
Pkl.17.00 wita	1	Memberikan lingkungan yang aman dan nyaman	S: Pasien mengatakan merasa lebih nyaman. O: Pasien tampak sedikit lebih tenang.					
Pkl.18.15 wita	2	Mengobservasi tingkat aktivitas pasien	S: Pasien mengatakan tidak bisa menggerakkan kaki kanannya. O: Aktivitas pasien dibantu keluarga	Perawat				
Pkl.18.30 wita	2	Mengobservasi kekuatan otot pasien	S: O: Kekuatan otot pasien: <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">555</td> <td style="padding: 5px;">555</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">Fraktur Tibia Post Orif H+1</td> <td style="padding: 5px;">555</td> </tr> </table>	555	555	Fraktur Tibia Post Orif H+1	555	Perawat
555	555							
Fraktur Tibia Post Orif H+1	555							
Pkl.20.00 wita	3	Kolaborasi dalam pemberian obat Ceftriaxone 1 gr	S: O: Obat masuk melalui iv periset, tidak ada reaksi alergi.	Perawat				
Pkl.20.30 wita	1	Mengkaji skala nyeri pasien	S: Pasien mengatakan nyeri pada area luka post oprasi berkurang, skala nyeri 3 dari 10 skala nyeri yang diberikan. O: Pasien tampak tidak meringis.	Perawat				

Hari/tgl/ waktu	Dx	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Paraf
Pkl.23.00 wita	1	Kolaborasi dalam pemberian obat Paracetamol 2 x 1000 mg/IV	S: O: Obat masuk melalui iv periset, tidak ada reaksi alergi.	Perawat

5 Evaluasi Keperawatan

EVALUASI KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. D FRAKTUR TIBIA 1/3 PROXIMAL DEXTRA POST ORIF DENGAN DIAGNOSA KEPERAWATAN NYERI AKUT DI RUANG BOUGENVILLE BRSU TABANAN

TANGGAL 21 MARET 2020

Tabel 4.5 Evaluasi Keperawatan

Hari/tgl/ Waktu	Dx Keperawatan	Evaluai
Sabtu, 21 maret 2020	Nyeri Akut b/d agen cedera fisik dan trauma jaringan akibat pembedahan d/d pasien mengatakan nyeri kaki pada tungkai kanan bawah pasca operasi. P: pasien mengatakan nyeri karena post operasi fraktur. Q: pasien mengatakan nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk pada tungkai kanan bawah. R: pasien mengatakan nyeri dirasakan pada tungkai bawah kaki kanan S: pasien mengatakan sakit yang dirasakannya mengganggu aktivitas, skala nyeri 6. T: Nyeri timbul tiba-tiba dan pada saat digerakkan, berlangsung 5-10 menit saat nyeri muncul. Tanda-tanda vital: Nadi:88x/menit, TD: 120/70 mmHg, Suhu : 36,5 ⁰ C, Respirasi: 18x/menit, kaki sebelah kanan terpasang elastic bandage, Pasien terlihat meringis kesakitan terutama saat melakukan pergerakan, kaki kanan pasien tampak kemerahan, terdapat edema dan terdapat nyeri tekan pada kaki kanan bawah.	S: Pasien mengatakan nyeri pada area luka oprasi mulai berkurang, skala nyeri 3 dari 10 skala nyeri yang diberikan, O: Pasien tampak tidak meringis lagi, pasien tampak mulai nyaman. A: Tujuan 1,2,3 tercapai. Masalah nyeri teratasi. P: Berikan HE pada pasien untuk rutin kontrol dan minum obat analgetik secara teratur.
	Hambatan Mobilitas Fisik b/d kerusakan muskuloskeletal akibat fraktur d/d pasien mengatakan tidak bisa bergerak dengan bebas, asien	S: Pasien mengatakan masih belum bisa menggerakkan kaki kanannya.

	<p>mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarga, ADL pasien dibantu oleh keluarga dan perawat, pasien tampak mebatasi geraknya.. Kekuatan otot:</p> <table border="1" data-bbox="571 510 836 696"> <tr> <td style="text-align: center;">555</td> <td style="text-align: center;">555</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Fraktur Tibia Post Orif H+1</td> <td style="text-align: center;">555</td> </tr> </table>	555	555	Fraktur Tibia Post Orif H+1	555	<p>O: Pasien tampak meringis, pasien tampak tidak nyaman. A: Tujuan belum tercapai, masalah belum teratasi. P: Lanjutkan intervensi.</p>
555	555					
Fraktur Tibia Post Orif H+1	555					
	<p>Risiko infeksi b/d stasus cairan tubuh, respons inflamasi tertekan, prosedur invasif dan jalur penusukkan, luka/kerusakan kulit, insisi pembedahan d/d tampak kemerahan pada luka bekas jaritan, luka masih dalam keadaan tertutup, WBC 16.64.</p>	<p>S: - O: Terdapat luka post op pada kaki kanannya, tidak terdapat tanda-tanda infeksi pada luka post op, luka tampak kering. A: Tujuan tercapai, masalah teratasi. P: Pertahankan kondisi pasien.</p>				

B. Pembahasan

Pembahasan merupakan proses analisa teori dan implikasi dengan proses keperawatan secara nyata. Pada bab ini penulis akan membahas tentang kesenjangan antara teori dengan kenyataan yang ditemukan pada kasus “Asuhan Keperawatan pada Pasien Ny. D dengan Fraktur Tibia 1/3 Proximal Dextra Post ORIF dengan diagnosa nyeri akut di Ruang Bougenvile BRSU Tabanan”. Fokus masalah pada tahap proses ini adalah nyeri akut. Analisa tersebut dilihat berdasarkan tahap proses keperawatan meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dan landasan dalam proses keperawatan, untuk itu diperlukan kecermatan dan ketelitian tentang masalah-masalah klien sehingga dapat memberikan arah terhadap tindakan keperawatan. Keberhasilan proses keperawatan sangat bergantung pada tahap ini. Pengkajian dilakukan dengan metode wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi (Padila, 2012). Selama pengkajian, penulis mendapatkan data subyektif dan obyektif. Data subyektif adalah data yang didapatkan melalui wawancara. Data obyektif adalah data yang di peroleh melalui hasil observasi atau pemeriksaan.

Pengkajian pada Ny. D didapatkan data pasien mengeluh nyeri pada tungkai bawah kaki kanan post operasi, pengkajian nyeri yaitu, P: pasien mengatakan nyeri karena post operasi fraktur. Q: nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk. R: nyeri dirasakan pada tungkai bawah kaki kanan S: sakit yang dirasakannya mengganggu aktivitas, skala nyeri 6 dari 0-10 skala nyeri yang diberikan. T: Nyeri timbul tiba-tiba dan pada saat digerakkan,berlangsung 5-10 menit saat nyeri muncul. Tanda-tanda vital: Nadi:88x/menit, TD: 120/70 mmHg, Suhu : 36,5⁰C, Respirasi: 18x/menit, kaki sebelah kanan terpasang elastic bandage, Pasien terlihat meringis kesakitan terutama saat melakukan pergerakan, kaki kanan pasien tampak kemerahan, terdapat edema dan terdapat nyeri tekan pada kaki kanan bawah.

Berdasarkan tinjauan kasus yang di jelaskan tersebut sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Nuratif dan Kusuma (2016) beliau menyatakan bahwa manifestasi klinis fraktur adalah tidak dapat menggunakan anggota gerak, nyeri, terjadinya pembengkakan, terdapat trauma, gangguan fungsi anggota gerak, deformitas, kelainan gerak, krepitasi. Pada pasien Ny. D tergolong nyeri akut dimana nyeri akut diartikan sebagai nyeri yang sebagian besar diakibatkan oleh penyakit, atau injuri jaringan, nyeri jenis ini biasanya awitannya datang tiba-tiba, nyeri akut terjadi kurang dari 6 bulan (Nuratif & Kusuma, 2016). Nyeri bisa diukur dengan skala numeric yaitu, 0 tidak nyeri, 1-3 nyeri ringan, 4-6 nyeri sedang, 7-9 nyeri berat, 10 nyeri sangat berat (Marandina, 2014). Pada pasien Ny.D tergolong nyeri sedang karena skala nyeri yang dirasakan 6.

Berdasarkan penjelasan di atas, persamaan terjadinya rasa nyeri pada fraktur tibia adalah karena adanya faktor dari pasca operasi (Marandina, 2014).

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan pernyataan yang menjelaskan status kesehatan baik aktual maupun potensial. Perawat memakai proses keperawatan dalam mengidentifikasi, mensintesa data klinis dan menentukan intervensi keperawatan untuk mengurangi, menghilangkan, atau mencegah masalah kesehatan klien yang menjadi tanggung jawabnya (Nurarif & Kusuma, 2016).

Pada tinjauan teori post operasi fraktur muncul 5 masalah keperawatan diantaranya adalah nyeri akut, hambatan mobilitas fisik, resiko infeksi, kerusakan integritas kulit dan kurang pengetahuan (Nuratif & Kusuma, 2016). Dimana 3 masalah keperawatan dari tinjauan teori tersebut sesuai dengan masalah keperawatan yang ada pada kasus, yaitu nyeri akut yang menjadi prioritas utama, karena nyeri yang dirasakan oleh pasien termasuk skala nyeri 6 (sedang) jika tidak ditanggulangi akan mengganggu kenyamanan pasien. Hambatan mobilitas fisik menjadi prioritas kedua karena masalah ini sudah aktual dan apabila tidak ditanggulangi pasien tidak mampu melakukan mobilisasi secara mandiri dan dapat menyebabkan kontraktur otot. Sedangkan resiko infeksi menjadi prioritas ketiga karena terdapat luka post operasi pada kaki kanan, kondisi luka kering, sedikit kemerahan, luka tertutup heparik dan haas steril dan di balut dengan elastik bandage serta terpasang alat-alat medis seperti infuse yang merupakan media masuknya kuman. Kemudian 2 masalah keperawatan dari tinjauan teori yang tidak muncul yaitu kerusakan integritas kulit berhubungan dengan prosedur pembedahan dan kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi tentang tindakan post operasi, karena saat pengkajian pasien mengatakan sudah mengetahui tentang penyakitnya, penyebab dan pengobatannya

Diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik di dukung dengan data pasien mengeluh nyeri pada tungkai bawah kaki kanan post operasi, pengkajian nyeri yaitu, P: pasien mengatakan nyeri

karena post operasi fraktur. Q: nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk. R: nyeri dirasakan pada tungkai bawah kaki kanan S: sakit yang dirasakannya mengganggu aktivitas, skala nyeri 6 dari 0-10 skala nyeri yang diberikan. T: Nyeri timbul tiba-tiba dan pada saat digerakkan, berlangsung 5-10 menit saat nyeri muncul. Tanda-tanda vital: Nadi: 88x/menit, TD: 120/70 mmHg, Suhu : 36,5⁰C, Respirasi: 18x/menit, kaki sebelah kanan terpasang elastic bandage, Pasien terlihat meringis kesakitan terutama saat melakukan pergerakan, kaki kanan pasien tampak kemerahan, terdapat edema, terdapat nyeri tekan pada kaki kanan bawah, dan hal ini harus segera ditangani untuk memenuhi kebutuhan kenyamanan pasien yang merupakan kebutuhan dasar manusia. Nyeri akut merupakan diagnosa prioritas dan aktual, hal ini didasarkan pada teori hirarki Maslow. Menurut Maslow kenyamanan merupakan kebutuhan dasar yang memerlukan penanganan dengan segera agar tidak mengganggu kebutuhan yang lainnya (Perry & Potter dalam Pramono, 2013).

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, atau mengoreksi masalah-masalah yang telah diidentifikasi pada diagnosis keperawatan. Tahap perencanaan berfokus pada memprioritaskan masalah, merumuskan tujuan dan kriteria hasil, membuat instruksi keperawatan, dan mendokumentasikan rencana asuhan keperawatan (Nursalam, 2013).

Penentuan tujuan dapat menggunakan konsep SMART. Konsep SMART yaitu S: Spesifik, yang dimaksud adalah tujuan keperawatan harus jelas, M: Measurable, yang dimana dalam penentuan tujuan keperawatan harus dapat diukur sesuai dengan keadaan pasien, A: Achievable adalah tujuan keperawatan harus dapat dicapai sesuai dengan kondisi pasien, R: Reasonable, yaitu dalam menentukan tujuan keperawatan harus nyata dan dapat dipertanggungjawabkan, T: Time, yang dimana tujuan keperawatan harus dapat dicapai dengan waktu yang sudah ditetapkan sesuai kondisi pasien. Saat melakukan penentuan intervensi berfokus pada empat pokok penting dalam perencanaan yaitu *ONEC* yang artinya *observation, nursing treatment, education, collaboration*. (Sudarmanto, 2018).

Menurut Wijaya dan Putri (2013), dalam tinjauan teoritis disusun beberapa rencana keperawatan nyeri akut yaitu observasi tanda-tanda vital, mengkaji skala nyeri pasien, Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi, beri posisi dan lingkungan yang aman dan nyaman, kolaborasi dalam pemberian analgetik.

Tujuan rencana keperawatan pada kasus yang dibuat untuk mengatasi masalah nyeri yang berhubungan dengan post operasi fraktur adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan nyeri berkurang atau hilang dengan kriteria hasil: Skala nyeri pasien berkurang menjadi 3-0 dari skala nyeri yang diberikan, pasien

tampak tidak meringis, pasien tidak merasa nyeri saat menggerakkan kakinya.

Pada pasien Ny. D dilakukan penyusunan rencana keperawatan yaitu observasi tanda-tanda vital, kaji skala nyeri pasien, Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi, beri HE kepada pasien dan keluarga untuk memberikan lingkungan yang aman dan nyaman, kolaborasi dalam pemberian obat paracetamol 2 x 1000 mg/IV.

Dapat disimpulkan bahwa kasus pada pasien Ny. D sudah sesuai dengan teori terkait perencanaan perawatan pada pasien fraktur, mulai dari pentingnya melakukan observasi tanda tanda vital, mengkaji skala nyeri pasien, mengedukasi teknik distraksi dan relaksasi baik untuk pasien serta keluarga agar mampu memberi rasa aman dan nyaman terhadap pasien. Perencanaan yang dimaksud tersebut merupakan dasar yang harus dilakukan perawat untuk mengatasi keluhan pasien pasca operasi fraktur dan memberikan kenyamanan pada pasien.

4. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan merupakan tahap keempat dari proses keperawatan dan merupakan realisasi dari rencana yang telah dibuat pada pasien (Padila, 2012).

Pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Ny. D didasarkan pada perencanaan keperawatan yang telah disusun. Untuk perawatan pasien diruangan secara komprehensif selama 24 jam tidak bisa dilakukan karena keterbatasan dari jadwal dinas yang hanya 8 jam dan untuk

perawatan selanjutnya dilimpahkan pada perawat lainnya yang bertugas pada shift berikutnya dimana tujuan dari perencanaan ini adalah untuk memenuhi kebutuhan pasien secara optimal dan dikerjakan dengan metode tim.

Dalam diagnosa keperawatan nyeri akut telah dilaksanakan tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan perencanaan keperawatan yang telah ditetapkan. Pada pasien Ny. D tidak mengalami hambatan dalam melakukan tindakan keperawatan. Semua tindakan keperawatan dapat dilakukan dengan baik

Implementasi sudah dilakukan dengan baik dibuktikan dengan catatan perkembangan pasien yang membaik dari hari ke hari. Semua ini karena adanya dukungan kerja sama yang baik antara penulis, mahasiswa praktek, perawat, dan tim kesehatan lainnya serta pasien dan keluarga yang cukup kooperatif sehingga mampu mencapai tujuan yang diinginkan.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan untuk menilai keberhasilan tindakan keperawatan serta menyusun tindak lanjut. Penulis mengevaluasi masalah keperawatan pada pasien untuk mengetahui sejauh mana keberhasilan keperawatan pada pasien Ny. D dengan diagnosa medis fraktur tibia post ORIF di ruang bougenville BRSU Tabanan. Pada pasien Ny. D dilakukan evaluasi pada tanggal 21 maret 2020 didapatkan hasil diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan

dengan agen cedera fisik dan trauma jaringan akibat pembedahan sudah teratasi dan tujuan 1, 2, dan 3 sudah tercapai.

C. Keterbatasan

Dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini secara umum sudah berjalan dengan rencana, namun ada beberapa hal yang menghambat khususnya pada proses pengkajian penulis kesulitan mendapatkan hasil rontgen. Dalam melakukan komunikasi saat pengkajian pasien kooperatif. Dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien Ny. D tidak mengalami kesulitan sehingga kasus ini dapat selesai tepat waktu.

BAB V

PENUTUP

Berdasarkan uraian di atas penulis dapat menarik kesimpulan dan memberi saran sebagai berikut:

A. KESIMPULAN

Dari Uraian yang ditulis pada pembahasan dapat disimpulkan bahwa penulis telah mendapat gambaran umum tentang asuhan keperawatan pasien Ny. D yang mengalami fraktur tibia post ORIF di Ruang Bougenville BRSU Tabanan sudah dapat dilaksanakan dengan baik.

1. Dari hasil pengkajian data yang muncul di tinjauan teori yang di jelaskan tersebut sejalan dengan kasus yang ada pada pasien, sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.
2. Berdsarkan kondisi dan keluhan pada pasien Ny. D muncul 3 diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut, hambatan mobilitas fisik dan resiko infeksi. Pada kasus ini nyeri akut yang menjadi prioritas utama, karena nyeri yang dirasakan oleh pasien skala nyeri 6 (sedang) jika tidak ditangani akan mengganggu kenyamanan pasien.
3. Perencanaan keperawatan disusun sesuai dengan diagnosa keperawatan yang muncul dan prioritas masalah keperawatan telah dibuat berdasarkan

masalah keperawatan yang paling mengancam jiwa pasien dan kesehatan pasien. Nyeri akut menjadi prioritas utama pada rencana keperawatan. Rencana tindakan untuk mengatasi nyeri yang dirasakan pada pasien Ny. D adalah observasi tanda-tanda vital, kaji skala nyeri pasien, Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi, beri HE kepada pasien dan keluarga untuk memberikan lingkungan yang aman dan nyaman, kolaborasi dalam pemberian obat paracetamol 2 x 1000 mg/IV.

4. Implementasi keperawatan yang dilakukan merupakan tindakan dari rencana keperawatan yang telah disusun dengan harapan hasil sesuai dengan tujuan dan criteria hasil yang ditetapkan. Pada pasien Ny.D untuk diagnosa nyeri akut semua intervensi pada perencanaan dapat dilakukan dengan baik.
5. Evaluasi keperawatan pada post operasi pasien Ny. D dilaksanakan 3 x 24 jam untuk masalah keperawatan nyeri akut, hambatan mobilitas fisik dan resiko infeksi. Dari tiga diagnosa tersebut pada diagnosa nyeri akut tujuan tercapai dan masalah teratasi, kemudian pada diagnosa hambatan mobilitas fisik tujuan belum tercapai masalah belum teratasi karena aktivitas masih dibantu keluarga dan pada diagnosa resiko terhadap infeksi masalah resiko infeksi tidak terjadi.

B. SARAN

Adapun saran dari penulis adalah sebagai berikut.

1. Bagi Institusi Pendidikan

Dengan telah disusunnya karya tulis ilmiah ini di harapkan dapat meningkatkan keefektifan dalam belajar, pengetahuan, kemampuan dan keterampilan mahasiswa dalam menerapkan atau mengaplikasikan hal-hal yang telah didapatkan berupa asuhan keperawatan pada pasien dengan Fraktur Tibia Post ORIF, serta untuk melengkapi sumber-sumber buku perpustakaan sebagai bahan informasi dan refrensi yang penting dalam mendukung pembuatan karya tulis ilmiah bagi mahasiswa semester akhir.

2. Bagi BRSU Tabanan

Agar tetap mempertahankan ataupun meningkatkan kualitas mutu pelayanan kesehatan pada rumah sakit yang saat ini sudah diterapkan secara baik oleh pengelola rumah sakit.

3. Bagi Masyarakat

Menambah informasi dan pengetahuan tentang penyakit dan perawatan pada pasien fraktur tibia post ORIF.

4. Bagi Penulis

Agar dapat meningkatkan kemampuan penulis dalam membuat asuhan keperawatan fraktur yang lebih mendalam.

DAFTAR PUSTAKA

- Asrizal, R. A. (2014). Closed fracture 1/3 middle femur dextra. *Jurnal Medula*. 2(3). 94-100.
- Agustina, C. (2017). *Asuhan keperawatan pada ny.ddengan prioritas masalah kebutuhandasar rasa nyaman : nyeri padapasien post operasi fraktur tibia 1/3proximal dextra di RSUD. Dr. Pirngadi Medan*. Universitas Sumatera Utara.
- Astuti, R. K. (2012). Asuhan keperawatan pada sdr. A dengan *close* fraktur femur 1/3 tengah *sinistra* di RSO Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta. *Naskah Publikasi*. Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Black, J. M. & Hawks, J. H. (2014). *Keperawatan medikal bedah manajemen klinis untuk hasil yang diharapkan edisi 8 buku 1*. Jakarta: Salemba Medika.
- Dewi, D. K. (2014). *Analisa praktik klinik keperawatan kesehatan masyarakat perkotaan pada pasien fraktur femur dengan hemiarthroplasty di lantai 5 bedah RSPAD Gatot Soebrato*. Universitas Indonesia.
- Handayani, S., Arifin, H., & Manjas, M. (2019). Kajian penggunaan analgetik pada pasien pasca bedah fraktur di trauma centre RSUP DR. M. Djamil Padang. *Jurnal Sains Farmasi & Klinis*. 6(2). 113-120.
- Kartika, K. T. P., Subawa, I. W., & Wiguna, I. N, A, A. (2018). Profil kasus fraktur leher femur yang dilakukan tindakan operasi di RSUP Sanglah Denpasar periode maret 2016-agustus 2017. *E-jurnal Medika*. 7(12). 1-6.
- LeMone, P., Burke, K. M., & Bauldoff, G. (2016). *Buku ajar keperawatan medikal bedah volume 4 edisi 5*. Jakarta: EGC.
- Mandagi, C. A. F., Bidjuni, H., & Hamel, R. S. (2017). Karakteristik yang berhubungan dengan tingkat nyeri pada pasien fraktur di ruang bedah Rumah Sakit Umum Gmim Bethesda Tomohon. *e-journal Keperawatan (e-Kp)*. 5(1). 1-7.
- Marandina, B.A. (2014). *Volume 1 Nomor 1 April 2014*. Pengkajian Skala Nyeri Di Ruang Perawatan Intensive Literatur Review, 1(1), 2-4.
- Noorisa, R., Apriliwati, D., Aziz, A., & Bayusentono, S. (2017). The characteristic of patients with femoral fracture in department of orthopaedic and traumatology RSUD Dr. Soetomo surabaya 2013 – 2016. *Journal of Orthopaedi & Traumatology Surabaya*. 6(1). 1-11.

- Novita, D. (2012). Pengaruh terapi music terhadap nyeri post operasi open reduction and internal fixation (ORIF) di RSUD DR. H. Abdulah Moeloek Provinsi Lampung. *Tesis*. Universitas Indonesia.
- Nuratif. (2013). *Proses dan dokumentasi keperawatan: konsep dan praktik*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nuratif, A. H & Kusuma, H. (2016). *Asuhan keperawatan praktis berdasarkan penerapan diagnosa NANDA, NIC, NOC dalam berbagai kasus edisi revisi jilid 1*. Yogyakarta: Mediacion.
- Padila. (2012). *Buku ajar keperawatan medikal bedah*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Rianto, T. (2017). Asuhan keperawatan pada pasien post operasi fraktur ekstremitas bawah dengan hambatan mobilitas fisik di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gombong. *Karya Tulis Ilmiah*. Stikes Muhammadiyah Gombang.
- Riset Kesehatan Dasar (RIKESDES). (2018). *Hasil utama rikesdes 2018*. Kementerian Kesehatan Badan Peneliti dan Pengembangan Kesehatan.
- Risnah, Azhar, M. U., & Irwan, M. (2019). Terapi non farmakologi dalam penanganan diagnosis nyeri akut pada fraktur: systematic review. *Journal Of Islamic Nursing*. 4(2). 1-11.
- Sitepu, F. N. (2014). Hubungan intensitas nyeri dengan stres pasien fraktur di Rumah Sakit. *Idea Nursing Journal*. 5(2). 1-5.
- Sudarmanto, E. (2018). Asuhan keperawatan tn. S dengan open frakturmanus iv distal di ruang cempaka RumahSakit tk. Ii dr. Soedjono Magelang. *Karya Tulis Ilmiah*. Kementrian kesehatan kementrian.
- Sulistiyaningsih. (2016). Gambaran kualitas hidup pada pasien pasca open reduction internal fixation(ORIF) ekstremitas bawah di poli ortopedi RS Ortopedi prof. Dr. R. Soeharso Surakarta. *Skripsi*. Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro.
- Sumardi, Dewi, A., & Sumaryani, S. (2019). Pengaruh nafas dalam dan mendengarkan musik gamelan terhadap tingkat nyeri pasienpost operasi fraktur di RSUD Dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri. *Dinamika Kesehatan Jurnal Kebidanan dan Keperawatan*. 10(1). 1-13.
- Syamsiah, N. & Muslihat, E. (2015). Pengaruh terapi relaksasi autogenik terhadap tingkat nyeri akut pada pasien abdominal pain di IGD RSUD Karawang 2014. *Jurnal Ilmu Keperawatan*. 3(1). 1-7.

- Pramono, W. (2013). Studi kasus asuhan keperawatan nyeri akut pada Tn. J dengan post ORIF fraktur kruris 1/3 dekstra di ruang mawar RSUD Sragen. *Karya Tulis Ilmiah*. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kusuma Husada Surakarta.
- Wijaya, A. S. & Putri, Y. M. (2013). *Keperawatan medikal bedah 2* (keperawatan dewasa). Yogyakarta: Nuha Medika.
- Yuda, H. T. (2017). Studi kasus: Penerapan teknik relaksasi musik klasik untuk menurunkan nyeri pada pasien fraktur di Ruang Teratai RSUD Dr. Soedirman Kebumen. *Laporan Penelitian*. Stikes Muhammadiyah Gombang.

Lampiran 1

PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN (PSP)

1. Kami adalah peneliti berasal dari institusi atau jurusan program studi Diploma III Keperawatan dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Fraktur Tibia Post ORIF Dengan Diagnosa Keperawatan Nyeri Akut Di Ruang Bougenville BRSU Tabanan”.
2. Tujuan dari penelitian studi kasus ini adalah mampu melaksanakan dan mendapatkan gambaran umum tentang Asuhan Keperawatan Pada Pasien Fraktur Tibia Post ORIF dengan Diagnosa Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Bougenville BRSU Tabanan.
3. Prosedur pengambilan bahan data dengan cara wawancara terpimpin dengan menggunakan pedoman wawancara yang akan berlangsung kurang lebih 15-20 menit. Cara ini menyebabkan ketidaknyamanan tetapi anda tidak perlu khawatir karena penelitian ini untuk kepentingan pengembangan asuhan atau pelayanan keperawatan.

4. Keuntungan yang anda peroleh dalam keikutsertaan anda pada penelitian ini adalah anda turut terlibat aktif perkembangan asuhan atau tindakan yang diberikan.
5. Nama dan jati diri anda beserta seluruh informasi yang saudara sampaikan akan tetap dirahasiakan.
6. Jika saudara membutuhkan informasi sehubungan dengan penelitian ini silakan menghubungi peneliti pada nomor HP: 081907682140.

Peneliti

(Ni Putu Wiartini)

NIM. 17E10011

Lampiran 2

INFORMED CONSENT

(persetujuan menjadi partisipasi)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah menndapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan oleh Ni Putu Wiartini dengan judul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN FRAKTUR TIBIA POST ORIF DIAGNOSA KEPERAWATAN NYERI AKUT DI RUANG BOUGENVILLE BRSU TABANAN”**. Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada penelitian ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri makan saya dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Denpasar, 18 Maret 2020

Saksi

Yang memberikan persetujuan

.....

.....

Denpasar, 18 Maret 2019

Peneliti

(Ni Putu Wiartini)

NIM. 17E10011

LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : Ni Putu Wiartini

NIM : 17E10011

NAMA PEMBIMBING : Ns. Ni Made Dewi Wahyunadi, S.Kep., M.Kep

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	17 Maret 2020	Konsultasi pengambilan data	
2	21 Maret 2020	Pengkajian	
3	26 Maret 2020	Pengkajian – Diagnosa	
4	30 Maret 2020	Diagnosa – Renpra	
5	7 April 2020	Renpra – Evaluasi	
6	11 April 2020	Pelaksanaan	
7	16 April 2020	Pembahasan	
8	20 April 2020	Penutup	
9	26 April 2020	Konsul BAB IV dan BAB V	
10	2 Mei 2020	Acc BAB IV dan BAB V	

Mengetahui

Ketua Program Studi DIII Keperawatan

Ns. I Gede Satria Astawa, S.Kep., M.Kes
NIDN : 0829067601