

**NYERI AKUT PADA NY. G DENGAN
POST OP FRAKTUR TIBIA FIBULA DI RUANG BEDAH
RUMAH SAKIT BHAYANGKARA ANTON SOEDJARWO**



**KARYA ILMIAH AKHIR (KIA)
KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**

Oleh :

**ERY ANGREYNI
NIM SRP21318115**

**PROGRAM STUDI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KEPERAWATAN
MUHAMMADIYAH PONTIANAK
TAHUN 2022**

**HALAMAN PERSETUJUAN
SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR**

Judul Karya Ilmiah Akhir : Nyeri akut pada Ny. G dengan post op fraktur tibia
fibula di Ruang Bedah Rumah Sakit Bhayangkara
Anton Soedjarwo

Nama : Ery Angreyni

NIM : SRP21318115

Program studi : Profesi Ners Keperawatan Kelas Reguler B

Menyetujui,
Pembimbing

Ns. Ditha Astuti, M.Kep

NIDN: 1102048801

HALAMAN PENGESAHAN
KARYA ILMIAH AKHIR (K.I.A)

Oleh:

ERY ANGREYNI
NIM : SRP21318115

Telah dipertahankan dihadapan dewan Penguji Karya Ilmiah Akhir,
Program Studi Ners Kelas Reguler B
Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan Muhammadiyah Pontianak
Tanggal : 13 Juli 2022

Disetujui,

Pembimbing

Penguji

Ns. Ditha Astuti, M.Kep
NIDN : 1102048801

Ns. Ridha Mardiyani, M. Kep
NIDN : 1118098802

Mengetahui,
Ketua Program Studi Ners

Indah Dwi Rahayu, S.Kep.,Ns.,M. Kep
NIDN: 1124058601

KATA PENGANTAR



Assalamu'alaikum Wr. Wb

Alhamdulillahirabbil'alamin peneliti ucapkan kepada Allah SWT, karena berkat rahmat, hidayah dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir (KIA) yang berjudul **“Nyeri akut pada Ny. G dengan post op fraktur tibia fibula di Ruang Bedah Rumah Sakit Bhayangkara Anton Soedjarwo”**.

Penulis menyadari bahwa dalam rangkaian penulisan ini tidak akan berjalan sesuai rencana apabila tidak didukung oleh semua pihak. Untuk itu pada kesempatan ini tidak lupa penulis ingin menyampaikan penghormatan serta ucapan terima kasih sebesar-besarnya kepada yang terhormat :

1. Bapak Haryanto, S.Kep.,Ns.,MSN.,Ph.D selaku Ketua STIK Muhammadiyah Pontianak
2. Ibu Indah Dwi Rahayu, S.Kep.,Ns.,M. Kep selaku Ketua Program Studi Ners STIK Muhammadiyah Pontianak.
3. Ibu Ns. Ditha Astuti, M.Kep selaku pembimbing yang dalam kesibukannya telah memberikan banyak masukan dan bimbingan kepada penulis dalam menyusun Karya Ilmiah Akhir (KIA) ini sehingga penulis dapat menyelesaikan dengan baik.
4. Ibu Ns. Ridha Mardiyani, M.Kep selaku penguji yang dalam kesibukannya telah memberikan banyak masukan dan saran kepada penulis dalam menyusun Karya Ilmiah Akhir (KIA) ini sehingga penulis dapat menyelesaikan dengan baik.
5. Dosen dan seluruh staf akademik STIK Muhammadiyah Pontianak yang telah banyak membantu baik dalam ilmu yang diberikan maupun hal lain yang membantu penulis dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir (KIA) ini.
6. Kepada kedua orang tua tercinta yang telah banyak membantu baik dukungan secara material maupun moril, serta seluruh keluarga tercinta yang telah memberikan dukungan kepada peneliti dalam penyelesaian Karya Ilmiah Akhir

(KIA) ini.

7. Kepada semua sahabat, serta seluruh teman-teman Prodi Non Reguler Angkatan 2019 STIK Muhammadiyah Pontianak yang namanya tidak bisa disebutkan satu persatu yang telah memberikan masukan, motivasi dan bantuan dalam proses menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir (KIA) ini.
8. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu atas segala bantuan, dukungan, semangat, perhatian, dorongan, doa, kerjasama, dan masukan yang telah diberikan kepada penulis.

Demikianlah Karya Ilmiah Akhir (KIA) ini disusun, semoga dapat bermanfaat bagi para pembaca dan sebagai dasar penulisan di waktu yang akan datang. *wassalamu'alaikum Wr. Wb*

Pontianak, 13 Juli 2022

Ery Angreyni

SRP21318115

STIK MUHAMMADIYAH PONTIANAK
PROGRAM STUDI NERS KEPERAWATAN
Karya Ilmiah Akhir, Juli 2022

Ery Angreyni

Nyeri akut pada Ny. G dengan post op fraktur tibia fibula di Ruang Bedah Rumah Sakit Bhayangkara Anton Soedjarwo

x + 81 halaman + 3 tabel + 4 gambar + 7 lampiran

ABSTRAK

Latar Belakang : Fraktur atau patah tulang merupakan suatu kondisi terputusnya kontinuitas yang normal dari suatu jaringan tulang, tulang rawan serta lempeng pertumbuhan yang disebabkan karena trauma dan non trauma. Menurut data rekam medik Rumah Sakit Bhayangkara Anton Soedjarwo pasien dengan kejadian fraktur sebanyak 319 kejadian pada tahun 2019, sebanyak 231 kejadian pada tahun 2020, sebanyak 175 kejadian pada tahun 2021, dan ada 59 kejadian hingga bulan Maret 2022. **Tujuan** : Penulis dapat memberikan gambaran tentang bagaimana Asuhan Keperawatan pada Ny. G dengan post op fraktur tibia fibula di Ruang Bedah Rumah Sakit Bhayangkara Anton Soedjarwo. **Metode** : Penyusunan karya ilmiah ini menggunakan metode deskriptif dalam bentuk studi kasus dengan pendekatan proses keperawatan meliputi : pengkajian, pemeriksaan fisik, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan. **Hasil** : Setelah dilakukan tindakan keperawatan masalah yang ditemukan pada klien yaitu nyeri akut berhubungan dengan proses pembedahan, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang, gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur, deficit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, dan risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive. Dari hasil studi kasus ini, penulis menyimpulkan bahwa masalah teratasi dan dalam melakukan implementasi sebagian besar telah sesuai dengan rencana yang telah ditentukan. **Kesimpulan** : Asuhan keperawatan pada klien dengan nyeri akut pada Ny. G dengan post op fraktur tibia fibula di Ruang Bedah Rumah Sakit Bhayangkara Anton Soedjarwontelah sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang ingin dicapai. **Kata kunci** : Fraktur tibia fibula, nyeri akut, asuhan keperawatan post op
Daftar Pustaka : 37 (2010-2019)

**The Muhammadiyah Pontianak
Program For Nursing
Nursing Sciences Late, July 2022**

ERY ANGREYNI

Acute pain in Mrs. G with post op fracture of the tibia fibula in the Surgical Room at Bhayangkara Anton Soedjarwo Hospital

ABSTRACT

Background : Fracture or fracture is a condition where the normal continuity of a bone tissue, cartilage and growth plate is interrupted due to trauma and non-trauma. According to medical record data from Bhayangkara Hospital Anton Soedjarwo, patients with fractures were 319 incidents in 2019, 231 incidents in 2020, 175 incidents in 2021, and 59 incidents until March 2022. **Purpose** : The author can provide an overview of How is Nursing Care for Mrs. G with post op fracture of the tibia fibula in the Surgical Room at Bhayangkara Anton Soedjarwo Hospital. **Methods** : The preparation of this scientific paper uses a descriptive method in the form of a case study with a nursing process approach including: assessment, physical examination, diagnosis, intervention, implementation, and nursing evaluation. **Results**: After nursing actions, the problems found in the client were acute pain related to the surgical process, impaired physical mobility related to damage to the integrity of bone structures, disturbed sleep patterns related to lack of sleep control, knowledge deficit related to lack of exposure to information, and risk of infection related to with the effect of invasive procedures. From the results of this case study, the authors conclude that the problem has been resolved and most of the implementation has been in accordance with the predetermined plan. **Conclusion**: Nursing care for clients with acute pain in Ny. G with post op fracture of the tibia fibula in the Surgical Room at Bhayangkara Anton Soedjarwo Hospital has met the goals and criteria for the results to be achieved.

Keywords : Tibia fibula fracture, acute pain, post-op nursing care
Bibliography : 37 (2010-2019)

DAFTAR ISI

HALAMAN PERSETUJUAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
ABSTRAK	v
ABSTRACT	vi
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR.....	x
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	5
1. Tujuan Umum.....	5
2. Tujuan Khusus.....	5
C. Sistematika Penulisan	5
BAB II LANDASAN TEORI.....	7
A. Definisi dan konsep masalah utama yang diangkat	7
1. Nyeri akut	7
2. Fraktur	13
B. Pengkajian.....	26
C. Diagnosa.....	31
D. Intervensi.....	32
E. Implementasi.....	34
F. Evaluasi.....	34
BAB III ASUHAN KEPERAWATAN.....	36
A. Pengkajian	36
1. Identitas klien	36
2. Keluhan Utama.....	36
3. Riwayat penyakit sekarang.....	36
4. Riwayat kesehatan yang lalu	37
5. Riwayat kesehatan keluarga	38
6. Riwayat lingkungan.....	39
7. Riwayat psikososial	39
8. Pemeriksaan fisik.....	40
9. Data penunjang.....	41
B. Analisa Data.....	42
C. Diagnosa Keperawatan	44
D. Intervensi Keperawatan.....	44
E. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	46
BAB IV PEMBAHASAN	59
A. Pembahasan Proses Asuhan Keperawatan.....	59

1. Pengkajian	59
2. Diagnosa	61
3. Intervensi	65
4. Implementasi	67
5. Evaluasi	71
B. Pembahasan praktik profesi keperawatan dalam pencapaian target kompetensi	
72	
BAB V SIMPULAN DAN SARAN.....	75
A. Kesimpulan	75
B. Saran.....	77
DAFTAR PUSTAKA.....	79

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan	32
Tabel 3.1 Kesehatan anggota keluarga	38
Tabel 3.2 Data Penunjang	42

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Skala nyeri numerik	11
Gambar 2.2 Skala nyeri deskriptif	12
Gambar 2.3 <i>Faces scale</i>	12
Gambar 2.4 Pathway	21

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Indonesia merupakan negara berkembang yang tentunya akan mempengaruhi peningkatan mobilisasi masyarakat terutama dalam bidang penggunaan alat transportasi/kendaraan bermotor, khususnya bagi masyarakat yang tinggal dipertanian sehingga menambah arus lalu lintas. Arus lalu lintas yang tidak teratur dapat meningkatkan kecenderungan terjadinya kecelakaan kendaraan bermotor (Depkes RI 2013). Cedera akibat kecelakaan lalu lintas merupakan penyebab utama disabilitas dan mortalitas di negara berkembang.

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mencatat pada tahun 2013-2017 terdapat 5,7 juta orang meninggal dunia dan 1,3 juta orang meninggal akibat kecelakaan lalu lintas. Berdasarkan data dari Korlantas Polri yang dipublikasikan Kementerian Perhubungan, angka kecelakaan lalu lintas di Indonesia mencapai 116.411 kasus pada tahun 2019. Jumlah tersebut lebih tinggi dibandingkan jumlah kasus pada tahun 2020 yaitu 100.028 kasus. Sedangkan pada tahun 2021 jumlah kasus meningkat menjadi 103.645 kasus. Kejadian lalu lintas tertinggi di Indonesia urutan pertama yaitu provinsi Sulawesi Utara sebanyak 3.6%, provinsi Sulawesi Selatan 3.3%, dan Sulawesi Tengah 3.2%. Pulau Kalimantan merupakan salah satu pulau terbesar di Indonesia. Provinsi Kalimantan Barat merupakan salah satu provinsi terluas ketiga di Pulau Kalimantan dan provinsi terluas keempat di Indonesia. Persentase kejadian kecelakaan lalu lintas di Kalimantan Barat sebanyak 2.1%.

Berdasarkan data rekam medik Rumah Sakit Bhayangkara Anton Soedjarwo pasien yang datang ke Rumah Sakit karena kecelakaan lalu lintas sebanyak 118 kejadian pada tahun 2019, sebanyak 48 kejadian pada tahun 2020, sebanyak 36 kejadian pada tahun 2021, dan ada 4 kejadian hingga bulan Maret 2022. Tingginya angka kejadian tersebut meningkatkan resiko terjadinya kematian dan kecatatan. Salah satu penyebab dari kematian dan kecatatan tersebut adalah patah tulang atau fraktur.

Fraktur merupakan penyebab kematian ketiga di Indonesia setelah penyakit Jantung Koroner dan Tuberculosis. Fraktur atau patah tulang merupakan suatu kondisi terputusnya kontinuitas yang normal dari suatu jaringan tulang (Black & Hawks, 2014). Fraktur dapat terjadi pada semua bagian tulang, baik ekstremitas atas maupun ekstremitas bawah. Fraktur atau patah tulang dapat disebabkan oleh kecelakaan, baik itu kecelakaan kerja, kecelakaan lalu lintas, trauma/ruda paksa atau tenaga fisik, dan sebagainya yang ditentukan oleh jenis dan luasnya fraktur (Lukman & Ningsih, 2013). Fraktur disebabkan oleh syok atau tenaga fisik, kecelakaan kerja maupun kecelakaan lalu lintas (Noorisa et al., 2017).

Badan kesehatan dunia *World Health of Organization* (WHO) tahun 2020 menyatakan bahwa insiden fraktur semakin meningkat mencatat terjadi fraktur kurang lebih 13 juta orang dengan angka prevalensi sebesar 2,7%. Fraktur pada tahun 2019 terjadi kurang lebih 15 juta orang dengan angka prevalensi 3,2% dan pada tahun 2018 kasus fraktur menjadi 21 juta orang dengan angka prevalensi 3,8% akibat kecelakaan lalu lintas. Fraktur pada tahun 2017 terdapat kurang lebih 20 juta orang dengan angka prevalensi 4,2% (Mardiono dkk, 2018).

Indonesia merupakan negara terbesar di Asia Tenggara yang mengalami kejadian fraktur terbanyak sebesar 1,3 juta setiap tahunnya dari jumlah penduduknya yaitu berkisar 238 juta. Kasus fraktur di Indonesia mencapai prevalensi sebesar 5,5% (Kemenkes RI, 2018). Kasus fraktur tertinggi di Indonesia urutan pertama yaitu provinsi Bangka Belitung sebanyak 9.1%, provinsi Kalimantan Utara 8.1%, dan provinsi Aceh 7.9%. Persentase kasus fraktur di Kalimantan Barat sebanyak 4.0%. Sementara itu, untuk prevalensi cedera menurut bagian tubuh, cedera pada bagian ekstremitas bawah memiliki prevalensi tertinggi yaitu 67,9%. (Riskesdas 2018). Menurut data rekam medik Rumah Sakit Bhayangkara Anton Soedjarwo pasien dengan kejadian fraktur sebanyak 319 kejadian pada tahun 2019, sebanyak 231 kejadian pada tahun 2020, sebanyak 175 kejadian pada tahun 2021, dan ada 59 kejadian hingga bulan Maret 2022.

Menurut Riskesdas (2018), bagian tubuh yang terkena cedera terbanyak adalah ekstremitas bagian bawah (67%), ekstremitas bagian atas (32%), cedera

kepala (11,9%), cedera punggung (6,5%), cedera dada (2,6%), dan cedera perut (2,2%). Dari 92.976 orang dengan kasus fraktur ekstremitas bawah akibat kecelakaan, 19.754 orang mengalami fraktur pada Femur, 14.027 orang mengalami fraktur cruris, 3.775 orang mengalami fraktur tibia, 970 orang mengalami fraktur pada tulang-tulang kecil dikaki dan 337 orang mengalami fraktur fibula.

Fraktur ekstremitas bawah adalah hilangnya kontinuitas tulang femur, tibia fibula, dan jari-jari kaki. Pada kondisi fraktur secara klinis bisa berupa fraktur terbuka, fraktur dimana kulit ekstremitas yang terlibat telah di tembus, dan fraktur tertutup yang dapat disebabkan oleh trauma langsung pada ekstremitas bawah (Clevo & TH, 2012).

Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Banskota et.al (2016) di salah satu Rumah Sakit di Kathmandu Nepal, dari 1337 sampel didapatkan bahwa tulang tibia dan fibula merupakan tulang tersering yang mengalami fraktur akibat kecelakaan bermotor dengan angka mencapai 297 orang (22%). Walaupun peran fibula dalam pergerakan ekstremitas bawah sangat sedikit, tetapi terjadinya fraktur pada fibula tetap saja dapat menimbulkan adanya gangguan aktifitas fungsional tungkai dan kaki. Fraktur juga merupakan ancaman potensial maupun aktual terhadap integritas seseorang, sehingga akan mengalami gangguan fisiologis maupun psikologis yang dapat menimbulkan respon berupa nyeri. Nyeri operasi fraktur menyebabkan pasien sulit untuk memenuhi *Activity Daily Living*. Nyeri terjadi karena luka yang disebabkan oleh patah tulang yang melukai jaringan sehat (Kusumayanti, 2015).

Penatalaksanaan fraktur ekstremitas bawah salah satunya yaitu dengan *Open Reduction Internal Fixation* (ORIF). ORIF adalah tindakan medis dengan pembedahan untuk mengembalikan posisi tulang yang patah. Tujuan dari tindakan ORIF adalah untuk mengembalikan fungsi pergerakan tulang dan stabilisasi sehingga pasien diharapkan untuk memobilisasi lebih awal setelah operasi (Sudrajat et al. 2019). Penelitian Sagarani (2017) menunjukkan persentase sebanyak (77,5%) penanganan fraktur dilakukan dengan pembedahan ORIF, sejalan dengan penelitian Ropyanto (2013), sebanyak 57,1% penatalaksanaan fraktur dilakukan dengan pembedahan ORIF. Penatalaksanaan

fraktur ini dapat menimbulkan masalah dan komplikasi seperti kesemutan, nyeri, kekakuan otot, pembengkakan dan edema serta pucat pada anggota badan yang dioperasi (Carpintero, 2016)

Masalah keperawatan yang umum muncul pada pasien post operasi ORIF fraktur ekstremitas bawah yaitu nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, dan risiko infeksi (PPNI, 2016). Salah satu keluhan utama pada pasien fraktur yang telah menjalani operasi orthopedi adalah nyeri. Nyeri post operasi pembedahan merupakan respon ketidaknyamanan seseorang atau pengalaman emosional yang sangat tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang aktual, potensial atau yang dirasakan dalam kejadian saat terjadi kerusakan (Satriana, 2016). Hal ini sejalan dengan penelitian Kneale (2011) sekitar 80% pasien yang dilakukan tindakan ORIF mengalami nyeri akut setelah operasi.

Nyeri apabila tidak diatasi segera akan menghambat proses penyembuhan, menimbulkan stres, serta ketegangan yang akan menimbulkan respon fisik dan psikis sehingga diperlukannya upaya yang tepat (Potter & Perry, 2010). Salah satu pengendalian nyeri dapat dilakukan dengan manajemen nyeri.

Manajemen nyeri dapat dibagi menjadi dua kategori manajemen farmakologi dan manajemen non farmakologi. Penatalaksanaan farmakologi dilakukan antara dokter dan perawat untuk mendukung penggunaan obat-obatan yang dapat meredakan nyeri, Teknik non farmakologi dilakukan dengan pemberian pemberian aromaterapi, hot pack, teknik relaksasi, guided imagery, distraksi, stimulus saraf elektrik transkutan, musik, dan terapi stimulasi pijat. Aromaterapi sebagai ekstrak minyak essensial yang dapat memperbaiki mood dan kesehatan seseorang dan dalam relaksasi otot dan menghilangkan rasa sakit (Mediarti et al., 2015). Oleh karena itu diperlukannya kombinasi non farmakologi untuk mengontrol nyeri pasien agar sensasi nyeri berkurang dan masa pemulihan tidak memanjang (Bobak, 2014).

Peran lain seorang perawat yaitu perawat juga membantu seseorang yang dalam keadaan fraktur itu tetap termotivasi dan tetap berupaya dalam pemulihan kembali bagian yang fraktur, selain itu perawat juga diharapkan bisa mengurangi kecemasan jika pasien akan dilakukan tindakan tertentu dan oleh karena itu perawatan yang baik dapat mencegah terjadinya komplikasi (Smeltzer & Bare,

2010). Hal ini diharapkan, klien tidak terfokus pada nyeri lagi dan dapat menurunkan kewaspadaan klien terhadap nyeri bahkan meningkatkan toleransi terhadap nyeri (Andarmoyo, 2013).

Berdasarkan uraian diatas mengingat pentingnya memberikan rasa nyaman atas nyeri, maka penulis tertarik untuk menyusun Karya Ilmiah Akhir ini dengan judul “Nyeri akut pada Ny. G dengan post op fraktur tibia fibula di Ruang Bedah Rumah Sakit Bhayangkara Anton Soedjarwo”.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penulisan Karya Ilmiah Akhir ini adalah untuk memberikan asuhan keperawatan pada Ny. G dengan post op fraktur tibia fibula di Ruang Bedah Rumah Sakit Bhayangkara Anton Soedjarwo

2. Tujuan Khusus

- a. Melaksanakan pengkajian dan analisis data pada Ny. G dengan post op fraktur tibia fibula di ruang Bedah RS Bhayngkara Anton Soedjarwo.
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada Ny. G dengan post op fraktur tibia fibula di ruang Bedah RS Bhayngkara Anton Soedjarwo.
- c. Menetapkan rencana tindakan keperawatan pada Ny. G dengan post op fraktur tibia fibula di ruang Bedah RS Bhayngkara Anton Soedjarwo.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada Ny. G dengan post op fraktur tibia fibula di ruang Bedah RS Bhayngkara Anton Soedjarwo.
- e. Mengevaluasi tindakan yang telah dilaksanakan pada Ny. G dengan post op fraktur tibia fibula di ruang Bedah RS Bhayngkara Anton Soedjarwo.

C. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan Karya Ilmiah Akhir ini terdiri dari lima (5) bab dengan sistematika penulisan yaitu pada BAB 1 Pendahuluan, terdiri dari latar belakang yang berisi tentang alasan mengangkat kasus, jumlah kasus, masalah keperawatan utama, tujuan penulisan serta sistematika penulisan. Pada BAB II Landasan Teori, terdiri dari definisi, etiologi, konsep masalah, konsep asuhan keperawatan secara teoritis pada klien dengan Nyeri akut. Pada BAB III Asuhan

Keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. Pada BAB IV Pembahasan, terdiri dari pembahasan proses asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien dengan Nyeri akut dari pengkajian hingga evaluasi. Pada BAB V, Penutup yang terdiri dari kesimpulan dan saran dari penulis.

BAB II LANDASAN TEORI

A. Definisi dan konsep masalah utama yang diangkat

1. Nyeri akut

a. Definisi

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (SDKI, 2017). Nyeri akut dapat dideskripsikan sebagai nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit atau intervensi bedah, dan memiliki awitan yang cepat, dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) serta berlangsung singkat (kurang dari enam bulan) dan menghilang dengan atau tanpa pengobatan setelah keadaan pulih pada area yang rusak. Nyeri akut biasanya berlangsung singkat. Pasien yang mengalami nyeri akut biasanya menunjukkan gejala perspirasi meningkat, denyut jantung dan tekanan darah meningkat serta pallor (Mubarak et al., 2015).

b. Tanda dan gejala

Pasien dengan nyeri akut memiliki tanda dan gejala mayor maupun minor sebagai berikut (SDKI, 2016) :

1) Tanda dan gejala mayor :

- a) Secara subjektif pasien mengeluh nyeri.
- b) Secara objektif pasien tampak meringis, bersikap protektif (mis, waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat dan sulit tidur.

2) Tanda dan gejala minor :

- a) Secara subjektif tidak ada gejala minor dari nyeri akut.
- b) Secara objektif nyeri akut ditandai dengan tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, dan diaphoresis.

c. Faktor-faktor yang memengaruhi respon nyeri

Mubarak et al., (2015) menyatakan persepsi individu terhadap nyeri di pengaruhi oleh beberapa faktor antara lain :

1) Etnik dan nilai budaya

Beberapa kebudayaan yakin bahwa memperlihatkan nyeri adalah suatu yang alamiah. Kebudayaan lain cenderung untuk melatih perilaku yang tertutup (introvert). Sosialisasi budaya menentukan perilaku psikologis seseorang. Dengan demikian hal ini dapat memengaruhi pengeluaran fisiologis opial endogen sehingga terjadilah persepsi nyeri. Latar belakang etnik dan budaya merupakan faktor yang memengaruhi reaksi terhadap nyeri dan ekspresinyeri. Sebagai contoh, individu dari budaya tertentu cenderung ekspresif dalam mengungkapkan nyeri, sedangkan individu dari budaya lain cenderung lebh memilih menahan perasaan mereka dan tidak ingin merepotkan orang lain.

2) Tahap Perkembangan

Usia dan tahap perkembangan seseorang merupakan variable penting yang akan memengaruhi reaksi dan ekspresi terhadap nyeri . Dalam hal ini anak-anak cenderung kurang mampu mengungkapkan nyeri yang mereka rasakan dibandingkan orang dewasa, dan kondisi ini dapat menghambat penanganan nyeri untuk mereka. Disisi lain, prevalensi nyeri pada individu lansia lebih tinggi karena penyaki akut atau kronis dan degenerative yang diderita. Walaupun ambang batas nyeri tidak berubah karena penuaan, efek analgesic yang diberikan menurun karena perubahan fisiologis yang terjadi.

3) Lingkungan dan individu pendukung

Lingkungan yang asing, tingkat kebisingan yang tinggi, pencahayaan dan aktivitas yang tinggi di lingkungan tersebut dapat memperberat nyeri. Selain itu, dukungan dari keluarga dan orang terdekat menjadi salah faktor penting yang memengaruhi persepsi nyeri individu. Sebagai contoh, individu yang sendirian, tanpa keluarga atau teman-teman yang mendukungnya, cenderung

merasakan nyeri yang lebih berat dibandingkan mereka yang dapat dukungan keluarga dan orang-orang terdekat.

4) Pengalaman nyeri sebelumnya

Pengalaman masa lalu juga berpengaruh terhadap persepsi nyeri individu dan kepekaannya terhadap nyeri. Individu yang pernah mengalami nyeri atau menyaksikan penderitaan orang terdekatnya saat mengalami nyeri cenderung merasa terancam dengan peristiwa nyeri yang akan terjadi dibandingkan individu lain yang belum pernah mengalaminya. Selain itu, keberhasilan atau kegagalan metode penanganan nyeri sebelumnya juga berpengaruh terhadap harapan individu yang terhadap penanganan nyeri saat ini.

5) Ansietas dan stress

Ansietas seringkali menyertai peristiwa nyeri yang terjadi. Ancaman yang tidak jelas asalnya dan ketidakmampuan mengontrol nyeri atau peristiwa di sekelilingnya dapat memperberat persepsi nyeri. Sebaliknya, individu yang percaya bahwa mereka mampu mengontrol nyeri yang mereka rasakan akan mengalami penurunan rasa takut dan kecemasan yang akan menurunkan persepsi nyeri mereka.

6) Jenis kelamin

Beberapa kebudayaan yang memengaruhi jenis kelamin misalnya menganggap bahwa seorang anak laki-laki harus berani dan tidak boleh menangis, sedangkan anak perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama. Namun secara umum, pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam berespon terhadap nyeri.

7) Makna Nyeri

Individu akan mempersepsikan nyeri berbeda-beda apabila nyeri tersebut memberi kesan ancaman, suatu kehilangan, hukuman, dan tantangan. Makna nyeri memengaruhi pengalaman nyeri dan secara seseorang beradaptasi terhadap nyeri.

8) Perhatian

Tingkat seorang pasien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mmengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun.

9) Keletihan

Rasa kelelahan menyebabkan sensai nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan coping sehingga meningkatkan persepsi nyeri.

10) Gaya coping

Individu yang memiliki lokasi kendali internal mempersiapkan diri mereka sebagai individu yang dapat mengendalikan lingkungan mereka dan hasil akhir suatu peristiwa nyeri. Sebaliknya, individu yang memiliki lokus kendali eksternal mempersepsikan faktor lain didalam lingkungan mereka seperti perawat sebagai individu yang bertanggung jawab terhadap hasil akhir dari suatu peristiwa.

11) Dukungan keluarga dan sosial

Kehadiran orang-orang terdekat pasien dan bagaimana sikap mereka terhadap pasien mempengaruhi respon nyeri memerlukan dukungan, bantuan, dan perlindungan walaupun nyeri tetap dirasakan, kehadiran orang yang dicintai akan meminimalkan kesepian dan ketakutan.

d. Patofisiologi

Pada saat sel saraf rusak akibat trauma jaringan, maka terbentuklah zat-zat kimia seperti Bradikinin, serotonin dan enzim proteolitik. Kemudian zat-zat tersebut merangsang dan merusak ujung saraf reseptor nyeri dan rangsangan tersebut akan dihantarkan ke *hypothalamus* melalui saraf asenden. Sedangkan di korteks nyeri akan di persiapkan sehingga individu mengalami nyeri. Selain dihantarkan ke *hypotalamus* nyeri dapat menurunkan stimulasi terhadap reseptor

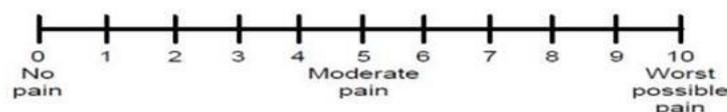
mekanik sensitif pada termosensitif sehingga dapat juga menyebabkan atau mengalami nyeri (Mubarak dalam jitowiyono,2016).

e. Penilaian respon intensitas nyeri

Intesitas nyeri merupakan gambaran tentang seberapa parah nyeri yang dirasakan oleh individu, pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual, serta kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan berbeda oleh dua orang yang berbeda. Pengukuran nyeri dengan pendekatan objektif yang paling mungkin dilakukan adalah melalui respon fisiologi tubuh terhadap nyeri itu sendiri. Penilaian terhadap intensitas nyeri dapat dilakukan dengan menggunakan skala yaitu (Mubarak et al., 2015) :

1) Skala Penilaian Numerik

Penilaian nyeri menggunakan skala penilaian *Numerical Rating Scale* (NRS) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsian kata. Dalam hal ini, pasien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala ini efektif untuk digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan sesudah intervensi terapeutik.

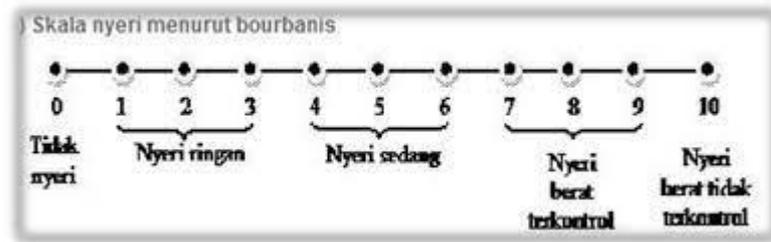


Gambar 2.1 skala nyeri numeric

Sumber : Mubarak et al., (2015)

2) Skala Nyeri Deskriptif

Skala nyeri deskriptif merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang objektif. Skala ini juga disebut sebagai skala pendeskripsian verbal /*Verbal Descriptor Scale* (VDS) merupakan garis yang terdiri tiga sampai lima kata pendeskripsian yang tersusun dengan jarak yang sama disepanjang garis. Pendeskripsian ini mulai dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri tak tertahankan”, dan pasien diminta untuk menunjukkan keadaan yang sesuai dengan keadaan nyeri saat ini (Mubarak et al., 2015)



Gambar 2.2 skala nyeri deskriptif
Sumber : Mubarak et al., (2015)

Keterangan :

0 : tidak nyeri

1-3 : nyeri ringan (secara objektif pasien mampu berkomunikasi dengan baik)

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

7-9 : nyeri berat secara objektif pasien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan dapat menunjukan lokasi nyeri, dapat mendiskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan posisi alih napas panjang dan distrkasi.

10 : Pasien sudah tidak mampu berkomunikasi, memukul.

3) *Faces Scale* (Skala Wajah)

Pasien disuruh melihat skala gambar wajah. Gambar pertama tidak nyeri (anak tenang) kedua sedikit nyeri dan selanjutnya lebih nyeri dan gambar paling akhir, adalah orang dengan ekpresi nyeri yang sangat berat. Setelah itu, pasien disuruh menunjuk gambar yang cocok dengan nyerinya. Metode ini digunakan untuk pediatri, tetapi juga dapat digunakan pada geriatri dengan gangguan kognitif (Mubarak et al., 2015).



Gambar 2.3 *Faces Scale*
Sumber : Mubarak et al., (2015)

2. Fraktur

a. Definisi

Fraktur adalah suatu kondisi yang terjadi ketika ketuhanan dan kekuatan dari tulang mengalami kerusakan yang disebabkan oleh penyakit invasif atau suatu proses biologis yang merusak (Kenneth *et al.*, 2015). Fraktur atau patah tulang disebabkan karena trauma atau tenaga fisik, kekuatan dan sudut dari tenaga tersebut, keadaan tulang dan jaringan lunak disekitar tulang merupakan penentu apakah fraktur terjadi lengkap atau tidak lengkap (Astanti, 2017).

Fraktur merupakan terjadinya kerusakan kontinuitas dari struktur tulang, tulang rawan serta lempeng pertumbuhan yang disebabkan karena trauma dan non trauma. Bukan hanya keretakan atau terpisahnya korteks, fraktur cenderung lebih banyak mengakibatkan kerusakan yang komplis dan fragmen tulang terpisah. Tulang relatif rapuh, tapi mempunyai kelenturan dan kekuatan untuk menahan tekanan. Penyebab fraktur dapat berupa cedera, stress yang berulang, kelemahan tulang yang abnormal atau disebut sebagai fraktur patologis (Solomon *et al.*, 2010).

b. Etiologi

Menurut Wahid, A. (2013), berdasarkan jenisnya, penyebab fraktur dibedakan menjadi:

1) Cedera traumatik

Cedera traumatik pada tulang dapat disebabkan oleh:

a) Kekerasan langsung

Kekerasan langsung dapat menyebabkan patah tulang pada titik terjadinya kekerasan. Sering bersifat fraktur terbuka dengan garis patahan melintang atau miring.

b) Kekerasan tidak langsung

Kekerasan tidak langsung dapat menyebabkan patah tulang yang jauh dari tempat terjadinya kekerasan. Biasanya yang patah adalah bagian yang paling lemah dalam jalur hantaran vektor kekerasan.

2) Cedera patologik

Menurut Kristiyanasari (2012), kerusakan tulang akibat proses penyakit dimana dengan trauma minor bisa menyebabkan fraktur, seperti:

- a) Tumor tulang (jinak atau ganas), merupakan pertumbuhan jaringan yang abnormal dan tidak terkendai atau progresif
- b) Infeksi seperti osteomyelitis, bisa terjadi akibat infeksi akut atau bisa timbul sebagai salah satu proses yang progresif, lambat dan sakit nyeri.
- c) Rakhitis, suatu penyakit tulang yang disebabkan karena defisiensi vitamin D.
- d) Stress tulang misalnya pada penyakit polio ()

c. Klasifikasi

Menurut Sulistyaningsih (2016), berdasarkan ada tidaknya hubungan antar tulang dibagi menjadi :

1) Fraktur Terbuka

Fraktur terbuka adalah patah tulang yang menembus kulit dan memungkinkan adanya hubungan dengan dunia luar serta menjadikan adanya kemungkinan untuk masuknya kuman atau bakteri ke dalam luka. Menurut Gustillo dan Anderson (2015), berdasarkan tingkat keparahannya fraktur terbuka dikelompokkan menjadi 3 kelompok besar yaitu:

a) Derajat I

Kulit terbuka <1cm, biasanya dari dalam ke luar, memar otot yang ringan disebabkan oleh energi rendah atau fraktur dengan luka terbuka menyerong pendek.

b) Derajat II

Kulit terbuka >1 cm tanpa kerusakan jaringan lunak yang luas, komponen penghancuran minimal sampai sedang, fraktur dengan luka terbuka melintang sederhana dengan pemecahan minimal.

c) Derajat III

Kerusakan jaringan lunak yang lebih luas, termasuk otot, kulit, dan struktur neurovaskuler, cedera yang disebabkan oleh energi tinggi dengan kehancuran komponen tulang yang parah.

(1) Derajat IIIA

Laserasi jaringan lunak yang luas, cakupan tulang yang memadai, fraktur segmental, pengupasan periosteal minimal.

(2) Derajat IIIB

Cidera jaringan lunak yang luas dengan pengelupasan periosteal dan paparan tulang yang membutuhkan penutupan jaringan lunak; biasanya berhubungan dengan kontaminasi masif.

(3) Derajat IIIC

Cidera vaskular yang membutuhkan perbaikan (Kenneth *et al.*, 2015).

2) Fraktur Tertutup

Fraktur tertutup adalah patah tulang yang tidak mengakibatkan robeknya kulit sehingga tidak ada kontak dengan dunia luar. Fraktur tertutup diklasifikasikan berdasarkan tingkat kerusakan jaringan lunak dan mekanisme cedera tidak langsung dan cedera langsung antara lain:

a) Derajat 0

Cidera akibat kekuatan yang tidak langsung dengan kerusakan jaringan lunak yang tidak begitu berarti.

b) Derajat 1

Fraktur tertutup yang disebabkan oleh mekanisme energi rendah sampai sedang dengan abrasi superfisial atau memar pada jaringan lunak di permukaan situs fraktur.

c) Derajat 2

Fraktur tertutup dengan memar yang signifikan pada otot, yang mungkin dalam, kulit lecet terkontaminasi yang berkaitan dengan

mekanisme energi sedang hingga berat dan cedera tulang, sangat beresiko terkena sindrom kompartemen.

d) Derajat 3

Kerusakan jaringan lunak yang luas atau avulsi subkutan dan gangguan arteri atau terbentuk sindrom kompartemen (Kenneth *et al.*, 2015).

Menurut Purwanto (2016) berdasarkan garis frakturnya dibagi menjadi :

1) Fraktur Komplet

Yaitu fraktur dimana terjadi patahan diseluruh penampang tulang biasanya disertai dengan perpindahan posisi tulang.

2) Fraktur Inkomplet

Yaitu fraktur yang terjadi hanya pada sebagian dari garis tengah tulang.

3) Fraktur Transversal

Yaitu fraktur yang terjadi sepanjang garis lurus tengah tulang.

4) Fraktur Oblig

Yaitu fraktur yang membentuk garis sudut dengan garis tengah tulang.

5) Fraktur Spiral

Yaitu garis fraktur yang memuntir seputar batang tulang sehingga menciptakan pola spiral.

6) Fraktur Kompresi

Terjadi adanya tekanan tulang pada satu sisi bisa disebabkan tekanan, gaya aksial langsung diterapkan diatas sisi fraktur.

7) Fraktur Kominutif

Yaitu apabila terdapat beberapa patahan tulang sampai menghancurkan tulang menjadi tiga atau lebih bagian.

8) Fraktur Impaksi

Yaitu fraktur dengan salah satu irisan ke ujung atau ke fragmen retak.

d. Manifestasi klinis

Manifestasi klinis menurut *UT Southwestern Medical Center* (2016) adalah nyeri, hilangnya fungsi, deformitas/perubahan bentuk,

pemendekan ekstermitas, krepitus, pembengkakan lokal, dan perubahan warna.

- 1) Nyeri terus menerus akan bertambah beratnya sampai fragmen tulang diimobilisasi. Spasme otot yang menyertai fraktur merupakan bentuk bidai alamiah yang dirancang untuk meminimalkan gerakan fragmen tulang.
- 2) Setelah terjadi fraktur bagian yang tidak dapat digunakan cenderung bergerak secara alamiah (gerakan luar biasa) membukanya tetap rigid seperti normalnya. Pergeseran fragmen pada fraktur lengan atau tungkai menyebabkan deformitas (terlihat maupun teraba) ekstermitas dapat diketahui dengan membandingkan ekstermitas normal. Ekstermitas tidak dapat berfungsi dengan baik karena fungsi normal otot tergantung pada integritas tempat melengketnya otot.
- 3) Pada fraktur panjang, terjadi pemendekan tulang yang sebenarnya karena kontraksi otot yang melekat pada atas dan bawah tempat fraktur. Fragmen sering saling melengkapi satu sama lain sampai 2,5 sama 5 cm (1 sampai 2 *inchi*).
- 4) Saat ekstermitas diperiksa dengan tangan, teraba adanya derik tulang yang dinamakan *krepitus* akibat gesekan antara fragmen 1 dengan yang lainnya (uji *krepitus* dapat mengakibatkan kerusakan jaringan lunak yang lebih berat).
- 5) Pembengkakan dan perubahan warna lokal pada kulit dapat terjadi sebagai akibat trauma dan perdarahan yang mengikuti fraktur. Tanda ini baru terjadi setelah beberapa jam atau hari setelah terjadi cidera.

e. Komplikasi

Menurut Sulistyaningsih (2016) komplikasi fraktur *post* ORIF yaitu:

- 1) Nyeri merupakan keluhan yang paling sering terjadi setelah bedah ORIF, nyeri yang sangat hebat akan dirasakan pada beberapa hari pertama.
- 2) Gangguan mobilitas pada pasien pasca bedah ORIF juga akan terjadi akibat proses pembedahan.

- 3) Kelelahan sering kali terjadi yaitu kelelahan sebagai suatu sensasi. Gejala nyeri otot, nyeri sendi, nyeri kepala, dan kelemahan dapat terjadi akibat kelelahan sistem muskuloskeletal.
- 4) Perubahan ukuran, bentuk dan fungsi tubuh yang dapat mengubah sistem tubuh, keterbatasan gerak, kegiatan dan penampilan juga sering kali dirasakan.

Komplikasi fraktur menurut Black dan Hawks (2014) ada beberapa komplikasi fraktur. Komplikasi tergantung pada jenis cedera, usia klien, adanya masalah kesehatan lain (komorbiditas) dan penggunaan obat yang mempengaruhi perdarahan, seperti warfarin, kortikosteroid, dan NSAID.

Komplikasi yang terjadi setelah fraktur antara lain :

- 1) 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.

- 2) Sindroma kompartemen

Kompartemen otot pada tungkai atas dan tungkai bawah dilapisi oleh jaringan fascia 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. 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.

3) 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.

4) 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.

Kompikasi jangka panjang dari fraktur antara lain :

1) Kaku sendi atau artritis

Setelah cedera atau imobilisasi jangka panjang, kekakuan sendi dapat terjadi dan dapat menyebabkan kontraktur sendi, pergerakan ligamen, atau atrofi otot. Latihan gerak sendi aktif harus dilakukan semampunya klien. Latihan gerak sendi pasif untuk menurunkan resiko kekakuan sendi.

2) Nekrosis avaskular

Nekrosis avaskular dari kepala femur terjadi utamanya pada fraktur di proksimal dari leher femur. Hal ini terjadi karena gangguan

sirkulasi lokal. Oleh karena itu, untuk menghindari terjadinya nekrosis vaskular dilakukan pembedahan secepatnya untuk perbaikan tulang setelah terjadinya fraktur.

3) Malunion

Malunion terjadi saat fragmen fraktur sembuh dalam kondisi yang tidak tepat sebagai akibat dari tarikan otot yang tidak seimbang serta gravitasi. 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.

4) Penyatuan terhambat

Penyatuan menghambat terjadi ketika penyembuhan melambat tapi tidak benar-benar berhenti, mungkin karena adanya distraksi pada fragmen fraktur atau adanya penyebab sistemik seperti infeksi.

5) Non-union

Non-union adalah penyembuhan fraktur terjadi 4 hingga 6 bulan setelah cedera awal dan setelah penyembuhan spontan sepertinya tidak terjadi. Biasanya diakibatkan oleh suplai darah yang tidak cukup dan tekanan yang tidak terkontrol pada lokasi fraktur.

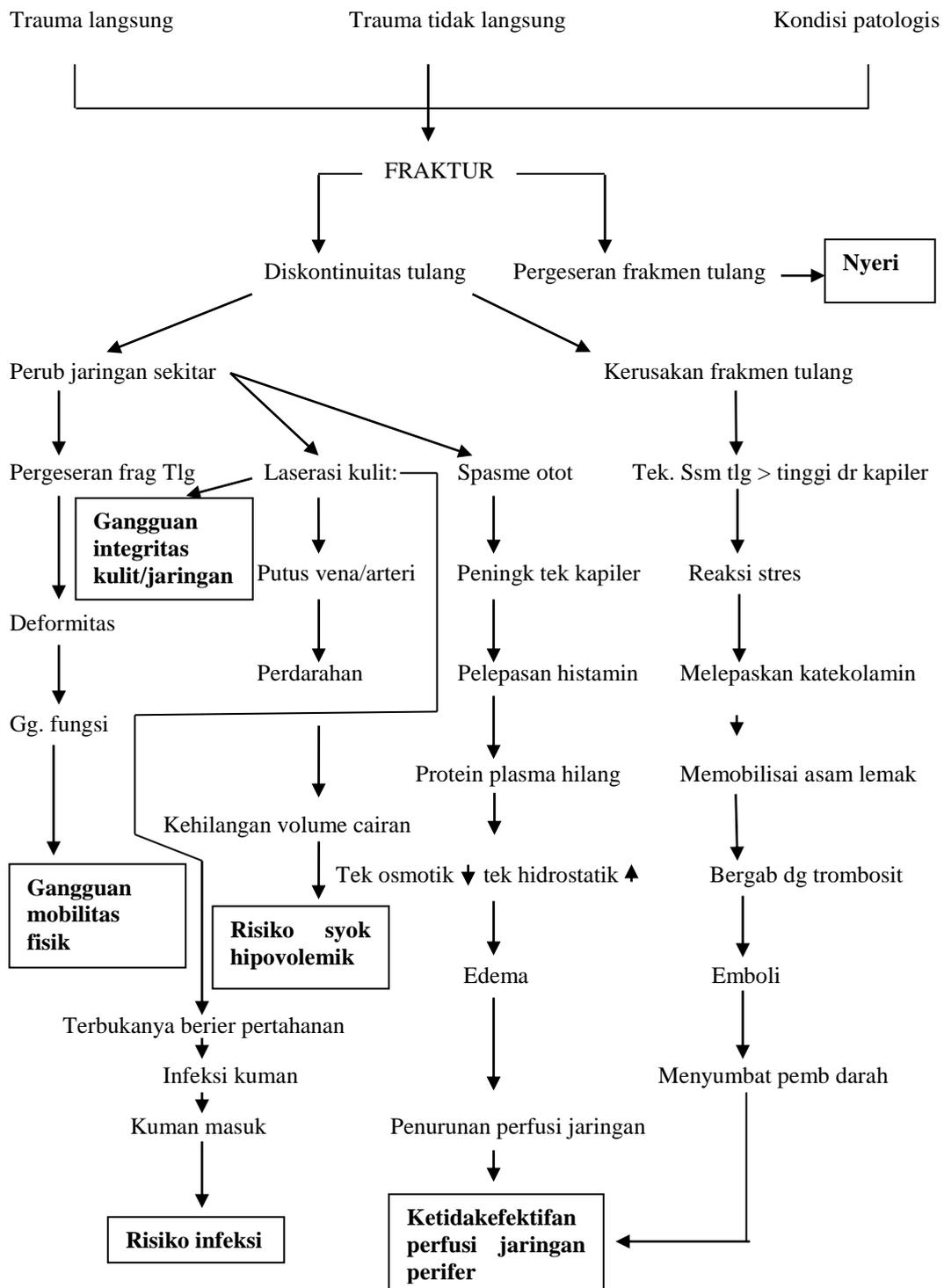
6) Penyatuan fibrosa

Jaringan fibrosa terletak diantara fragmen-fragmen fraktur. Kehilangan tulang karena cedera maupun pembedahan meningkatkan resiko pasien terhadap jenis penyatuan fraktur.

7) Sindroma nyeri regional kompleks

Sindroma nyeri regional kompleks merupakan suatu sindroma disfungsi dan penggunaan yang salah yang disertai nyeri dan pembengkakan tungkai yang sakit.

f. Pathway



Gambar 2.4 Pathway

Sumber : Nurarif, Amin Huda, 2015 dan Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017

g. Patofisiologi

Fraktur dibagi menjadi fraktur terbuka dan fraktur tertutup. Tertutup bila tidak terdapat hubungan antara *fragmen* tulang dengan dunia luar oleh karena perlukaan di kulit. Sewaktu tulang patah perdarahan biasanya terjadi disekitar tempat patah ke dalam jaringan lunak disekitar tulang tersebut, jaringan lunak yang biasanya mengalami kerusakan. Reaksi perdarahan biasanya timbul hebat di sekitar fraktur. Sel-sel darah putih dan sel-sel anast berkumulasi mengakibatkan peningkatan aliran darah ketempat tersebut aktifitas *osteoblast* terangsang dan terbentuk tulang baru amatir yang disebut *callus*.

Bekuan fibrin di reabsorpsi dan sel-sel tulang baru mengalami remodelling untuk membentuk tulang sejati. Insufisiensi pembuluh darah atau penekanan serabut saraf yang berkaitan dengan pembengkakan yang tidak ditangani dapat menurunkan asupan darah ke ekstermitas dan mengakibatkan kerusakan saraf *perifer*. Bila tidak terkontrol pembengkakan akan mengakibatkan peningkatan tekanan jaringan, oklusa darah total dan berakibat anoreksia mengakibatkan rusaknya serabut saraf maupun jaringan otot. Komplikasi ini dinamakan *sindrom compartment* (Brunner & Suddart, 2015).

h. Penatalaksanaan

Prinsip penanganan fraktur adalah mengembalikan posisi patahan tulang ke posisi semula (reposisi) dan mempertahankan posisi itu selama masa penyembuhan patah tulang atau imobilisasi (Sjamsuhidayat & Jong, 2015). Penatalaksanaan yang dilakukan adalah :

1) Fraktur Terbuka

Fraktur terbuka adalah kasus emergency karena dapat terjadi kontaminasi oleh bakteri dan disertai perdarahan yang hebat dalam waktu 6-8jam (*golden period*). Kuman belum terlalu jauh dilakukan : pembersihan luka, *exici*, *heacting situasi*, *antibiotic*. Ada beberapa prinsipnya yaitu :

- a) Harus ditegakkan dan ditangani terlebih dahulu akibat trauma yang membahayakan jiwa *airway*, *breathing* dan *circulation*.

- b) Semua patah tulang terbuka adalah kasus gawat darurat yang memerlukan penanganan segera yang meliputi pembidaian, menghentikan perdarahan dengan bidai, menghentikan perdarahan besar dengan klem.
- c) Pemberian *antibiotic*
- d) *Dibredemen* dan irigasi sempurna
- e) Stabilisasi.
- f) Penutup luka
- g) Rehabilitasi.
- h) *Life saving*.

Semua penderita patah tulang terbuka diingat sebagai penderita dengan kemungkinan besar mengalami cedera ditempat lain yang serius. Hal ini perlu ditekankan bahwa terjadinya patah tulang diperlukan gaya yang cukup kuat yang sering kali dapat berakibat total dan berakibat multi organ. Untuk *life saving* prinsip dasar yaitu : *airway, breathing, and circulation*.

- i) Semua patah tulang terbuka dalam kasus gawat darurat
 Dengan terbukanya *barrier* jaringan lunak maka patah tulang tersebut terancam untuk terjadinya infeksi seperti kita ketahui bahwa periode 6 jam sejak patah tulang terbuka luka yang terjadi masih dalam stadium kontaminasi (*golden period*) dan setelah waktu tersebut luka berubah menjadi luka infeksi. Oleh karena itu penanganan patah tulang terbuka harus dilakukan sebelum periode terlampaui agar sasaran terakhir penanganan patah tulang terbuka tercapai walaupun ditinjau dari segi prioritas penanganannya. Tulang secara primer menempati urutan prioritas ke 6. Sasaran akhir ini adalah mencegah sepsis, penyembuhan tulang, dan pulihnya fungsi.
- j) Pemberian Antibiotik
 Mikroba yang ada dalam luka patah tulang terbuka sangat bervariasi tergantung dimana patah tulang itu terjadi. Pemberian antibiotik yang tepat sukar untuk ditentukan hanya saja sebagai

pemikiran sadar. Sebaliknya antibiotika dengan spectrum luas untuk kuman gram positif maupun negatif.

k) *Debridemen* dan Irigasi

Debridemen untuk membuang semua jaringan mati pada daerah patah terbuka baik berupa benda asing maupun jaringan lokal yang mati. Irigasi untuk mengurangi kepadatan kuman dengan cara mencuci luka dengan larutan fisiologis dalam jumlah banyak baik dengan tekanan maupun tanpa tekanan.

l) Stabilisasi

Untuk penyembuhan luka dan tulang sangat diperlukan stabilisasi fragmen tulang, cara stabilisasi tulang tergantung derajat patah tulang terbukanya dan fasilitas yang ada. Pada derajat 1 dan 2 dapat dipertimbangkan pemasangan fiksasi dalam secara primer, untuk derajat 3 dianjurkan fiksasi luar.

2) Fraktur tertutup

Penatalaksanaan fraktur tertutup yaitu dengan pembedahan, perlu diperhatikan karena memerlukan asuhan keperawatan yang komprehensif perioperatif yaitu Reduksi tertutup dengan memberikan traksi secara lanjut dan *counter* traksi yaitu manipulasi serta imobilisasi eksternal dengan menggunakan gips. Reduksi tertutup yaitu dengan memberikan fiksasi eksternal atau fiksasi perkuatan dengan *K-wire*.

3) Seluruh Fraktur

a) Rekognisis/Pengenalan

Riwayat kajian harus jelas untuk menentukan diagnosa dan tindakan selanjutnya.

b) Reduksi/Manipulasi/Reposisi

Upaya untuk memanipulasi fragmen tulang supaya kembali secara optimal seperti semula. Dapat juga diartikan reduksi fraktur (*setting* tulang) adalah mengembalikan fragmen tulang pada posisi kesejajarannya *rotasfanatomis*.

c) OREF(*Open Reduction an`d External Fixation*)

Penanganan *intraoperative* pada fraktur terbuka derajat III yaitu dengan cara reduksi terbuka di ikuti *fiksasi eksternal* OREF sehingga diperoleh stabilisasi fraktur yang baik. Keuntungan fiksasi eksternal adalah memungkinkan stabilisasi fraktur sekaligus menilai jaringan lunak sekitar dalam masa penyembuhan fraktur. Penanganan pasca operasi yaitu perawatan luka dan pemberian antibiotik untuk mengurangi resiko infeksi, pemberian radiologic serial, darah lengkap serta rehabilitasi berupa latihan-latihan secara teratur dan bertahap sehingga ketiga tujuan utama penanganan fraktur bisa tercapai yaitu union (penyambungan tulang kembali secara sempurna), sembuh secara otomatis (penampakan fisik organ anggota gerak baik proporsional) dan sembuh secara fungsional (tidak ada kekakuan dan hambatan lain dalam melakukan gerakan).

d) ORIF(*Open Reduction Internal Fixation*)

ORIF adalah suatu bentuk pembedahan dengan pemasangan internal fiksasi pada tulang yang mengalami fraktur. Fungsi ORIF untuk mempertahankan posisi agar fragmen tulang agar tetap menyatu dan tidak mengalami pergeseran. Internal fiksasi ini berupa *Intra Modullary Nail* biasanya digunakan untuk fraktur tulang panjang dengan tipe fraktur transfer.

e) Retensi/Imobilisasi

Upaya yang dilakukan untuk menahan fragmen tulang sehingga kembali seperti semula secara optimal. Setelah fraktur di reduksi, fragmen tulang harus di imobilisasi atau dipertahankan keseajarannya yang benar sampai terjadi penyatuan. Imobilisasi dapat dilakukan dengan fiksasi eksternal atau internal. Metode fiksasi eksternal meliputi pembalutan gips, bidai, traksi kontinu, dan teknik gips atau fiksator eksternal. Implant logam dapat digunakan untuk fiksasi internal untuk imobilisasi fraktur.

f) Rehabilitasi

Menghindari atropi dan kontraktur dengan fisioterapi. Segala upaya diarahkan pada penyembuhan tulang dan jaringan lunak. Reduksi dan imobilisasi harus dipertahankan sesuai kebutuhan. Status neurovaskuler (Misal Pengkajian peredaran darah, nyeri, perabaan, gerakan) dipantau dan ahli bedah ortopedi diberitahu segera bila ada tanda gangguan neurovaskuler.

i. Pemeriksaan penunjang

Adapun beberapa pemeriksaan penunjang yang dilakukan untuk menegakkan diagnosa fraktur adalah sebagai berikut :

1) Pemeriksaan rontgen

Menentukan lokasi/luasnya fraktur/trauma

2) Scan tulang, scan CT/MRI

Memperlihatkan fraktur juga dapat digunakan untuk mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak.

3) *Arteriogram* :Dilakukan bila kerusakan vaskuler di curigai

4) Hitung darah lengkap

HT mungkin meningkat (hemokonsentrasi) atau menurun (perdarahan bermakna pada sisi fraktur) perdarahan bermakna pada sisi fraktur atau organ jauh pada mulltipel.

5) Kreatinin

Trauma otot meningkatkan beban kreatinin untuk klirens ginjal

6) Profil kagulasi

Penurunan dapat terjadi pada kehilangan darah, transfuse multiple, atau cidera hati (Doenges dalam Jitowiyono, 2016)

B. Pengkajian

Pengkajian Asuhan keperawatan pada klien fraktur menurut (Muttaqin, 2015) yaitu :

1. Identitas klien

Meliputi : nama, umur, jenis kelamin, agama, alamat, bangsa, pendidikan, pekerjaan tanggal MRS, diagnosa medis, nomor registrasi.

2. Keluhan utama

Keluhan utama pada masalah fraktur yaitu nyeri. Nyeri akut atau kronik tergantung berapa lamanya serangan. Unit memperoleh data pengkajian yang lengkap mengenai data pasien di gunakan :

- a. Proboking insiden : apa ada peristiwa faktor nyeri.
- b. Quality of pain : bagaimana rasanya nyeri saat dirasakan pasien. Apakah panas, berdenyut / menusuk.
- c. Region Radiation of pain : apakah sakit bisa reda dalam sekejap, apa terasa sakit menjalar, dan dimana posisi sakitnya.
- d. Severity/scale of pain : seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan pasien berdasarkan skala nyeri.
- e. Time : berapakah waktu nyeri berlangsung, apa bertambah buruk pada waktu malam hari atau pagi hari.

3. Riwayat penyakit sekarang

Pada pasien patah tulang disebabkan karena trauma / kecelakaan, dapat secara degenerative/patologis yang disebabkan awalnya pendarahan, kerusakan jaringan di sekitar tulang yang mengakibatkan nyeri, bengkak, pucat/perubahan warna kulit dan terasa kesemutan.

4. Riwayat penyakit dahulu

Apakah pasien mengalami patah tulang paha atau pasien pernah punya penyakit menurun sebelumnya. Memiliki penyakit *osteoporosis/arthritis* atau penyakit lain yang sifatnya menurun atau menular.

5. Pola fungsi kesehatan

a. Pola persepsi hidup sehat

Klien fraktur apakah akan mengalami perubahan atau gangguan pada *personal hygiene* atau mandi.

b. Pola nutrisi dan metabolisme

Klien fraktur tidak ada perubahan nafsu makan, walaupun menu makanan disesuaikan dari rumah sakit.

- c. Pola eliminasi
Perubahan BAK/BAB dalam sehari, apakah mengalami kesulitan waktu BAB di kaenakan imobilisasi, feses warna kuning, pada pasien fraktur tidak ada gangguan BAK.
- d. Pola istirahat dan tidur
Kebiasaan pada pola tidur apakah ada gangguan yang disebabkan karena nyeri, misalnya nyeri karena fraktur.
- e. Pola aktivitas dan latihan
Aktivitas pada klien yang mengalami gangguan karena fraktur mengakibatkan kebutuhan pasien perlu dibantu oleh perawat atau keluarga.
- f. Pola persepsi dan konsep diri
Klien mengalami gangguan percaya diri sebab tubuhnya perubahan pasien takut cacat / tidak dapat bekerja lagi.
- g. Pola sensori kognitif
Adanya nyeri yang disebabkan kerusakan jaringan, jika pada pola kognitif atau pola berfikir tidak ada gangguan.
- h. Pola hubungan peran
Terjadi hubungan peran interpersonal yaitu klien merasa tidak berguna sehingga menarik diri.
- i. Pola pengendalian stress
Penting ditanyakan apakah membuat pasien menjadi depresi / kepikiran mengenai kondisinya.
- j. Pola reproduksi seksual
Jika pasien sudah berkeluarga maka mengalami perubahan pola seksual dan reproduksi, jika pasien belum berkeluarga pasien tidak mengalami gangguan pola reproduksi seksual.
- k. Pola tata nilai dan kepercayaan
Terjadi kecemasan/stress untuk pertahanan klien meminta mendekatkan diri pada Allah SWT.

6. Pemeriksaan Fisik

Muttaqin (2015) terdapat 2 macam pemeriksaan fisik yaitu pemeriksaan fisik secara umum (status general) untuk mendapatkan gambaran umum dan pemeriksaan setempat (*local*). Hal ini diperlukan untuk dapat melaksanakan perawatan total (*total care*).

a. Pemeriksaan fisik secara umum

Keluhan utama

- 1) Kesadaran klien : apatis, sopor, koma, gelisah, komposmentis yang bergantung pada klien
- 2) Kedaan penyakit : akut, kronis, ringan, sedang, berat. Tanda-tanda vital tidak normal terdapat gangguan lokal, baik fungsi maupun bentuk.
- 3) Tanda-tanda vital tidak normal karena ada gangguan, baik fungsi maupun bentuk.

b. Pemeriksaan fisik secara *Head To Toe*

1) Kepala

Inspeksi : Simetris, ada pergerakan

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

2) Leher

Inspeksi : Simetris, tidak ada penonjolan

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, reflek menelan ada

3) Wajah

Inspeksi : Simetris, terlihat menahan sakit, Palpasi : Tidak ada perubahan fungsi maupun bentuk, tidak ada lesi, dan tidak ada oedema.

4) Mata

Inspeksi : Simetris

Palpasi : Tidak ada gangguan seperti kongjungtiva tidak anemis (karena tidak terjadi perdarahan)

5) Telinga

Inspeksi : Normal, simetris,

Palpasi : Tidak ada lesi, dan nyeri tekan

6) Hidung

Inspeksi : Normal, simetris

Palpasi : Tidak ada deformitas, tidak ada pernafasan cuping hidung

7) Mulut

Inspeksi : Normal, simetris

Palpasi : Tidak ada pembesaran tonsil, gusi tidak terjadi perdarahan, mukosa mulut tidak pucat.

8) Thoraks

Inspeksi : Simetris, tidak ada lesi, tidak bengkak

Palpasi : Iktus cordis tidak teraba

Perkusi : Pekak

Auskultasi : Tidak ada ronchi, wheezing, dan bunyi jantung I, II regular

9) Paru.

Inspeksi : Pernafasan meningkat, regular atau tidak tergantung pada riwayat penyakit klien yang berhubungan dengan paru.

Palpasi : Pergerakan simetris, fermitus teraba sama.

Perkusi : Sonor, tidak ada suara tambahan.

Auskultasi : Suara nafas normal, tidak ada wheezing atau suara tambahan lainnya.

10) Jantung

Inspeksi : tidak tampak iktus jantung

Palpasi : nadi meningkat, iktus tidak teraba

Auskultasi : suara S1 dan S2 tunggal

11) Abdomen

Inspeksi : simetris, bentuk datar

Palpasi : turgor baik, tidak ada pembesaran hepar.

Perkusi : suara timpani, ada pantulan gelombang cairan

Auskultasi : peristaltic usus normal \pm 20 x/menit

12) Inguinal, genetalia, anus

Tidak ada hernia, tidak ada pembesaran limfe, tidak ada kesulitan BAB.

c. Keadaan luka.

Pemeriksaan pada system musculoskeletal adalah sebagai berikut :

- 1) Inspeksi (*look*) : pada inspeksi dapat di perhatikan wajah klien, kemudian warna kulit, kemudian syaraf, tendon, ligament, dan jaringan lemak, otot,kelenjar limfe, tulang dan sendi, apakah ada jaringan parut,warna kemerahan atau kebiruan atau hiperpigmentasi, apa ada benjolan dan pembengkakan atau adakah bagian yang tidak normal.
- 2) Palpasi (*feel*) pada pemeriksaan palpasi yaitu : suatu pada kulit, apakah teraba denyut arterinya, raba apakah adanya pembengkakan, palpasi daerah jaringan lunak supaya mengetahui adanya spasme otot,artrofi otot, adakah penebalan jaringan senovia,adannya cairan didalam/di luar sendi, perhatikan bentuk tulang ada/tidak adanya penonjolan atau abnormalitas.
- 3) Pergerakan (*move*) : perhatikan gerakan pada sendi baik secara aktif/pasif, apa pergerakan sendi diikuti adanya krepitasi, lakukan pemeriksaan stabilitas sandi, apa pergerakan menimbulkan rasa nyeri, pemeriksaan (*range of motion*) danpemeriksaan pada gerakan sendi aktif ataupun pasif.

C. Diagnosa

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
2. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasi
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang.
4. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanis
5. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang faktor pemberat
6. Risiko syok berhubungan dengan kekurangan volume cairan

Sumber : Nurarif, Amin Huda, (2015) dan Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2017)

D. Intervensi

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

No	SDKI	SLKI	SIKI
1	Nyeri akut (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : a. Keluhan nyeri menurun b. Meringis menurun c. Gelisah menurun d. Kesulitan tidur e. Frekuensi nadi membaik f. Tekanan darah membaik (Tingkat nyeri : L.08066)	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Identifikasi skala nyeri Identifikasi respons nyeri non verbal Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri Fasilitasi istirahat dan tidur Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri Jelaskan strategi meredakan nyeri Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Kolaborasi pemberian analgetik jika perlu (Manajemen nyeri : I.08238)
2	Risiko infeksi (D.0142)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> Batasi jumlah pengunjung

		<p>a. Demam menurun b. Kemerahan menurun c. Nyeri menurun d. Bengkak menurun e. Drainase purulent menurun f. Pluria menurun g. Kadar sel darah putih membaik (Tingkat infeksi : L.14137)</p>	<p>b. Berikan perawatan kulit pada area edema c. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien d. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi</p> <p>Edukasi a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi b. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar c. Ajarkan etika batuk d. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi e. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi f. Anjurkan meningkatkan asupan cairan</p> <p>Kolaborasi a. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu (Pencegahan infeksi : I.14539)</p>
3	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Pergerakan ekstremitas meningkat b. Kekuatan otot meningkat c. Rentang gerak (ROM) meningkat d. Nyeri menurun e. Gerakan terbatas menurun f. Kelemahan fisik menurun (Mobilitas fisik : L.05042)</p>	<p>Observasi a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya b. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan c. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi d. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>Teraupetik a. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu b. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu c. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>Edukasi a. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi b. Anjurkan melakukan mobilisasi dini c. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis : duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) (Dukungan mobilisasi : I.05173)</p>

E. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat dalam membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi menuju kesehatan yang lebih baik yang sesuai dengan intervensi atau rencana keperawatan yang telah dibuat sebelumnya (Potter, 2015)

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Implementasi tindakan keperawatan dibedakan berdasarkan kewenangan dan tanggung jawab perawat secara profesional antara lain :

1. *Independent*

Suatu kegiatan yang dilaksanakan oleh perawat tanpa petunjuk dan perintah tenaga kesehatan lainnya.

2. *Interdependent*

Suatu kegiatan yang memerlukan suatu kerja sama dengan tenaga kesehatan lainnya, misalnya ahli gizi, fisioterapi dan dokter.

3. *Dependent*

Pelaksanaan rencana tindakan medis. (Wahyuni,2016)

F. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap terakhir dari proses keperawatan. Kegiatan evaluasi ini yaitu membandingkan hasil yang telah dicapai setelah implementasi keperawatan dengan tujuan sesuai dengan perencanaan (Bararah & Januar, 2013). Evaluasi adalah perbandingan sistemik dan terperinci mengenai kesehatan klien dengan tujuan yang ditetapkan, evaluasi dilakukan berkesinambungan yang melibatkan klien dan tenaga medis lainnya. Evaluasi dalam keperawatan yaitu kegiatan untuk menilai tindakan keperawatan yang telah dipilih untuk memenuhi kebutuhan klien secara optimal dan mengukur dari proses keperawatan (Potter, 2015).

Setelah dilakukan tindakan keperawatan, penulis selanjutnya mengevaluasi hasil dari implementasi yang diberikan pada klien dengan menyimpulkan bahwa asuhan keperawatan yang telah dilakukan selama 3 hari perawatan capaian lingkup evaluasi pada *post op* fraktur tibia fibula pada Ny. G dapat teratasi semua pada kelima (5) diagnosa yaitu nyeri akut berhubungan dengan proses

pembedahan, risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang, gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur, dan deficit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi dapat dicapai sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil pada SLKI walaupun belum terlalu optimal.

BAB III

ASUHAN KEPERAWATAN

A. Pengkajian

1. Identitas klien

Klien bernama Ny. G lahir di Singkawang 18 April 1993 berjenis kelamin perempuan dengan status sudah menikah. Agama yang dianut klien yaitu islam dengan pendidikan terakhir adalah SLTA. Klien bekerja swasta dan bertempat tinggal di Jl. Camar, Gg Ruwai no 6. Klien masuk Rumah Sakit yaitu di Ruang Bedah pada tanggal 4 Desember 2021 pada pukul 09.00 WIB dengan No RM 181738. Setelah dilakukan pemeriksaan medis, klien terdiagnosa dengan open fracture tibia fibula dextra 1/3 distal.

2. Keluhan Utama

Klien mengeluh nyeri dibagian luka operasinya.

P : nyeri saat kaki digerakkan, nyeri berkurang saat beristirahat

Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk

R : nyeri dirasakan pada bagian kaki kanan

S : rentang nyeri pada skala 7

T : nyeri dirasakan terus-menerus

3. Riwayat penyakit sekarang

Klien datang ke UGD diantar keluarganya pasca KLL saat malam hari. Klien mengeluh nyeri dibagian tungkai kanan disertai luka. Luka lebar 1 cm pasca KLL tertabrak motor. Klien juga mengeluh tungkai kaki terasa sangat nyeri bila digerakkan. Klien tidak mengalami cedera kepala maupun pingsan saat kejadian.

a. Sejak kapan serangan

Klien mengatakan nyeri dibagian luka operasinya, nyeri saat kaki digerakkan akan tetapi nyeri berkurang saat beristirahat.

b. Lamanya

Klien mengatakan nyeri dirasakan terus menerus dengan rentang skala nyeri 7.

c. Gejala

Klien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk.

d. Faktor predisposisi

Klien mengatakan nyeri yang dirasakan merupakan penyebab dari operasi yang dijalannya, dengan beristirahat nyeri yang dirasakan sedikit berkurang.

e. Tindakan pengobatan

Berkolaborasi dengan dokter serta tenaga kesehatan lainnya untuk memberikan pengobatan serta asuhan keperawatan agar proses penyembuhan lebih maksimal.

f. Harapan klien terhadap pemberi perawat

Harapan klien terhadap pengobatan dan pelayanan perawat berikan agar kondisi kesehatan dan penyakit yang dideritanya sekarang cepat sembuh dan membaik.

4. Riwayat kesehatan yang lalu

a. Penyakit

1) Kecelakaan dan hospitalisasi

Klien mengatakan pernah dirawat di Rumah Sakit saat melahirkan anaknya

2) Operasi

Klien mengatakan sebelumnya tidak pernah melakukan operasi. Operasi sekarang adalah yang pertama kalinya.

3) Penyakit yang paling sering diderita

Klien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit hipertensi, jantung, maupun DM, biasanya hanya demam, batuk, dan pilek

b. Alergi

1) Tipe

Klien mengatakan tidak memiliki alergi baik dari makanan maupun obat-obatan

2) Reaksi

Tidak ada reaksi alergi

3) Pengobatan

Klien mengatakan tidak ada alergi obat-obatan

c. Imunisasi

Klien mengatakan imunisasi lengkap

d. Kebiasaan

Klien mengatakan tidak pernah merokok dan minum minuman keras/alkohol

e. Pola tidur

Klien mengatakan setelah operasi pola tidurnya berubah dan tidak nyenyak tidur. Saat malam hari tidur 6-7 jam kadang-kadang terbangun malam hari tetapi tidak lama, saat siang hari tidur 1-2 jam. Sebelum masuk Rumah Sakit klien tidur 7-8 jam saat malam hari dan saat siang hari jarang tidur siang karena biasanya bekerja.

f. Pola nutrisi

Klien mengatakan makan 3 kali sehari, porsi habis terkadang tidak habis. Minum 5-6 gelas sehari. Sebelum masuk Rumah Sakit klien makan 3 kali sehari porsi habis. Minum 7-8 gelas sehari.

g. Pola latihan dan kerja

Klien mengatakan hanya berbaring di tempat tidur, klien juga mengatakan makan dan minum dibantu keluarga di tempat tidur. Klien tampak lemah

h. Pola eliminasi urine dan bowel

Klien mengatakan BAB 3-4 kali sehari dibantu keluarga di tempat tidur, belum ada BAB sejak selesai operasi.

5. Riwayat kesehatan keluarga

1. Kesehatan anggota keluarga

Tabel 3.1 Kesehatan anggota keluarga

No	Nama anggota keluarga	Umur	JK	Keterangan sehat/ sakit
1	Tn. F	30 tahun	LK	Sehat
2	Ny. G	28 tahun	PR	Sakit
3	An. N	8 tahun	PR	Sehat
4	An. C	5 tahun	PR	Sehat

2. Faktor risiko penyakit

Riwayat yang diderita seperti klien tidak ada, risiko penyakit menular untuk anggota keluarga tidak ada dan tidak memiliki riwayat penyakit keturunan.

6. Riwayat lingkungan

a. Kebersihan

Klien mengatakan kebersihan lingkungan rumah bersih, ventilasi dan pencahayaan rumah cukup

b. Bahaya kesehatan

Tidak ada bahaya kesehatan di lingkungan rumah karena lingkungan cukup bersih dan selalu gotong royong

c. Polutan

Tidak ada polutan yang menimbulkan penyakit dan pencemaran udara kurang

7. Riwayat psikososial

a. Bahasa yang digunakan

Klien menggunakan bahasa Indonesia dengan baik

b. Organisasi di masyarakat

Klien mengatakan mengikuti kegiatan di masyarakat seperti arisan dan pengajian jika tidak bekerja

c. Sumber dukungan di masyarakat

Klien mengatakan dukungan masyarakat sangat mendukung penyembuhannya sekarang dan selalu memotivasi untuk kesembuhannya

d. Suasana hati

Klien mengatakan merasa sedikit cemas dengan kondisinya sekarang dan anak-anaknya yang ditinggal bersama orangtuanya

e. Tingkat perkembangan

Klien berharap kondisinya semakin membaik dan adanya peningkatan untuk sembuh

8. Pemeriksaan fisik

a. Kepala

Rambut klien berwarna hitam, tidak ada lesi, rambut bersih, tidak ada nyeri tekan

b. Mata

Penglihatan baik, lapang pandang normal, konjungtiva tidak anemis, mata simetris kiri dan kanan

c. Hidung

Tampak simetris, tidak ada nyeri tekan, pernapasan normal, tidak ada lesi, tampak bersih

d. Telinga

Bentuk telinga simetris kiri dan kanan, tidak tampak serumen, tampak bersih, pendengaran baik, tidak ada nyeri tekan

e. Mulut dan tenggorokan

Mulut tampak simetris, mukosa bibir tampak lembab, tidak ada gangguan menelan, tidak ada lesi, gigi lengkap

f. Leher

Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan pada leher, tidak ada lesi, tidak tampak pembesaran kelenjar tiroid

g. Paru-paru

1) Inspeksi : Tidak tampak retraksi dinding dada, irama nafas teratur, pergerakan dada simetris

2) Palpasi : tidak ada nyeri tekan maupun lesi

3) Perkusi : terdengar suara sonor pada paru bagian kanan dan kiri

4) Auskultasi : terdengar suara vesikuler pada paru bagian kanan dan kiri

h. Jantung

1) Inspeksi : tidak ada benjolan maupun pembesaran pada dada kiri, tidak tampak ictus cordis

2) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, teraba ictus cordis

3) Auskultasi : tidak ada suara murmur maupun gallop. Bunyi jantung normal S1 S2 reguler, dan CRT < 2 detik

i. Abdomen

- 1) Inspeksi : Bentuk abdomen simetris dan datar, tidak ada benjolan atau massa pada abdomen
- 2) Auskultasi : terdengar bising usus 15x/menit
- 3) Perkusi : terdengar suara timpani pada kuadran I, II, dan IV. Pada kuadran II terdengar suara dullnes
- 4) Palpasi : Tidak teraba massa atau benjolan pada abdomen

j. Ekstremitas atas dan bawah

Ekstremitas atas kiri terpasang infus, kekuatan otot baik dan bisa digerakkan serta teraba hangat. Ekstremitas bawah kanan tampak luka post operasi dengan panjang 5 cm dan ditutup perban serta kasa. Terpasang 2 buah draine yang berisi cairan kurang lebih 20cc pada masing-masing draine, cairan yang terdapat pada draine berwarna merah.

5555	4444
1111	5555

k. Integument

Kulit tampak bersih, turgor kulit baik, CRT < 2 detik

l. Genitalia

Tidak ada kelainan dan klien tidak terpasang kateter

9. Data penunjang

a. Laboratorium (tanggal 4 Desember 2021)

Tabel 3.2 Data Penunjang

Sumber : Data Rekam Medik RS Bhayangkara

No	Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Rujukan
1	WBC	11.8	$10^3/\text{mmk}$	4 - 10
2	Neu#	8.13	$10^3/\text{mmk}$	2 - 7
3	Lym#	2.29	$10^3/\text{mmk}$	0.8 - 4.0
4	Mon#	0.53	$10^3/\text{mmk}$	0.12 - 1.20
5	Eos#	0.08	$10^3/\text{mmk}$	0.02 - 0.50
6	Bas#	0.05	$10^3/\text{mmk}$	0.00 - 0.10
7	Neu%	73.4	%	50.0 - 70.0
8	Lym%	20.7	%	20.0 - 40.0
9	Mon%	4.7	%	3.0 - 12.0
10	Eos%	0.7	%	0.5 - 5.0

11	Bas%	0.5	%	0.0 – 1.0
12	RBC	4.10	10 ⁶ /mmk	3.50 – 5.00
13	HGB	12.8	g/dl	11.0 – 15.0
14	HCT	35.8	%	37.0 – 47.0
15	MCV	85.2	FL	80.0 – 100.0
16	MCHC	36.2	g/dl	32.0 – 36.00
17	PLT	363	10 ³ /mmk	130 – 300
18	GDS	86	mg/dl	< 150
19	BT	2	menit	1 – 3
20	CT	9	menit	3 – 15
21	HbsAG	Non Reaktif		Non Reaktif

b. Pemeriksaan radiologi

Jenis rontgen : RO ankle joint AP/Lat

Interpretasi : Tibia ankle joint knee

Fraktur 1/3 distal os fibula kanan. Fraktur maleus medialis tibia kanan

c. Terapi obat

- 1) Infus RL : 20 tpm + TKO (08.00, 16.00, 00.00)
- 2) Kalnex : 3 x 500mg (08.00, 16.00, 00.00)
- 3) Ceftizoxime : 2 x 1gr (08.00, 20.00)
- 4) Gentamicin : 2 x 80mg (08.00, 20.00)
- 5) Pantoprazole : 1 x 1gr (08.00)
- 6) Ketrolax : 2 x 1ampul (08.00, 20.00)
- 7) Tramadol : 2 x 1ampul (08.00, 20.00)
- 8) Ondansetron : 2 x 1ampul (08.00, 20.00)

B. Analisa Data

1. Data Subjektif : Klien mengatakan nyeri dibagian luka operasi. P : nyeri saat kaki digerakkan, nyeri berkurang saat beristirahat. Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk. R : nyeri dirasakan pada bagian kaki kanan. S : rentang nyeri pada skala 7. T : nyeri dirasakan terus-menerus. Data Objektif : Klien tampak meringis dan gelisah, terdapat luka operasi dibagian ekstremitas bawah kanan, TTV yaitu TD : 100/70 mmHg, N : 66 x/menit, RR : 21 x/menit, dan T : 36.0C.

Masalah Keperawatan : Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)

2. Data Objektif : Klien tampak lemah, terdapat luka operasi dibagian ekstremitas bawah kanan dengan panjang 5 cm dan ditutup perban serta kasa. Klien tampak terpasang 2 buah draine yang berisi cairan kurang lebih 20cc pada masing-masing draine, cairan yang terdapat pada draine berwarna merah, leukosit : 11800. TTV yaitu TD : 100/70 mmHg, N : 66 x/menit, RR : 21 x/menit, T : 36.0C.

Masalah Keperawatan : Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif

3. Data Subjektif : Klien mengatakan hanya terbaring ditempat tidur dan tidak bisa duduk serta miring kanan miring kiri. Klien juga mengatakan makan dan minum dibantu keluarga serta klien mengatakan BAK dibantu keluarga ditempat tidur. Data objektif : Klien tampak hanya terbaring di tempat tidur, klien tidak terpasang kateter, klien tampak lemah serta dibantu keluarga dalam memenuhi kebutuhannya. TTV yaitu TD : 100/70 mmHg, N : 66 x/menit, RR : 21 x/menit, T : 36.0.

Masalah Keperawatan : Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang.

4. Data Subjektif : Klien mengatakan setelah operasi pola tidurnya berubah dan tidak nyenyak saat tidur. Klien juga mengatakan saat malam hari tidur 6-7 jam kadang-kadang terbangun malam hari tetapi tidak lama, saat siang hari tidur 1-2 jam. Data Objektif : Klien tampak lemah, TTV yaitu TD : 124/80 mmHg, N : 78 x/menit, RR : 20 x/menit, T : 36.20C.

Masalah Keperawatan : Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur

5. Data Subjektif : Klien mengatakan bahwa operasi yang dilakukan saat ini merupakan pertama kalinya, klien juga mengatakan tidak mengerti dengan perawatan maupun kondisi lukanya. Data Objektif : Klien tampak bingung saat ditanya tentang kondisi yang sedang dialaminya, klien juga tampak bertanya mengenai tindakan yang akan dilakukan.

Masalah Keperawatan : Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

C. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri Akut berhubungan dengan agen cedera fisik (prosedur operasi).
2. Risiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.
3. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang.
4. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur.
5. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

D. Intervensi Keperawatan

1. Nyeri akut (D.0077)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil yaitu keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, frekuensi nadi membaik, tekanan darah membaik. (Tingkat nyeri : L.08066)

Tindakan → **Observasi** : Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri. Identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, dan identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. **Teraupetik** : Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur. **Edukasi** : Jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. **Kolaborasi** : Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu. (Manajemen nyeri : I.08238)

2. Risiko infeksi (D.0142)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil yaitu demam menurun, kemerahan menurun, nyeri menurun, bengkak menurun, drainase purulent menurun, pluria menurun, kadar sel darah putih membaik. (Tingkat infeksi : L.14137)

Tindakan → **Observasi** : Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik. **Teraupetik** : Batasi jumlah pengunjung, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi. **Edukasi** : Jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan

cara memeriksa kondisi luka, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi, anjurkan meningkatkan asupan cairan. (Pencegahan infeksi : I.14539)

3. Gangguan mobilitas fisik (D.0054)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil yaitu pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat, nyeri menurun, gerakan terbatas menurun, kelemahan fisik menurun. (Mobilitas fisik : L.05042)

Tindakan → **Observasi** : Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. **Teraupetik** : Fasilitasi melakukan pergerakan, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. **Edukasi** : Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, anjurkan melakukan mobilisasi dini, ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan. (Dukungan mobilisasi : I.05173)

4. Gangguan pola tidur (D.0055)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil yaitu keluhan sering terjaga menurun, keluhan pola tidur berubah menurun, keluhan tidak puas tidur menurun, kemampuan beraktivitas meningkat. (Pola tidur : L.05045)

Tindakan → **Observasi** : Identifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis), identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur. **Teraupetik** : Modifikasi lingkungan (pencahayaan, suhu, kebisingan), tetapkan jadwal tidur rutin, lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis : pijat, pengaturan posisi). **Edukasi** : Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur, anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur. (Dukungan tidur : I.05174)

5. Defisit pengetahuan (D.0111)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil yaitu perilaku sesuai anjuran meningkat, verbalisasi minat dalam belajar meningkat, kemampuan menjelaskan

pengetahuan tentang suatu topic meningkat, perilaku sesuai dengan pengetahuan, pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun (Tingkat pengetahuan : L.12111)

Tindakan → **Observasi** : Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat. **Teraupetik** : Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, berikan kesempatan untuk bertanya. **Edukasi** : Jelaskan faktor risiko yang dapat memengaruhi kesehatan, ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat. (Edukasi kesehatan : I.12383)

E. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

1. Minggu, 5 Desember 2021

Dx 1 : Nyeri akut

Data : Klien mengatakan nyeri dibagian luka operasi. P : nyeri saat kaki digerakkan, nyeri berkurang saat beristirahat. Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk. R : nyeri dirasakan pada bagian kaki kanan. S : rentang nyeri pada skala 7. T : nyeri dirasakan terus-menerus. Klien tampak meringis dan gelisah, terdapat luka operasi dibagian ekstremitas bawah kanan, TTV yaitu TD : 100/70 mmHg, N : 66 x/menit, RR : 21 x/menit, dan T : 36.0C. **Action** : Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri. Mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respon nyeri non verbal, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, memberikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri, mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. **Respon** : Klien mengatakan nyeri dibagian luka operasi sedikit berkurang, klien juga mengeluh nyeri saat kakinya digerakkan. P : nyeri saat kaki digerakkan, nyeri berkurang saat beristirahat. Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk, R : nyeri dirasakan pada bagian kaki kanan, S : rentang skala nyeri 6, T : nyeri dirasakan terus- menerus, klien tampak meringis , terdapat luka operasi dibagian ekstremitas bawah kanan, TTV yaitu TD : 112/75 mmHg, N : 71 x/menit, RR : 20 x/menit, T : 36.50C.

Evaluasi → S : Klien mengatakan nyeri dibagian luka operasi sedikit berkurang dan klien juga mengeluh nyeri saat kakinya digerakkan. P : nyeri saat kaki digerakkan, nyeri berkurang saat beristirahat, Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk, R : nyeri dirasakan pada bagian kaki kanan, S : rentang skala nyeri 6, T : nyeri dirasakan terus- menerus. O : Klien tampak meringis, terdapat luka operasi dibagian ekstremitas bawah kanan. TTV yaitu TD : 112/75 mmHg, RR : 20 x/menit, N : 71 x/menit, T : 36.50C. A : Masalah teratasi sebagian. P : Intervensi dilanjutkan (Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri. Mengidentifikasi skala nyeri, memberikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri, mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri)

2. Minggu, 5 Desember 2021

Dx 2 : Risiko infeksi

Data : Klien tampak lemah, terdapat luka operasi dibagian ekstremitas bawah kanan dengan panjang 5 cm dan ditutup perban serta kasa. Klien tampak terpasang 2 buah draine yang berisi cairan kurang lebih 20cc pada masing-masing draine, cairan yang terdapat pada draine berwarna merah, leukosit : 11800. TTV yaitu TD : 100/70 mmHg, N : 66 x/menit, RR : 21 x/menit, T : 360C. **Action** : Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi, menjelaskan tanda dan gejala infeksi, menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi, menganjurkan meningkatkan asupan cairan. **Respon** : Klien mengatakan akan makan dan minum lebih banyak dari yang sebelum sakit. Klien tampak lemah, terdapat luka operasi dibagian ekstremitas bawah kanan dengan panjang 5 cm dan ditutup perban serta kasa. Klien tampak terpasang 2 buah draine yang berisi cairan kurang lebih 20cc pada masing-masing draine, cairan yang terdapat pada draine berwarna merah. TTV yaitu TD : 112/75 mmHg, N : 71 x/menit, RR : 20 x/menit, T : 36.50C.

Evaluasi → S : Klien mengatakan akan makan dan minum lebih banyak dari yang sebelum sakit. O : Klien tampak lemah, terdapat luka operasi dibagian ekstremitas bawah kanan dengan panjang 5 cm dan ditutup perban serta kasa. Klien tampak terpasang 2 buah draine yang berisi cairan kurang lebih 20cc pada masing-masing draine, cairan yang terdapat pada draine berwarna merah. TTV yaitu TD : 112/75 mmHg, N : 71 x/menit, RR : 20 x/menit, T : 36.50C. A : Masalah teratasi sebagian. P : Intervensi dilanjutkan (Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi, menjelaskan tanda dan gejala infeksi)

3. Minggu, 5 Desember 2021

Dx 3 : Gangguan mobilitas fisik

Data : Klien mengatakan hanya terbaring ditempat tidur dan tidak bisa duduk serta miring kanan miring kiri. Klien juga mengatakan makan dan minum dibantu keluarga serta klien mengatakan BAK dibantu keluarga ditempat tidur. Klien tampak hanya terbaring di tempat tidur, klien tidak terpasang kateter, klien tampak lemah serta dibantu keluarga dalam memenuhi kebutuhannya. TTV yaitu TD : 100/70 mmHg, N : 66 x/menit, RR : 21 x/menit, T : 36.0. **Action** : Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, menganjurkan melakukan mobilisasi dini, mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan. **Respon** : Klien mengatakan hanya terbaring di tempat tidur dan pergerakannya terbatas karena nyeri. Keluarga tampak membantu klien dalam memenuhi kebutuhannya, klien tampak hanya terbaring di tempat tidur karena bedrest 24 jam setelah operasi. Klien tidak terpasang kateter dan klien tampak lemah. TTV yaitu TD : 112/75 mmHg, N : 71 x/menit, RR : 20 x/menit, T : 36.50C. Kekuatan otot

1111	5555
------	------

Evaluasi → S : Klien mengatakan hanya terbaring di tempat tidur dan pergerakannya terbatas karena nyeri. O : Keluarga tampak membantu klien dalam memenuhi kebutuhannya. Klien tampak hanya terbaring di tempat tidur karena bedrest 24 jam setelah operasi. Klien tidak terpasang kateter dan klien tampak lemah. TTV yaitu TD : 112/75 mmHg, N : 71 x/menit, RR : 20 x/menit, T : 36.50C. Kekuatan otot

5555	4444
1111	5555

A : Masalah teratasi sebagian. P : Intervensi dilanjutkan (Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, menganjurkan melakukan mobilisasi dini, mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan)

4. Senin, 6 Desember 2021

Dx 1 : Nyeri akut

Data : Klien mengatakan nyeri dibagian luka operasi sedikit berkurang dan klien juga mengeluh nyeri saat kakinya digerakkan. P : nyeri saat kaki digerakkan, nyeri berkurang saat beristirahat. Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk. R : nyeri dirasakan pada bagian kaki kanan. S : rentang skala nyeri 6. T : nyeri dirasakan terus- menerus. Klien tampak meringis, terdapat luka operasi dibagian ekstremitas bawah kanan, TTV yaitu TD : 112/75 mmHg, N : 71 x/menit, RR : 20 x/menit, T : 36.50C. **Action** : Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri. Mengidentifikasi skala nyeri, memberikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri, mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. **Respon** : Klien mengatakan nyeri dibagian luka operasi berkurang dan klien mengatakan lebih nyaman jika lampu di ruangnya tidak terlalu terang. P : nyeri saat kaki digerakkan, nyeri berkurang saat beristirahat. Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk. R : nyeri

dirasakan pada bagian kaki kanan. S : rentang skala nyeri 4. T : nyeri dirasakan hilang timbul. Klien tampak lebih tenang, terdapat luka operasi dibagian ekstremitas bawah kanan. TTV yaitu TD : 124/80 mmHg, N : 78 x/menit, RR : 20 x/menit, T : 36.20C.

Evaluasi → S : Klien mengatakan nyeri dibagian luka operasi berkurang dan klien mengatakan lebih nyaman jika lampu di ruangannya tidak terlalu terang. P : nyeri saat kaki digerakkan, nyeri berkurang saat beristirahat. Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk. R : nyeri dirasakan pada bagian kaki kanan. S : rentang skala nyeri 4. T : nyeri dirasakan hilang timbul. O : Klien tampak lebih tenang, terdapat luka operasi dibagian ekstremitas bawah kanan. TTV yaitu TD : 124/80 mmHg, N : 78 x/menit, RR : 20 x/menit, T : 36.20C. A : Masalah teratasi sebagian. P : Intervensi dilanjutkan (Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, memberikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri, menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri)

5. Senin, 6 Desember 2021

Dx 2 : Risiko infeksi

Data : Klien mengatakan akan makan dan minum lebih banyak dari yang sebelum sakit. Klien tampak lemah, terdapat luka operasi dibagian ekstremitas bawah kanan dengan panjang 5 cm dan ditutup perban serta kasa. Klien tampak terpasang 2 buah draine yang berisi cairan kurang lebih 20cc pada masing-masing draine, cairan yang terdapat pada draine berwarna merah. TTV yaitu TD : 112/75 mmHg, N : 71 x/menit, RR : 20 x/menit, T : 36.50C. **Action** : Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi, menjelaskan tanda dan gejala infeksi. **Respon** : Klien mengatakan makan selalu habis dan minumnya cukup, klien mengatakan tidak ada demam, klien tampak lebih segar. Terdapat luka operasi dibagian ekstremitas bawah kanan dengan panjang 5 cm dan ditutup perban serta kasa, tidak tampak tanda maupun gejala infeksi (rubor, dolor, calor, tumor, functio laesa), klien

tampak terpasang 2 buah draine yang berisi cairan kurang lebih 25cc pada masing-masing draine, cairan yang terdapat pada draine berwarna merah. TTV yaitu TD : 124/80 mmHg, N : 78 x/menit, RR : 20 x/menit, T : 36.20C.

Evaluasi → S : Klien mengatakan makan selalu habis dan minumnya cukup, klien mengatakan tidak ada demam. O : Klien tampak lebih segar. Terdapat luka operasi dibagian ekstremitas bawah kanan dengan panjang 5 cm dan ditutup perban serta kasa, tidak tampak tanda maupun gejala infeksi (rubor, dolor, calor, tumor, functio laesa), klien tampak terpasang 2 buah draine yang berisi cairan kurang lebih 25cc pada masing-masing draine, cairan yang terdapat pada draine berwarna merah. TTV yaitu TD : 124/80 mmHg, N : 78 x/menit, RR : 20 x/menit, T : 36.20C. A : Masalah teratasi sebagian. P : Intervensi dilanjutkan (Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi, menjelaskan tanda dan gejala infeksi)

6. Senin, 6 Desember 2021

Dx 3 : Gangguan mobilitas fisik

Data : Klien mengatakan hanya terbaring di tempat tidur dan pergerakannya terbatas karena nyeri. Keluarga tampak membantu klien dalam memenuhi kebutuhannya, klien tampak hanya terbaring di tempat tidur karena bedrest 24 jam setelah operasi. Klien tidak terpasang kateter dan klien tampak lemah. TTV yaitu TD : 112/75 mmHg, N : 71 x/menit, RR : 20 x/menit, T : 36.50C.

Kekuatan otot	5555		4444
	1111		5555

Action : Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, menganjurkan melakukan mobilisasi dini, mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan. **Respon** : Klien mengatakan hanya di tempat tidur dan nyeri sudah mulai berkurang. Keluarga tampak membantu klien dalam memenuhi kebutuhannya, klien tampak hanya di tempat tidur,

terkadang posisi semifowler. Klien tidak terpasang kateter dan tampak lebih segar. TTV yaitu TD : 124/80 mmHg, N : 78 x/menit, RR : 20 x/menit, T : 36.20C. Kekuatan otot

$$\begin{array}{r|l} 5555 & 4444 \\ \hline 2222 & 5555 \end{array}$$

Evaluasi → S : Klien mengatakan hanya di tempat tidur dan nyeri sudah mulai berkurang. O : Keluarga tampak membantu klien dalam memenuhi kebutuhannya, klien tampak hanya di tempat tidur, terkadang posisi semifowler. Klien tidak terpasang kateter dan tampak lebih segar. TTV yaitu TD : 124/80 mmHg, N : 78 x/menit, RR : 20 x/menit, T : 36.20C. Kekuatan

otot

$$\begin{array}{r|l} 5555 & 4444 \\ \hline 2222 & 5555 \end{array}$$

A : Masalah teratasi sebagian. P : Intervensi dilanjutkan (Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, menganjurkan melakukan mobilisasi dini, mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan)

7. Senin, 6 Desember 2021

Dx 4 : Gangguan pola tidur

Data : Klien mengatakan setelah operasi pola tidurnya berubah dan tidak nyenyak saat tidur. Klien juga mengatakan saat malam hari tidur 6-7 jam kadang-kadang terbangun malam hari tetapi tidak lama, saat siang hari tidur 1-2 jam. Klien tampak lemah dan TTV yaitu TD : 124/80 mmHg, N : 78 x/menit, RR : 20 x/menit, T : 36.20C. **Action** : Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis), mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur, memodifikasi lingkungan (pencahayaan, suhu, kebisingan), menetapkan jadwal tidur rutin, melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis : pijat, pengaturan posisi), menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur, menganjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur. **Respon** : Klien

mengatakan setelah operasi pola tidurnya berubah dan tidak nyenyak saat tidur. Klien juga mengatakan saat tidur malam hari kadang-kadang terbanguni tetapi tidak lama, saat siang hari tidur 1-2 jam. Klien mengatakan terbangun saat tidur malam hari karena nyeri yang dirasakan. Klien mengatakan tidak menyukai minuman kopi dan tampak nyaman saat diberikan posisi semifowler serta pencahayaan yang tidak terlalu terang dan suhu ruangan yang diberikan sesuai dengan keinginan klien. Klien tampak lemah, TTV yaitu TD : 117/85 mmHg, N : 92 x/menit, RR : 20 x/menit, T : 36.60C

Evaluasi → S : Klien mengatakan setelah operasi pola tidurnya berubah dan tidak nyenyak saat tidur. Klien juga mengatakan saat tidur malam hari kadang-kadang terbanguni tetapi tidak lama, saat siang hari tidur 1-2 jam. Klien mengatakan terbangun saat tidur malam hari karena nyeri yang dirasakan. Klien mengatakan tidak menyukai minuman kopi. O : Klien tampak nyaman saat diberikan posisi semifowler dan pencahayaan yang tidak terlalu terang serta suhu ruangan yang diberikan sesuai dengan keinginan klien. Klien tampak lemah, TTV yaitu TD : 117/85 mmHg, N : 92 x/menit, RR : 20 x/menit, T : 36.60C. A : Masalah teratasi sebagian. P : Intervensi dilanjutkan (Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, menetapkan jadwal tidur rutin, menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur)

8. Senin, 6 Desember 2021

Dx 5 : Defisit pengetahuan

Data : Klien mengatakan bahwa operasi yang dilakukan saat ini merupakan pertama kalinya dan klien juga mengatakan tidak mengerti dengan perawatan maupun kondisi lukanya. Klien tampak bingung saat ditanya tentang kondisi yang sedang dialaminya dan tampak bertanya mengenai tindakan yang akan dilakukan. **Action** : Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat, menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, memberikan kesempatan untuk bertanya, menjelaskan faktor risiko yang dapat memengaruhi kesehatan,

mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat. **Respon** : Klien mengatakan siap untuk menerima materi yang akan disampaikan, klien juga menyetujui untuk dilakukan penkes esok hari. Klien menyetujui kontrak waktu besok untuk dilakukan penkes.

Evaluasi → S : Klien mengatakan siap untuk menerima materi yang akan disampaikan, klien juga menyetujui untuk dilakukan penkes esok hari. O : Klien menyetujui kontrak waktu besok untuk dilakukan penkes. A : Masalah teratasi sebagian. P : Intervensi dilanjutkan (Memberikan kesempatan untuk bertanya, menjelaskan faktor risiko yang dapat memengaruhi kesehatan, mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat)

9. Selasa, 7 Desember 2021

Dx 1 : Nyeri akut

Data : Klien mengatakan nyeri dibagian luka operasi berkurang dan klien mengatakan lebih nyaman jika lampu di ruangnya tidak terlalu terang. P : nyeri saat kaki digerakkan, nyeri berkurang saat beristirahat. Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk. R : nyeri dirasakan pada bagian kaki kanan. S : rentang skala nyeri 4. T : nyeri dirasakan hilang timbul. Klien tampak lebih tenang, terdapat luka operasi dibagian ekstremitas bawah kanan. TTV yaitu TD : 124/80 mmHg, N : 78 x/menit, RR : 20 x/menit, T : 36.20C. **Action** : Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri. Mengidentifikasi skala nyeri, memberikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri, menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. **Respon** : Klien mengatakan nyeri dibagian luka operasi berkurang, klien juga mengatakan nyeri berkurang saat diberikan cara mengurangi nyeri dengan teknik relaksasi nafas dalam dan terapi music maupun aromaterapi. P : nyeri saat kaki digerakkan, nyeri berkurang saat beristirahat. Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk. R : nyeri dirasakan pada bagian kaki kanan. S : rentang skala nyeri 3. T : nyeri dirasakan hilang timbul. Klien tampak tenang dan kooperatif saat diberikan edukasi. Terdapat luka operasi dibagian ekstremitas bawah kanan dan TTV yaitu TD : 120/85 mmHg, N : 85 x/menit, RR : 21 x/menit, T : 36.50C.

Evaluasi → S : Klien mengatakan nyeri dibagian luka operasi berkurang, klien juga mengatakan nyeri berkurang saat diberikan cara mengurangi nyeri dengan teknik relaksasi nafas dalam dan terapi music maupun aromaterapi. P : nyeri saat kaki digerakkan, nyeri berkurang saat beristirahat. Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk. R : nyeri dirasakan pada bagian kaki kanan. S : rentang skala nyeri 3. T : nyeri dirasakan hilang timbul. O : Klien tampak tenang dan kooperatif saat diberikan edukasi. Terdapat luka operasi dibagian ekstremitas bawah kanan dan TTV yaitu TD : 120/85 mmHg, N : 85 x/menit, RR : 21 x/menit, T : 36.50C. A : Masalah teratasi. P : Intervensi dihentikan.

10. Selasa, 7 Desember 2021

Dx 2 : Risiko infeksi

Data : Klien mengatakan makan selalu habis dan minumnya cukup, klien mengatakan tidak ada demam, klien tampak lebih segar. Terdapat luka operasi dibagian ekstremitas bawah kanan dengan panjang 5 cm dan ditutup perban serta kasa, tidak tampak tanda maupun gejala infeksi (rubor, dolor, calor, tumor, fungtio laesa), klien tampak terpasang 2 buah draine yang berisi cairan kurang lebih 25cc pada masing-masing draine, cairan yang terdapat pada draine berwarna merah. TTV yaitu TD : 124/80 mmHg, N : 78 x/menit, RR : 20 x/menit, T : 36.20C. **Action** : Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi, dan menjelaskan tanda dan gejala infeksi.

Respon : Klien mengatakan makan selalu habis dan minumnya cukup. Klien juga mengatakan mengerti dengan penjelasan yang diberikan. Klien tampak tenang dan kooperatif saat diberikan edukasi. Terdapat luka operasi dibagian ekstremitas bawah kanan dengan panjang 5 cm dan ditutup perban serta kasa. Tidak tampak tanda maupun gejala infeksi (rubor, dolor, calor, tumor, fungtio laesa). Draine yang terpasang pada bagian kaki kanan klien telah dilepas dengan total cairan yang ada pada 2 buah draine sebanyak 60cc dengan warna merah. TTV yaitu TD : 120/85 mmHg. N : 85 x/menit, RR : 21 x/menit, T : 36.50C.

Evaluasi → S : Klien mengatakan makan selalu habis dan minumnya cukup. Klien juga mengatakan mengerti dengan penjelasan yang diberikan. O : Klien

tampak tenang dan kooperatif saat diberikan edukasi. Terdapat luka operasi dibagian ekstremitas bawah kanan dengan panjang 5 cm dan ditutup perban serta kasa. Tidak tampak tanda maupun gejala infeksi (rubor, dolor, calor, tumor, fungtio laesa). Draine yang terpasang pada bagian kaki kanan klien telah dilepas dengan total cairan yang ada pada 2 buah draine sebanyak 60cc dengan warna merah. TTV yaitu TD : 120/85 mmHg. N : 85 x/menit, RR : 21 x/menit, T : 36.50C. A : Masalah teratasi. P : Intervensi dihentikan

11. Selasa, 7 Desember 2021

Dx 3 : Gangguan mobilitas fisik

Data : Klien mengatakan hanya di tempat tidur dan nyeri sudah mulai berkurang. Keluarga tampak membantu klien dalam memenuhi kebutuhannya, klien tampak hanya di tempat tidur, terkadang posisi semifowler. Klien tidak terpasang kateter dan tampak lebih segar. TTV yaitu TD : 124/80 mmHg, N : 78 x/menit, RR : 20 x/menit, T : 36.20C. Kekuatan otot

5555	4444
2222	5555

Action : Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, menganjurkan melakukan mobilisasi dini, mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan.

Respon : Klien mengatakan sudah bisa ke kamar mandi meskipun masih dibantu suaminya. Klien juga mengatakan sudah mengerti dengan penjelasan yang sudah diberikan. Keluarga tampak membantu klien dalam memenuhi kebutuhannya. Klien tampak kooperatif saat diberikan edukasi. Klien tidak terpasang kateter dan tampak tenang. TTV yaitu TD : 120/85 mmHg, N : 85 x/menit, RR : 21 x/menit, T : 36.50C. Kekuatan otot

5555	4444
3333	5555

Evaluasi → S : Klien mengatakan sudah bisa ke kamar mandi meskipun masih dibantu suaminya. Klien juga mengatakan sudah mengerti dengan penjelasan yang sudah diberikan. O : Keluarga tampak membantu klien dalam memenuhi kebutuhannya. Klien tampak kooperatif saat diberikan edukasi.

Klien tidak terpasang kateter dan tampak tenang. TTV yaitu TD : 120/85 mmHg, N : 85 x/menit, RR : 21 x/menit, T : 36.50C. Kekuatan otot

5555	4444
3333	5555

A : Masalah teratasi. P : Intervensi dihentikan

12. Selasa, 7 Desember 2021

Dx 4 : Gangguan pola tidur

Data : Klien mengatakan setelah operasi pola tidurnya berubah dan tidak nyenyak saat tidur. Klien juga mengatakan saat tidur malam hari kadang-kadang terbanguni tetapi tidak lama, saat siang hari tidur 1-2 jam. Klien mengatakan terbangun saat tidur malam hari karena nyeri yang dirasakan. Klien mengatakan tidak menyukai minuman kopi dan tampak nyaman saat diberikan posisi semifowler serta pencahayaan yang tidak terlalu terang dan suhu ruangan yang diberikan sesuai dengan keinginan klien. Klien tampak lemah, TTV yaitu TD : 117/85 mmHg, N : 92 x/menit, RR : 20 x/menit, T : 36.60C. **Action** : Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, menetapkan jadwal tidur rutin, menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur. **Respon** : Klien mengatakan tidurnya nyenyak dan tidak terbangun saat tidur malam hari karena nyeri yang dirasakan sudah berkurang, klien juga mengatakan akan tidur teratur dan tepat waktu. Klien tampak kooperatif saat diberikan penjelasan terkait pentingnya tidur cukup selama sakit dan klien tampak lebih segar. TTV yaitu TD : 120/85 mmHg, N : 85 x/menit, RR : 21 x/menit, T : 36.50C

Evaluasi → S : : Klien mengatakan tidurnya nyenyak dan tidak terbangun saat tidur malam hari karena nyeri yang dirasakan sudah berkurang, klien juga mengatakan akan tidur teratur dan tepat waktu. O : Klien tampak kooperatif saat diberikan penjelasan terkait pentingnya tidur cukup selama sakit dan klien tampak lebih segar. TTV yaitu TD : 120/85 mmHg, N : 85 x/menit, RR : 21 x/menit, T : 36.50C. A. Masalah teratasi. P : Intervensi dihentikan.

13. Selasa, 7 Desember 2021

Dx 5 : Defisit pengetahuan

Data : Klien mengatakan siap untuk menerima materi yang akan disampaikan, klien juga menyetujui untuk dilakukan penkes esok hari. Klien menyetujui kontrak waktu besok untuk dilakukan penkes. **Action** : Memberikan kesempatan untuk bertanya, menjelaskan faktor risiko yang dapat memengaruhi kesehatan, mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat.

Respon : Klien mengatakan sudah mengerti tentang materi yang dijelaskan mengenai kondisi lukanya serta perawatan yang akan dilakukan. Klien juga mengatakan akan menerapkan hidup bersih dan sehat. Klien mampu untuk mengulang apa yang dijelaskan dan mampu untuk menjawab pertanyaan yang diberikan. Klien tampak kooperatif saat materi diberikan.

Evaluasi → S : Klien mengatakan sudah mengerti tentang materi yang dijelaskan mengenai kondisi lukanya serta perawatan yang akan dilakukan. Klien juga mengatakan akan menerapkan hidup bersih dan sehat. O : Klien mampu untuk mengulang apa yang dijelaskan dan mampu untuk menjawab pertanyaan yang diberikan. Klien tampak kooperatif saat materi diberikan. A : Masalah teratasi. P : Intervensi dihentikan

BAB IV PEMBAHASAN

A. Pembahasan Proses Asuhan Keperawatan

Bab ini memberikan ulasan dan bahasan mengenai asuhan keperawatan yang diberikan kepada Ny. G ditinjau dari sudut pandang konsep dan teori. Pembahasan mengenai nyeri akut berhubungan dengan post op fraktur di Ruang Bedah Rumah Sakit bhayangkara Anton Soedjarwo. Pembahasan difokuskan pada aspek pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, serta evaluasi. Asuhan keperawatan ini dilakukan selama 3 hari dari tanggal 5 Desember 2021.

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya. Kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada tahap pengkajian akan menentukan diagnosis keperawatan. Pengkajian harus dilakukan dengan teliti dan cermat sehingga seluruh kebutuhan perawatan pada klien dapat diidentifikasi (Rohmah & Walid, 2014).

Pada proses pengkajian, penulis memperoleh data atau informasi dimulai ketika klien masuk ke Ruang Bedah Rumah Sakit Bhayangkara Anton Soedjarwo. Penulis melakukan kontrak dengan klien yang mengalami fraktur setelah operasi terkait ijin untuk diangkat sebagai kasus kelolaan atau studi kasus. Penulis mendapatkan ijin selanjutnya melakukan kontrak waktu untuk melakukan pertemuan dalam rangka tahap pengkajian hingga evaluasi keperawatan.

Menurut Rohmah & Walid (2014) menyatakan bahwa teknik pengumpulan data meliputi anamnesis, observasi, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Pengkajian dilakukan pada Ny. G dengan teknik wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang dilakukan secara berkolaborasi dengan team laboratorium, farmasi, ahli gizi, dan radiologi. Tahap pertama penulis melakukan bina hubungan saling percaya terlebih dahulu terhadap klien guna memperoleh ijin klien dengan

cara menjelaskan tujuan dilakukannya asuhan keperawatan. Selanjutnya melakukan kontrak waktu pelaksanaan asuhan keperawatan. Pengkajian pada Ny. G dilakukan dengan mengedepankan aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Sumber data yang diperoleh selama melakukan pengkajian pada Ny. G melalui Auto dan Allo Anamnesa. Auto anamnesa penulis melakukan wawancara pada klien sendiri dan keluarga atau orang terdekat klien.

Hasil pengkajian keluhan utama pada Ny. G yaitu klien mengatakan setelah dilakukan tindakan operasi klien mengeluh nyeri dikaki sebelah kanan, klien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk dengan skala nyeri 7 dan nyeri terus menerus. Klien mengeluh hanya terbaring ditempat tidur serta aktivitasnya dibantu keluarga seperti makan dan minum serta BAK dibantu keluarga ditempat tidur. Klien juga mengeluh tidak bisa untuk melakukan aktivitas seperti ingin duduk dan miring kanan dan miring kiri. Pada hari kedua, penulis menemukan masalah keperawatan baru yang muncul pada klien ditandai dengan klien tidak nyenyak tidur, pola tidur berubah dan terbangun saat tidur malam hari serta klien tidak mengerti dengan perawatan maupun kondisi lukanya dikarenakan operasi sekarang merupakan yang pertama kalinya.

Manifestasi klinis dari post op fraktur seperti nyeri, hilangnya fungsi, deformitas/perubahan bentuk, krepitus. (*UT Southwestern Medical Center*, 2016), hal ini sejalan dengan yang dialami klien. Klasifikasi fraktur menurut Sulistyaningsih (2016) berdasarkan ada tidaknya hubungan antar tulang dibagi menjadi fraktur terbuka dan fraktur tertutup. Hal ini sesuai dengan yang dialami klien dengan open fraktur tibia fibula dextra 1/3 distal dengan luka post op sepanjang 5 cm. Nyeri terjadi karena luka yang disebabkan oleh patah tulang yang melukai jaringan sehat, nyeri operasi fraktur menyebabkan pasien sulit untuk memenuhi *Activity Daily Living* (Kusumayanti, 2015), hal ini sejalan dengan yang dialami klien yaitu klien dibantu keluarga dalam memenuhi kebutuhannya. Dalam teori Maslow menyebutkan bahwa kebutuhan fisiologis dasar manusia terdiri atas hygiene, istirahat/tidur, nutrisi, oksigenasi, kenyamanan, dan eliminasi.

Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan dasar yang paling penting bagi manusia, karena ketika kebutuhan ini tidak terpenuhi maka manusia tidak memiliki kemampuan untuk memenuhi kebutuhan selanjutnya. (Potter & Perry, 2010). Istirahat atau tidur yang cukup merupakan kebutuhan dasar bagi setiap orang agar tubuh dapat berfungsi secara normal. Hal ini sesuai yang dialami klien yaitu tidak nyenyak tidur, pola tidur berubah dan terbangun saat tidur malam hari. Klien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit hipertensi, jantung, maupun DM, biasanya hanya demam, batuk, dan pilek.

Pengkajian yang telah dilakukan pada tanggal 05 Desember 2021, penulis menemukan 3 masalah keperawatan yang muncul yaitu nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, dan risiko infeksi. Pada hari kedua didapatkan masalah keperawatan baru yaitu gangguan pola tidur dan defisit pengetahuan. Faktor pendukung dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien adalah baik klien maupun keluarga sangat kooperatif serta adanya kerjasama dan hubungan yang baik antara klien dan perawat sehingga asuhan keperawatan yang diberikan lebih maksimal.

2. Diagnosa

Rohmah dan Walid (2014) menyebutkan rumusan diagnosis keperawatan yaitu PES terdiri dari 3 komponen yaitu respon manusia (masalah), faktor yang berhubungan (etiologi), tanda dan gejala. Menurut (SDKI 2016) bahwa diagnosis keperawatan yang lazim muncul pada pasien dengan *post op* fraktur terdiri dari 6 diagnosis keperawatan yang penulisan diagnosisnya di sesuaikan dengan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasi, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang, gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanis, perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang faktor pemberat, risiko syok berhubungan dengan kekurangan volume cairan. Beberapa diagnosis keperawatan yang ditemukan pada kasus Ny. G dan teori terdapat kesamaan antara lain nyeri akut berhubungan

dengan proses pembedahan, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang, dan risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive. Adapun 2 diagnosis yang ditemukan pada Ny. G yang tidak terdapat pada teori antara lain gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur dan deficit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Hal ini terjadi dikarenakan muncul akibat respon dari tubuh klien yang mengalami pada klien, hal inilah yang pada akhirnya penulis mengangkat dua diagnosa baru yang dialami klien.

Nyeri akut berhubungan dengan proses pembedahan (D.0077) adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Adapun alasan mengangkat diagnosa nyeri akut ini karena klien terdiagnosa medis *post op fraktur* yang disebabkan oleh prosedur operasi akibat fraktur pada bagian tibia fibula dextra 1/3 distal yang menimbulkan rasa nyeri akut. Menurut Sulistyarningsih (2016) nyeri merupakan keluhan yang paling sering terjadi setelah bedah ORIF, nyeri yang sangat hebat akan dirasakan pada beberapa hari pertama. Dibuktikan dengan tanda maupun gejala pasien yaitu klien merasakan nyeri dibagian luka operasi akibat tindakan pembedahan pada bagian kaki kanan, nyeri seperti ditusuk-tusuk dengan skala nyeri 7 serta nyeri yang dirasakan terus menerus. Klien tampak meringis dan gelisah.

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang (D.0054) adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Adapun alasan mengangkat diagnosa gangguan mobilitas fisik ini karena klien terdiagnosa medis *post op fraktur* yang disebabkan oleh prosedur operasi akibat fraktur pada bagian tibia fibula dextra 1/3 distal yang mengakibatkan keterbatasan pergerakan dan terjadilah gangguan mobilitas fisik. Hal ini sejalan dengan penelitian (Sulistyowati & Handayani, 2012), bahwa pasien yang mengalami fraktur tidak dapat memenuhi kebutuhan secara mandiri disebabkan oleh keterbatasan gerak sendi. Dibuktikan dengan tanda maupun gejala yaitu

klien hanya terbaring ditempat tidur, tidak bisa duduk dan miring kanan miring kiri, klien dibantu keluarga dalam memenuhi kebutuhannya seperti makan dan minum serta BAK dibantu keluarga ditempat tidur.

Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D.0055) adalah gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal. Adapun alasan mengangkat diagnosa gangguan pola tidur karena klien terdiagnosa medis *post op fraktur* yang disebabkan oleh prosedur operasi akibat fraktur pada bagian tibia fibula dextra 1/3 distal yang mengakibatkan terganggunya tidur klien karena semua klien post op fraktur akan merasa nyeri, sehingga hal ini dapat mengganggu pola dan kebutuhan tidur. Hal ini sejalan dengan (Mubarak et al, 2015) yang menyatakan bahwa penyakit/status kesehatan dapat menyebabkan gangguan tidur. Dibuktikan dengan tanda maupun gejala yaitu setelah operasi pola tidur klien berubah, tidak nyenyak saat tidur malam hari serta tidur 6-7 jam kadang-kadang terbangun tetapi tidak lama.

Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111) adalah ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu. Adapun alasan mengangkat diagnosa defisit pengetahuan karena klien terdiagnosa medis *post op fraktur* yang merupakan kondisi serta operasi pertama yang dialami klien. Menurut (Sugiyono, 2013) jika seseorang dapat menjawab pertanyaan secara lisan atau tertulis berarti seseorang tersebut mengerti. Dibuktikan dengan klien tidak mengerti dengan perawatan maupun kondisi lukanya dan tampak bingung saat ditanya tentang kondisi yang sedang dialaminya.

Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive (D.0142) adalah berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Adapun alasan mengangkat diagnosa risiko infeksi karena klien terdiagnosa medis *post op fraktur* yang disebabkan oleh prosedur operasi akibat fraktur pada bagian tibia fibula dextra 1/3 distal dan dapat mengakibatkan risiko infeksi dari prosedur tindakan pembedahan. Dibuktikan dengan klien tampak lemah, terdapat luka operasi dibagian ekstremitas bawah kanan dengan panjang 5 cm dan ditutup perban serta kasa. Tampak terpasang 2 buah

draine yang berisi cairan kurang lebih 20cc pada masing-masing draine, cairan yang terdapat pada draine berwarna merah dan hasil pemeriksaan leukosit yaitu 11800.

Dari hal tersebut menunjukkan bahwa hanya terdapat tiga diagnosis keperawatan yang memiliki persamaan antara kasus dan teori. Perbedaan diagnosis keperawatan yang terjadi antara kasus dan teori disebabkan karena setiap individu memiliki respon adaptasi terhadap gangguan kesehatan yang dialaminya, sehingga penulis melakukan penentuan diagnosis keperawatan pada Ny. G di dasari oleh tanda dan gejala baik mayor maupun minor yang ditemukan saat pengkajian. Penulis memprioritaskan diagnosis keperawatan pada Ny. G berdasarkan prioritas pertama masalah yang mengancam kehidupan, prioritas kedua masalah yang mengancam kesehatan, dan prioritas ketiga masalah yang mempengaruhi kondisi pada saat sakit (Rohmah & Walid, 2014). Sehingga penulis dalam hal ini mengangkat diagnosis keperawatan utama pada Ny. G adalah nyeri akut berhubungan dengan proses pembedahan.

Penulis memprioritaskan diagnosa nyeri akut mengingat pentingnya memberikan rasa nyaman atas nyeri. Apabila nyeri pada klien post operasi tidak segera ditangani akan mengakibatkan klien mengalami gelisah, imobilisasi, menghindari penurunan rentang tentang perhatian, stress dan ketegangan yang akan menimbulkan respon fisik dan psikis. Menurut penulis penetapan diagnosa keperawatan pada kasus sesuai dengan yang dialami klien akan tetapi ada 2 diagnosa keperawatan yang dialami klien yang tidak ada pada teori yaitu diagnosa gangguan pola tidur dan defisit pengetahuan. Dibuktikan dengan data subjektif maupun objektif dari klien yaitu setelah operasi pola tidur klien berubah, tidak nyenyak saat tidur malam hari serta tidur 6-7 jam kadang-kadang terbangun tetapi tidak lama. Klien tidak mengerti dengan perawatan maupun kondisi lukanya dan tampak bingung saat ditanya tentang kondisi yang sedang dialaminya. Dengan demikian pada hasil laporan studi kasus ini ada kesenjangan antara laporan kasus dengan teori.

3. Intervensi

Perencanaan keperawatan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, dan mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien (Rohmah & Walid, 2014).

Tahap ini merupakan suatu kegiatan perencanaan dalam melakukan asuhan keperawatan selanjutnya, karena menentukan keberhasilan asuhan keperawatan yang memiliki kriteria yang akan dicapai oleh penulis. Kegiatan yang dilakukan penulis dalam tahap perencanaan ini meliputi: penetapan prioritas masalah, perumusan tujuan, penentuan kriteria hasil dan rencana tindakan yang sesuai dengan masalah yang ditemukan. Menurut Artika (2016) menyatakan didalam perencanaan asuhan keperawatan menggunakan metode, SMART: Spesifik (secara khusus), Measurable (dapat diukur), Anchiwieble (dapat dicapai), Reality (nyata), dan Time (standar waktu), hal ini sejalan dengan yang penulis lakukan pada tahap ketiga dalam proses keperawatan terhadap Ny. G.

Rencana keperawatan yang telah dibuat berdasarkan buku referensi Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) tahun 2016 dengan dasar urutan prioritas diagnosis keperawatan yang ditemukan pada kasus dan yang di sesuaikan dengan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) tahun 2017. Perencanaan intervensi keperawatan diklasifikasikan menjadi beberapa kelompok intervensi yaitu observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi (SIKI, 2016). Penulis menantukan intervensi keperawatan dalam perencanaan keperawatan di dasarkan pada analisa efektifitas ketercapaian kriteria hasil dari setiap diagnosis keperawatan, efisiensi, ketersediaan sarana prasarana kesehatan, dan kemampuan pemberi perawatan (perawat).

Nyeri akut berhubungan dengan proses pembedahan (D.0077). Setelah didapatkan data maka dapat dilakukan tindakan keperawatan sesuai kondisi klien dengan memberikan rencana tindakan sebagai berikut Manajemen nyeri (I.08238), Observasi : mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi,

frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respon nyeri non verbal, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Teraupetik : memberikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri, mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, memfasilitasi istirahat dan tidur. Edukasi : menjelaskan strategi meredakan nyeri, menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Kolaborasi : berkolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang (D.0054). Setelah didapatkan data maka dapat dilakukan tindakan keperawatan sesuai kondisi klien dengan memberikan rencana tindakan sebagai berikut Dukungan mobilisasi (I.05173), Observasi : mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. Teraupetik : memfasilitasi melakukan pergerakan, melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Edukasi : menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, menganjurkan melakukan mobilisasi dini, mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan.

Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D.0055). Setelah didapatkan data maka dapat dilakukan tindakan keperawatan sesuai kondisi klien dengan memberikan rencana tindakan sebagai berikut Dukungan tidur (I.05174), Observasi : mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis), mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur. Teraupetik : memodifikasi lingkungan (pencahayaan, suhu, kebisingan), menetapkan jadwal tidur rutin, melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis : pijat, pengaturan posisi). Edukasi : menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur, menganjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur.

Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111). Setelah didapatkan data maka dapat dilakukan tindakan

keperawatan sesuai kondisi klien dengan memberikan rencana tindakan sebagai berikut Edukasi kesehatan (I.12383), Observasi : mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat. Teraupetik : menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, memberikan kesempatan untuk bertanya. Edukasi : menjelaskan faktor risiko yang dapat memengaruhi kesehatan, mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat.

Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive (D.0142). Setelah didapatkan data maka dapat dilakukan tindakan keperawatan sesuai kondisi klien dengan memberikan rencana tindakan sebagai berikut Pencegahan infeksi : (I.14539), Observasi : memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik. Teraupetik : membatasi jumlah pengunjung, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, memertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi. Edukasi : menjelaskan tanda dan gejala infeksi, mengajarkan cara memeriksa kondisi luka, menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi, menganjurkan meningkatkan asupan cairan

Menurut peneliti intervensi keperawatan tersebut sudah sesuai dengan diagnosa keperawatan (SDKI) yang diangkat dan berdasarkan tujuan serta kriteria hasil (SLKI) yang akan dicapai.

4. Implementasi

Pelaksanaan keperawatan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Rohmah & Walid, 2014). Prinsip utama dalam melakukan pelaksanaan keperawatan yaitu bina hubungan saling percaya, utamakan kepentingan pasien, legal etik terhadap pasien, menepati janji, dan berkolaborasi dengan tim kesehatan lainya yaitu, dokter, perawat ruangan, ahli gizi, dan analis.

Pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan oleh penulis selama tiga hari dimulai dari tanggal 05 Desember sampai dengan 07 Desember 2021 yang mengacu pada tahapan asuhan keperawatan sebelumnya.

Tindakan keperawatan yang dilakukan pada Ny. G dapat berjalan dengan baik dan terlaksana sesuai rencana intervensi keperawatan, walau tidak semua dapat diimplemetasikan. Tiga hari perawatan pada Ny. G bentuk intervensi keperawatan yang dilakukan berupa observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi. Mengobservasi perubahan respon pasien terkait masalah keperawatan yang muncul, melakukan intervensi terapeutik mandiri perawat, memberikan edukasi terkait masalah nyeri post operasi dan lainnya, serta berkolaborasi dalam pemberian injeksi obat sesuai instruksi dokter

Adapun implementasi yang diberikan pada Ny. G selalu menerapkan prinsip legal etik yaitu autonomy (otonomi), beneficence (berbuat baik), justice (keadilan), non maleficence (tidak merugikan), veracity (kejujuran), fidelity (loyalitas/ketaatan), dan confidentiality (kerahasiaan). Setelah melihat 7 aspek legal etik dari implementasi yang dilakukan penulis selalu menerapkan aspek legal etik beneficence (berbuat baik) dimana memberikan implementasi ini sesuai dengan kondisi klien dan melihat kriteriai hasil untuk meningkatkan derajat kesehatan dan tidak merugikan klien serta mengedepankan hak- hak klien.

Nyeri akut berhubungan dengan proses pembedahan, adapun tindakan yang di lakukan dengan memberikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri dengan memberikan teknik relaksasi nafas dalam, terapi music yang menenangkan serta pemberian aromaterapi yang disukai. Mengontrol lingkungan yang memperberat/memperingan rasa nyeri dengan mengatur pencahayaan dan suhu ruangan sesuai dengan keinginan klien. Memfasilitasi istirahat dan tidur klien dengan menganjurkan istirahat yang cukup. Teknik non farmakologi dilakukan dengan pemberian aromaterapi, teknik relaksasi, dan terapi musik. Salah satu metode menganggulagi nyeri secara non farmakologi yaitu aromaterapi. Aromaterapi adalah terapi menggunakan bau-bauan atau wangi-wangian yang diberikan secara langsung untuk pasien post operasi. Jenis wangi-wangian yang biasa digunakan sebagai aromaterapi yaitu cendana (sandalwood), minyak kayu putih (eucaliptus), daun mint (papermint), bunga lavender (lavender),

bunga melati (jasmine), jeruk lemon (lemon), kenanga (ylang-ylang), dan teh hijau (green tea) (Purwanto, 2013). Aromaterapi sebagai ekstrak minyak esensial yang dapat memperbaiki mood dan kesehatan seseorang dan dalam relaksasi otot dan menghilangkan rasa sakit (Mediarti et al., 2015). Sejalan dengan penelitian henny & ummi (2017) yang menyatakan bahwa ada pengaruh yang signifikan terapi murottal terhadap nyeri klien post operasi.

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang, adapun tindakan yang diberikan yaitu memfasilitasi melakukan pergerakan pada klien dengan memberikan latihan rentang gerak (pasif) dengan tujuan untuk mempertahankan atau meningkatkan kekuatan otot, memelihara mobilitas persendian, merangsang sirkulasi darah dan mencegah kelainan bentuk. Jaringan otot yang memendek akan memanjang secara perlahan apabila dilakukan latihan *range of motion* dan jaringan otot akan mulai beradaptasi untuk mengembalikan panjang otot kembali normal dan telah di aplikasikan kepada klien memberikan pengaruh yang sangat baik dan memberikan posisi semifowler dan selalu melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan, menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan. Hal ini sejalan dengan penelitian Ermawan (2016) bahwa pada pasien yang mengalami keterbatasan gerak sendi dapat dipulihkan secara bertahap dengan melakukan range of motion (ROM) dan penelitian (Lestari, 2017), bahwa keterbatasan aktivitas dan kelemahan otot bisa terjadi apabila pasien hanya baring di tempat tidur tidak melakukan aktivitas dapat mempengaruhi kekuatan otot, maka dari itu kita memberi pemahaman kepada pasien untuk melakukan aktivitas. Menurut (Tarwoto & Wartonah, 2015), bahwa dengan posisi semi powler memberikan rasa nyaman.

Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur, adapun tindakan yang diberikan yaitu memodifikasi lingkungan klien baik dari pencahayaan, suhu, maupun kebisingan agar klien merasa nyaman dengan lingkungannya, melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan dengan cara mengatur posisi klien sesuai dengan keinginannya yaitu semifowler, menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit karena saat

sakit tubuh perlu istirahat lebih banyak dari orang yang tidak sakit, menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur agar waktu tidur klien terjadwal dan tidak terganggu, menganjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur agar kualitas dan kuantitas tidur klien meningkat. Menurut (National Sleep, 2019) menyatakan rentang waktu tidur yang baik adalah 7-9 jam. Namun pada hasil pengkajian ini didapatkan data bahwa klien memiliki rentang waktu tidur hanya 6-7 jam saja dengan kualitas yang kurang.

Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, adapun tindakan yang diberikan yaitu mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi agar klien mampu dalam menerima edukasi yang akan diberikan, menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan bertujuan agar tidak mengganggu waktu istirahat klien, memberikan kesempatan untuk bertanya untuk melihat sejauh mana pemahaman klien tentang edukasi yang disampaikan, menjelaskan faktor risiko yang dapat memengaruhi kesehatan agar klien tahu dan mampu serta memperkecil kemungkinan yang dapat memperburuk keadaan klien, mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat dengan tujuan klien mampu menerapkan atau mengaplikasikan perilaku hidup bersih dan sehat. Hal ini sejalan dengan (Tarwoto & Wartolah, 2015), dengan memberikan education dapat meningkatkan kepercayaan diri dan termotivasi.

Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif, adapun tindakan yang diberikan yaitu memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik untuk melihat apakah ada atau tidak tanda maupun gejala infeksi ditandai dengan kemerahan (rubor), bengkak (tumor), nyeri (dolor), panas (kalor), dan fungsi lasea. Mengajarkan pada klien cara memeriksa kondisi luka dengan melihat tanda dan gejala infeksi baik dari kemerahan, bengkak nyeri, panas dan fungsi lasea. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi dengan meningkatkan protein pada pasien untuk kesembuhan luka post operasi dan menganjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari dehidrasi. Hal ini sejalan dengan penelitian (Situmorang, 2012), dengan

mengonsumsi protein akan membantu terbentuknya sel-sel baru didalam jaringan tubuh.

Beberapa tindakan keperawatan yang dapat dilakukan oleh penulis dan sudah terlaksana sesuai dengan tindakan keperawatan yang sudah disusun. Beberapa tindakan keperawatan yang bisa diimplementasikan mandiri oleh klien dan keluarga, penulis meminta untuk terus dilakukan sesuai ketentuan yang telah penulis informasikan pada klien dan keluarga seperti mengajarkan pada klien cara memeriksa kondisi luka dengan melihat tanda dan gejala infeksi. Penulis juga senantiasa mengingatkan klien dan keluarga agar rutin melakukan kontrol kesehatan di fasilitas kesehatan terdekat.

Tahap implementasi keperawatan pada kasus Ny. G ini, penulis senantiasa menggunakan strategi komunikasi terapeutik dan sikap asertif guna mempertahankan hubungan saling percaya selama asuhan keperawatan berlangsung. Implementasi tindakan keperawatan yang diberikan kepada Ny. G, penulis juga senantiasa menjunjung tinggi aspek legal etik. Menurut Nasrullah (2014) menyatakan aspek legal etik mencakup diantaranya autonomy (otonomi), beneficence (berbuat baik), justice (keadilan), non maleficence (tidak merugikan), veracity (kejujuran), fidelity (loyalitas/ketaatan), dan confidentiality (kerahasiaan). Khusus pada aspek confidentiality (kerahasiaan), penulis menggunakan data dokumentasi asuhan keperawatan dalam penyusunan laporan karya ilmiah akhir untuk sidang karya ilmiah akhir dengan menuliskan inisial klien dan hal ini sudah mendapatkan persetujuan oleh klien sendiri. Faktor kekuatan selama melakukan implementasi keperawatan ini penulis rasakan terutama dari pihak klien dan keluarga sehingga hampir tidak dirasakan hambatan oleh penulis selama asuhan keperawatan ini diberikan.

5. Evaluasi

Menurut Rohmah & Walit (2014), evaluasi keperawatan adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Semua tindakan keperawatan yang dilakukan berdasarkan

legal etik komunikasi sikap (terapeutik) dan sesuai dengan SOP (standar operasional prosedur).

Tahap evaluasi keperawatan pada Ny. G penulis menggunakan tahap evaluasi dengan menggunakan dua metode yaitu evaluasi proses yang merupakan respon pasien dari setiap tindakan yang sudah diberikan (DAR). Pada tahapan implementasi keperawatan di setiap masalah keperawatan dan evaluasi hasil yang merupakan penilaian dari hasil keseluruhan tindakan keperawatan yang telah diberikan berdasarkan tiap masalah keperawatan yang muncul dalam 3 hari perawatan dalam bentuk SOAP.

Tahap evaluasi keperawatan ini merupakan penilaian hasil dari tujuan yang sebelumnya telah ditetapkan pada tahap perencanaan keperawatan pada Ny. G yang dinyatakan secara subjektif dan objektif kemudian dianalisa. Masalah keperawatan yang belum teratasi maka intervensi keperawatan dapat dilanjutkan bahkan dapat direncanakan tindakan tambahan sesuai dengan keadaan pasien, tetapi apabila masalah teratasi maka penulis dapat menghentikan intervensi pada diagnosa yang sudah ditentukan (Rohmah & Walit, 2014).

Kelima diagnosis keperawatan pada Ny. G teratasi dan ada beberapa yang tidak diimplementasikan karena harus sesuai dengan keadaan klien baik tanda gejala mayor maupun minor. Pada tahap evaluasi keperawatan ini penulis menyimpulkan bahwa asuhan keperawatan yang telah dilakukan dalam 3 hari perawatan capaian lingkup evaluasi pada *post op* fraktur pada Ny. G dapat dicapai sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil pada SLKI walaupun belum terlalu optimal.

B. Pembahasan praktik profesi keperawatan dalam pencapaian target kompetensi

Praktik profesi pada keperawatan medikal bedah yang dilaksanakan dari tanggal 05 Desember 2021 - 07 Desember 2021 di Rumah Sakit Bhayangkara Anton Soedjarwo memberikan kesempatan penulis untuk membina hubungan saling percaya dengan menerapkan komunikasi terapeutik dalam mengkaji dan mendapatkan data klien yang mengalami *post op* fraktur. Memberikan intervensi atau tindakan keperawatan sesuai dengan yang dialami klien.

Mengevaluasi hasil dari strategi pelaksanaan yang diberikan kepada klien.

Peran perawat yang telah dilaksanakan selama praktik profesi dalam meningkatkan kesehatan klien yaitu, peran perawat pertama memberikan pelayanan asuhan keperawatan di ruang bedah. Peran perawat yang kedua perawat bertanggung jawab terhadap kondisi klien. Kondisi yang dialami klien dalam penanganan nyeri yaitu perawat memberikan pereda nyeri yang adekuat baik secara farmakologi maupun non farmakologi. Secara farmakologi dapat diatasi dengan menggunakan obat-obat analgesik. Sedangkan penatalaksanaan non farmakologi terhadap nyeri dapat dilakukan dengan berbagai metode (Muttaqin, 2011). Sama halnya menurut Strong, Unruh, Wright & Baxter (2010), salah satu teknik non farmakologi yang direkomendasikan sebagai modalitas penanganan nyeri yaitu teknik relaksasi.

Pasien di rumah sakit yang mengalami *post op* akan mengalami beberapa masalah keperawatan diantaranya nyeri, gangguan mobilitas fisik, resiko infeksi, cemas, bahkan gangguan dalam beribadah. Masalah tersebut harus diantisipasi dan segera diatasi. Proses penyembuhan *post op fraktur* yaitu klien membutuhkan perawatan yang intensif dan berkesinambungan terutama dalam proses penyembuhan luka, serta penyatuan tulang. Perawatan yang tidak intensif dapat menimbulkan dampak yang fatal seperti kecacatan. Hal ini akan menimbulkan masalah baru bagi klien yaitu perubahan *body image* akibat kecacatan. Perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan yang salah satunya berfokus pada sistem muskuloskeletal memiliki peran dalam pemenuhan kebutuhan dasar klien dan perawat harus mampu berfikir kritis dalam melakukan asuhan keperawatan yang komprehensif serta mampu mengidentifikasi masalah-masalah klien yang dirumuskan sebagai diagnosa keperawatan, mampu mengambil keputusan yang tepat dalam mengatasi masalah keperawatan yang dialami oleh klien. Asuhan keperawatan yang secara holistik yaitu dilihat dari segi bio-psiko-sosial dan spiritual, serta mampu berkolaborasi dengan tim kesehatan lain untuk memberikan asuhan keperawatan secara optimal yang merupakan tujuan diberikannya asuhan keperawatan pada seseorang di tempat pelayanan kesehatan seperti : Rumah Sakit, Puskesmas dan pelayanan kesehatan lainnya (Potter & Perry, 2013).

Peran lain seorang perawat yaitu perawat juga membantu seseorang yang dalam keadaan *post op* itu tetap termotivasi dan tetap berupaya dalam pemulihan kembali bagian yang fraktur, selain itu perawat juga diharapkan bisa mengurangi kecemasan jika pasien akan dilakukan tindakan tertentu dan oleh karena itu perawatan yang baik dapat mencegah terjadinya komplikasi (Smeltzer & Bare, 2010)

Etika keperawatan yang dilakukan selama praktik profesi keperawatan medical bedah diantaranya adalah; Autonomi, klien berhak menerima atau menolak intervensi yang akan diberikan. Beneficence, perawat melakukan hal yang baik dengan ilmu keperawatan dalam melakukan pelayanan keperawatan. Justice, perawat harus adil dalam memberikan asuhan keperawatan tanpa membedakan klien. Non maleficence, perawat dalam memberikan pelayanan tidak menimbulkan bahaya atau cedera fisik pada klien. Veracity, perawat menyampaikan informasi yang diberikan harus akurat, komprehensif, dan objektif. Fidelity, perawat sudah berjanji untuk memberikan suatu tindakan, maka tidak boleh mengingkarinya. Confidentiality, perawat tidak boleh menceritakan rahasia klien pada orang lain, kecuali atas seizin klien atau keluarga. Accountability memberikan asuhan keperawatan yang profesional dan komprehensif.

Target kompetensi yang harus dicapai mahasiswa yaitu, melakukan perawatan luka *post op* klien untuk mencegah agar tidak terjadi infeksi yang akan mengganggu kondisi klien. Memonitor tanda-tanda vital klien untuk melihat keadaan klien dalam batas normal. Memberikan terapi relaksasi nafas dalam, terapi music, maupun pemberian aromaterapi untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan klien. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit dan tidur secara terjadwal. Membantu dan memfasilitasi klien dalam hal mobilisasi dini, serta memberikan edukasi kepada klien dan keluarga agar memantau kondisi klien serta membantu aktivitas klien dalam memenuhi kebutuhannya sehari-hari.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Berdasarkan pengkajian didapatkan data subjektif maupun objektif bahwa klien mengeluh nyeri dibagian luka operasi akibat tindakan pembedahan pada bagian kaki kanan, nyeri seperti ditusuk-tusuk dengan skala nyeri 7 serta nyeri yang dirasakan terus menerus ditandai dengan klien tampak meringis dan gelisah. Klien tidak bisa duduk dan miring kanan miring kiri, klien dibantu keluarga dalam memenuhi kebutuhannya seperti makan, minum dan BAK ditandai dengan klien hanya berbaring di tempat tidur. Klien mengeluh setelah operasi pola tidur klien berubah, tidak nyenyak saat tidur malam hari serta tidur 6-7 jam kadang-kadang terbangun tetapi tidak lama ditandai dengan klien tampak lemah. Klien tidak mengerti dengan perawatan maupun kondisi lukanya ditandai dengan klien tampak bingung saat ditanya tentang kondisi yang sedang dialaminya. Terdapat luka operasi dibagian ekstremitas bawah kanan dengan panjang 5 cm dan ditutup perban serta kasa. Tampak terpasang 2 buah draine yang berisi cairan kurang lebih 20cc pada masing-masing draine, cairan yang terdapat pada draine berwarna merah dan hasil pemeriksaan leukosit yaitu 11800 dan klien tampak lemah
2. Berdasarkan hasil pengkajian yang didapatkan, penulis merumuskan masalah keperawatan yang muncul pada klien yaitu nyeri akut berhubungan dengan proses pembedahan, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang, gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur, defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, dan risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive.
3. Setelah didapatkan masalah keperawatan apa saja yang muncul, penulis merencanakan asuhan keperawatan apa yang akan dilakukan pada klien yaitu manajemen nyeri (I.08238), dukungan mobilisasi (I.05173),

dukungan tidur (I.05174), edukasi kesehatan (I.12383), dan pencegahan infeksi (I.14539).

4. Berdasarkan rencana asuhan keperawatan yang dibuat, penulis melakukan implementasi keperawatan sesuai dengan keadaan dan kondisi klien yaitu memberikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri dengan memberikan teknik relaksasi nafas dalam, terapi music yang menenangkan serta pemberian aromaterapi yang disukai. Membantu klien melakukan pergerakan dengan memberikan latihan rentang gerak (pasif) dan memberikan posisi sesuai dengan keinginan klien yaitu semifowler untuk memberikan rasa nyaman. Memberikan lingkungan yang nyaman pada klien baik dari pencahayaan, suhu, maupun kebisingan agar meningkatkan kualitas dan kuantitas tidur klien serta menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur agar waktu tidur klien terjadwal dan tidak terganggu. Memberikan pendidikan kesehatan pada klien tentang kondisi maupun perawatan lukanya, mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat dengan tujuan klien mampu menerapkan atau mengaplikasikan perilaku hidup bersih dan sehat. Mengajarkan pada klien cara memeriksa kondisi luka dengan melihat tanda-tanda infeksi baik dari kemerahan, bengkak, nyeri, panas dan fungsi lasea dan menganjurkan pada klien agar meningkatkan asupan nutrisi dengan meningkatkan protein pada klien untuk kesembuhan luka post operasi dan menganjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari dehidrasi.
5. Setelah dilakukan tindakan keperawatan, penulis selanjutnya mengevaluasi hasil dari implementasi yang diberikan pada klien dengan menyimpulkan bahwa asuhan keperawatan yang telah dilakukan selama 3 hari perawatan capaian lingkup evaluasi pada *post op* fraktur tibia fibula pada Ny. G dapat teratasi semua pada kelima (5) diagnosa yaitu nyeri akut berhubungan dengan proses pembedahan, risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang, gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur, dan deficit pengetahuan

berhubungan dengan kurang terpapar informasi dapat dicapai sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil pada SLKI walaupun belum terlalu optimal.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas maka penulis memberikan beberapa saran sebagai bahan pertimbangan dan pemikiran yang berguna dalam meningkatkan pelayanan keperawatan yang diberikan. Adapun saran tersebut sebagai berikut :

1. Perawat

Perawat dapat melakukan asuhan keperawatan secara komperhensif pada klien dengan kasus *post op fraktur* sehingga data yang didapatkan berupa data yang valid sesuai dengan masalah klien dibuktikan dengan *Evidence Based Practice* dari jurnal “Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien Fraktur” dimana implementasi yang diberikan kepada pasien post op fraktur dalam mengatasi nyeri dengan mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam yanag efektif dengan tingkat keberhasilan sebeum dilakukan teknik relaksasi nafas dalam adalah 4.21 dan setelah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam adalah 2.80. Diharapkan perawat di Rumah Sakit dapat menerapkan tindakan ini untuk mengurangi rasa nyeri pada klien post op.

2. Klien dan keluarga

Diharapkan klien dan keluarga untuk tetap kooperatif dalam menjalin hubungan dalam proses pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilakukan, agar dapat memberikan informasi dan pengetahuan kepada klien serta dapat meningkatkan derajat kesehatan klien dengan ilmu yang diterima.

3. Bagi mahasiswa

Sebagai calon tenaga perawat profesional, hendaknya mahasiswa keperawatan dapat mempergunakan tempat mereka mendapatkan ilmu dengan semaksimal mungkin, sehingga dalam melakukan tindakan keperawatan harus didasari dengan teori.

4. Bagi instansi

Manfaatnya bagi instansi diharapkan menjadi tambahan kepustakaan untuk memperkaya pustaka yang sudah ada sehingga dapat dimanfaatkan serta berguna untuk peserta didik berikutnya dalam proses pembelajaran dan dapat dijadikan sebagai bahan bacaan untuk peningkatan ilmu pengetahuan dalam bidang kesehatan khususnya keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Andormoyo, Sulisty. (2013). Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri. Yogyakarta : Ar-Ruzz Media.
- Astanti Yuni, (2017). Dengan judul pengaruh Range Of Motion terhadap perubahan nyeri pada pasien post op fraktur ekstremitas atas di Ruang Asoka RSUD Jombang. thesis, STIKES Insan Cendekia Medika Jombang
- Bararah, T dan Jauhar, M. (2013). Asuhan Keperawatan Panduan Lengkap Menjadi Perawat Profesional. Jakarta : Prestasi Pustakaraya
- Black, J dan Hawks, J. (2014). Keperawatan Medikal Bedah: Manajemen Klinis untuk Hasil yang Diharapkan. Dialihbahasakan oleh Nampira R. Jakarta: Salemba Emban Patria
- Carlson, J., & Kneale, R. (2011). Embedded librarianship in the research context: Navigating new waters. *College & Research Libraries News*, 72(3), 167-170.
- Carpintero, P., Caeiro, J., Morales, A., Carpintero, R., Mesa, M., Silva, S. (2014). Complications of Hip Fractures: A Review. *World Journal of Orthopedics*. Vol. 5 (4), 402 – 411.
- Brunner & Suddrath. (2015). Keperawatan Medikal Bedah. Jakarta : EGC.
- Depkes RI. (2013). Riset Kesehatan Dasar. Jakarta: Badan Penelitian dan pengembangan Kesehatan Kementrian Kesehatan RI.
- Ermawan, Eka, & Elham. (2016). Upaya peningkatan mobilitas fisik pada pasien orif fraktur femur di RSUP SOEHARSO SURAKARTA. Retrieved Juli 05, 2022, from <http://www.eprints.ums.ac.id>
- <https://dinkes.kalbarprov.go.id/wp-content/uploads/2019/03/Laporan-Riskesdas-2018-Nasional.pdf>. Diakses pada 5 Juli 2022
- http://bappeda.jogjaprov.go.id/dataku/data_dasar/index/548-data-kecelakaan-dan-pelanggaran-lalu-lintas?id_skpd=39. Diakses pada 5 Juli 2022
- Jitowiyono, S dan Kristiyanasari, W. (2012). Asuhan Keperawatan Post Operasi Dengan Pendekatan Nanda, NIC, NOC. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Kusumayanti, Ni Luh Putu Devi. (2015). Faktor-Faktor yang Berpengaruh Terhadap Lamanya Perawatan Pada Pasien Pasca Operasi Laparotomi di Instalasi Rawat Inap BRSU Tabanan. Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, Bali. Diakses melalui ojs.unud.ac.id/index.php/coping/article/view/10812/8164.

- Lukman dan Ningsih, N. (2013). *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal*. Jakarta : Salemba Medika
- Mathews, J. A., Ward, J., Chapman, T. W., Khan, U. M., & Kelly, M. B. (2015). Single-stage orthoplastic reconstruction of Gustilo–Anderson Grade III open tibial fractures greatly reduces infection rates. *Injury*, 46(11), 2263-2266
- Mubarak, W. I., Indrawati, L. & Susanto, J. (2015). *Buku ajar ilmu keperawatan dasar, Buku 2*. Jakarta: Salemba Medika.
- M.Clevo Rendy, Margareth TH. (2012). *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Penyakit Dalam Edisi 1*, Nuha Medika : Yogyakarta.
- Muttaqin.A. (2015). *Buku Saku Gangguan Muskuloskeletal Aplikasi pada Praktik Klinik Keperawaatan*. Jakarta:EGC
- Noorisa, et al. (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.
- Mediarti, D., Rosnani, R., & Seprianti, S. M. (2015). Pengaruh Pemberian Kompres Dingin Terhadap Nyeri pada Pasien Fraktur Ekstremitas Tertutup di IGD RSMH Palembang Tahun 2012. *Jurnal Kedokteran dan Kesehatan: Publikasi Ilmiah Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya*, 2(3), 253-260.
- Nurarif, A. H., Kusuma, H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC*. Jakarta: Mediacion
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2010). *Fundamental of Nursing*. Jakarta: EGC.
- PURWANTO, A. (2016). *HUBUNGAN ANTARA MEKANISME CEDERA PADA KECELAKAAN LALU LINTAS DENGAN LOKASI FRAKTUR EKSTREMITAS ATAS PASIEN POLIKLINIK ORTHOPAEDI RSUP DR SARDJITO YOGYAKARTA* (Doctoral dissertation, Universitas Gadjah Mada).
- Rohmah, Nikmatur dan Saiful Walid. (2014). *Proses Keperawatan Teori dan Aplikasi*, Ar-Ruzz Media, Jogjakarta.
- Ropyanto, C. B. (2013). AnalisisFaktor-Faktor yang Berhubungan dengan Status Fungsional Paska Open Reduction Internal Fixation (ORIF) Fraktur Ekstermitas. *Jurnal Keperawatan Medikal Bedah*. Volume 1, Nomor: 2, November 2013: 81 – 90
- Sagaran, V. C., Manjas, M. and Rasyid, R. (2017). 'Distribusi Fraktur Femur Yang Dirawat Di Rumah Sakit Dr. M. Djamil, Padang (2010-2012)', *Jurnal Kesehatan Andalas*, vol. 6, no. 3. Available at: <http://jurnal.fk.unand.ac.id>.

- Sjamsuhidajat, R., & Jong, W. (2012). Buku Ajar Ilmu Bedah. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Smeltzer. S.C., & Bare. B.B. (2013). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. Jakarta : EGC.
- Solomon, L., Warwick, D. and Nayagam, S. (2010), Apley's System of Orthopaedics and Fractures. 9th ed. Taylor & Francis Ltd, London pp. 627-686.
- Sulistyaningsih. (2016). Gambaran Kualitas Hidup pada Pasien ORIF ekstermitas bawah di Poli Otropedi RS Ortopedi Prof.DR.R.Soeharto Surakarta. Jurnal Kesehatan, 1–8.
- Tarwoto, & Wartonah. (2015). Kebutuhan dasar manusia dan proses keperawatan. Jakarta: Salemba Medika
- UT Southwestern Medical Center. (2016). Fractures of The Upper and Lower Extremities. Diakses melalui <http://www.utswmedicine.org/conditionsspecialties/orthopaedics/specialties/trauma-fractures/upper-and-lowerextremities.html>. Texas: The University of Texas Southwestern Medical Center.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Jakarta Selatan: DPP PPNI
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Jakarta Selatan: DPP PPNI.
- Wahid, Abdul. (2013). Buku saku asuhan keperawatan dengan gangguan sistem musculoskeletal. Jakarta: CV. Trans info media.
- Zhao, J., Akinsanmi, I., Arafat, D., Cradick, T. J., Lee, C. M., Banskota, S., ... & Gibson, G. (2016). A burden of rare variants associated with extremes of gene expression in human peripheral blood. *The American Journal of Human Genetics*, 98(2), 299-309.

LAMPIRAN

Surat izin pengambilan data



SEKOLAH TINGGI ILMU KEPERAWATAN MUHAMMADIYAH PONTIANAK
Akreditasi Institusi BAN-PT Nilai B

Program Studi D-III Keperawatan, Ners dan Profesi LAM-PTKes Nilai B

Kampus : Jl Sungai Raya Dalam Gg. Ceria V Nomor 10 Pontianak 781245
Telp. (0561) 711837, Fax (0561) 711379, Website : http://stikmuhpth.ac.id, Email : admin@stikmuhpth.ac.id

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Pontianak, 20 Juni 2022.M
20 Dzulkaidah 1443 .H

Nomor : 549/ II.I.AU/F/VI /2022

Lamp : -

Hal : Izin Pengambilan Data

Kepada Yth.

Direktur RS. Bhayangkara Anton Soedjarwo Pontianak

di-

TEMPAT

Assalamu'alaikum, Wr,Wb.

Teriring do'a semoga kita sekalian senantiasa mendapat lindungan taufik dan hidayah dari Allah SWT, Amin.

Sehubungan dengan pelaksanaan penelitian bagi Mahasiswa Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan Muhammadiyah Pontianak, dengan ini kami sampaikan permohonan izin untuk melakukan pengambilan data di Instansi yang Bapak/Ibu Pimpin.

Adapun Mahasiswa kami yang akan melakukan pengambilan data adalah :

Nama : Ery Angreyni
Nim : SRP. 21318115
Prodi : Reguler B STIK Muhammadiyah Pontianak
Data yang diperlukan : Data persentase kasus fraktur di rumah sakit Bhayangkara Anton Soedjarwo

Demikian permohonan ini kami sampaikan atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Wassalamu'alaikum, Wr,Wb.



Mengetahui,
Wakil Ketua Bidang Akademik

Destari Makmuriana, M.Pd. M.Kep
NIP : 19820215201010221

Profesional, Islami dan Kompetitif

Surat balasan pengambilan data



RUMAH SAKIT BHAYANGKARA TK. III ANTON SOEDJARWO PONTIANAK

Jl. Karel Satsuit Tubun No. 14, Akcaya, Pontianak Selatan, Kota Pontianak, Kalimantan Barat
Telepon: 0561 – 736610 Fax: 0561 – 737800 Email: rumkitbhayangkarapontianak@gmail.com

Pontianak, 28 Juni 2022

Nomor : B/ 273/MILIT.6.1./2022
Klasifikasi : BIASA
Lampiran : -
Perihal : penerimaan ijin pengambilan data.

Kepada

Yth. WAKIL KETUA BIDANG AKADEMIK
SEKOLAH TINGGI ILMU KEPERAWATAN
MUHAMMADIYAH PONTIANAK

di

Pontianak

1. Rujukan surat Wakil Ketua Bidang Akademik Nomor: 549/II.1.AU/F/VI/2022 tanggal 20 Juni 2022 perihal Izin Pengambilan Data.
2. Sehubungan dengan rujukan tersebut di atas, bersama ini disampaikan kepada Ketua bahwa pada prinsipnya pihak Rumah Sakit Bhayangkara TK. III Anton Soedjarwo Pontianak tidak berkeberatan untuk dijadikan tempat pengambilan data bagi mahasiswa/i Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Ilmu Keperawatan Muhammadiyah Pontianak, atas nama :
Nama : Ery Angreyni
NIM : SRP. 21318115
3. Untuk keperluan umpan balik bagi Rumah Sakit Bhayangkara TK. III Anton Soedjarwo Pontianak, maka dimohon agar memberikan 1 (satu) eksemplar hasil penelitian / Tugas Akhir (Skripsi) dimaksud.
4. Demikian untuk menjadi maklum.

a.n. KEPALA RUMAH SAKIT BHAYANGKARA TK. III



MARSUDI, A.Md. Kep
INSPEKTUR POLISI DUA NRP 71070122

Tembusan

1. Kapolda Kalbar
2. Irwasda Polda Kalbar.
3. Kabiddokkes Polda Kalbar.
4. Karumkit Bhayangkara Polda Kalbar.

Hasil interpretasi rontgen



RADIOLOGI
RS. BHAYANGKARA TK.III ANTON SOEDJARWO PONTIANAK

JL.KS. TUBUN NO.14 PONTIANAK, KALIMANTAN BARAT
TELP: 0561-736610 FAX: 0561 737800

NAMA	: Ny. Gucci Afriyani
TTL / UMUR	: 28 Tahun / P
JENIS RONTGEN	: RO ankle joint AP/Lat
DR PENGIRIM	: dr. Sugeng, Sp.OT
DIAGNOSA	: post op

076
Fibula ankle joint kanan

terdapat $\frac{1}{3}$ distal os Fibula kanan. fibula maloklusi pedikulis tibia
kanan. Jangka unguis Fraksi pedikulis dist.

pedikulis osi built

Pontianak, 07/12/2021

(dr. Nurprasetyo, Sp.Rad)



BIODATA PENULIS

Nama : Ery Angreyni
Tempat Tanggal Lahir : Pemangkat, 28 Januari 1998
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Alamat : Jalan Lumbang, Lumbang Penyengat RT01/RW01
No.35 Kelurahan Lumbang Kec. Sambas Kab. Sambas
Nomor HP : 085393860414
Alamat email : eryangreyni28@gmail.com

RIWAYAT PENDIDIKAN

1. SD : SD Negeri 4 Nagur Sambas tahun 2004-2010
2. SMP : SMP Negeri 1 Sambas tahun 2010-2013
3. SMA : SMA Negeri 2 Sambas tahun 2013-2016
4. PT : Poltekkes Kemenkes Pontianak Jurusan Keperawatan Singkawang angkatan 2016-2019
STIK Muhammadiyah Pontianak angkatan 2019

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)
KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
DENGAN POST OP FRAKTUR



DISUSUN OLEH :

ERY ANGREYNI

SRP21318115

PROGRAM STUDI NERS REGULER B
SEKOLAH TINGGI ILMU KEPERAWATAN
MUHAMMADIYAH PONTIANAK
2021/2022

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

Pokok Bahasan	: Keperawatan Medikal Bedah
Sub Pokok Bahasan	: Post Op Fraktur
Sasaran	: Ny. G
Hari dan Tanggal Pelaksanaan	: Selasa, 7 Desember 2021
Tempat	: Ruang Bedah RS. Bhayangkara

A. LATAR BELAKANG

Fraktur merupakan penyebab kematian ketiga di Indonesia setelah penyakit Jantung Koroner dan Tuberculosis. Fraktur atau patah tulang merupakan suatu kondisi terputusnya kontinuitas yang normal dari suatu jaringan tulang (Black & Hawks, 2014). Fraktur dapat terjadi pada semua bagian tulang, baik ekstremitas atas maupun ekstremitas bawah. Fraktur atau patah tulang dapat disebabkan oleh kecelakaan, baik itu kecelakaan kerja, kecelakaan lalu lintas, trauma/ruda paksa atau tenaga fisik, dan sebagainya yang ditentukan oleh jenis dan luasnya fraktur (Lukman & Ningsih, 2013). Fraktur disebabkan oleh syok atau tenaga fisik, kecelakaan kerja maupun kecelakaan lalu lintas (Noorisa et al., 2017).

Indonesia merupakan negara terbesar di Asia Tenggara yang mengalami kejadian fraktur terbanyak sebesar 1,3 juta setiap tahunnya dari jumlah penduduknya yaitu berkisar 238 juta. Kasus fraktur di Indonesia mencapai prevalensi sebesar 5,5% (Kemenkes RI, 2018). Kasus fraktur tertinggi di Indonesia urutan pertama yaitu provinsi Bangka Belitung sebanyak 9.1%, provinsi Kalimantan Utara 8.1%, dan provinsi Aceh 7.9%. Persentase kasus fraktur di Kalimantan Barat sebanyak 4.0%. Sementara itu, untuk prevalensi cedera menurut bagian tubuh, cedera pada bagian ekstremitas bawah memiliki prevalensi tertinggi yaitu 67,9%. (Riskesdas 2018). Menurut data rekam medik Rumah Sakit Bhayangkara Anton Soedjarwo pasien dengan kejadian fraktur sebanyak 319 kejadian pada tahun 2019, sebanyak 231 kejadian pada tahun

2020, sebanyak 175 kejadian pada tahun 2021, dan ada 59 kejadian hingga bulan Maret 2022.

Penatalaksanaan fraktur ekstremitas bawah salah satunya yaitu dengan *Open Reduction Internal Fixation (ORIF)*. ORIF adalah tindakan medis dengan pembedahan untuk mengembalikan posisi tulang yang patah. Tujuan dari tindakan ORIF adalah untuk mengembalikan fungsi pergerakan tulang dan stabilisasi sehingga pasien diharapkan untuk memobilisasi lebih awal setelah operasi (Sudrajat et al. 2019).

Peran seorang perawat yaitu perawat juga membantu seseorang yang dalam keadaan fraktur itu tetap termotivasi dan tetap berupaya dalam pemulihan kembali bagian yang fraktur dan memfasilitasi kemampuan klien dalam memenuhi kebutuhannya serta mengedukasi klien dalam melakukan perawatan luka operasi akibat tindakan pembedahan saat dirumah. Oleh karena latar belakang di atas maka penyusun akan melakukan satuan cara penyuluhan mengenai post op fraktur tibia fibula dengan tujuan agar setelah dilakukan pendidikan kesehatan mengenai post op fraktur guna mampu dalam memenuhi kebutuhannya dirumah.

B. TUJUAN

1. Tujuan Umum

Setelah dilakukan penyuluhan selama 1x30 menit, diharapkan klien mampu dan memahami tentang post op fraktur serta perawatan lukanya

2. Tujuan Khusus

Setelah mengikuti penyuluhan selama 1x30 menit klien mampu menjelaskan kembali tentang :

- a. Pengertian fraktur serta perawatan luka
- b. Tujuan perawatan luka
- c. Tanda dan gejala infeksi pada luka
- d. Langkah – langkah pencegahan infeksi pada luka
- e. Makanan untuk mempercepat proses penyembuhan luka
- f. Tips perawatan bagi pasien post operasi

C. SASARAN

Klien yang akan diberikan pendidikan kesehatan tentang post op fraktur tibia fibula.

D. STRATEGI PELAKSANAAN

Hari dan Tanggal Pelaksanaan : Selasa, 07 Desember 2021

Waktu : 30 menit

Tempat : Ruang rawat inap klien

E. MATERI

Terlampir

F. KEGIATAN BELAJAR MENGAJAR

No	Tahap	Waktu	Kegiatan Penyaji	Kegiatan Peserta	Media
1	Pembukaan	5 menit	<ol style="list-style-type: none">1. Mengucapkan salam2. Memperkenalkan diri3. Menjelaskan topik dan tujuan pendidikan kesehatan4. Menanyakan kesiapan keluarga	<ol style="list-style-type: none">1. Menjawab salam2. Mendengarkan3. Menjawab	Lisan
2	Pelaksanaan	15 menit	<p>Menjelaskan tentang :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Pengertian fraktur serta perawatan luka2. Tujuan perawatan luka3. Tanda dan gejala infeksi pada luka4. Langkah-langkah pencegahan infeksi pada luka5. Makanan untuk mempercepat proses penyembuhan luka6. Tips perawatan bagi pasien post operasi <p>5. Membuka sesion</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Mendengarkan2. Bertanya	Leaflet

			pertanyaan 6. Diskusi dengan keluarga		
3	Evaluasi	5 menit	1. Menanyakan kembali hal-hal yang sudah dijelaskan mengenai post op fraktur dan perawatan lukanya 2. Memberikan kesempatan keluarga untuk menjelaskan kembali apa yang sudah diberikan edukasi	1. Menjawab pertanyaan	Lisan
4.	Penutupan	5 menit	1. Menutup pertemuan dengan menyimpulkan materi yang telah dibahas 2. Memberikan salam penutup	1. Mendengarkan 2. Mendengarkan dan menjawab salam	Lisan

G. METODE

Metode yang digunakan adalah:

1. Ceramah
2. Tanya jawab
3. Diskusi

H. MEDIA DAN ALAT

Leaflet

I. EVALUASI

1. Evaluasi Struktur
 - a. Peserta hadir di tempat penyuluhan
 - b. Leaflet
 - c. Kesiapan materi penyaji.
 - d. Tempat yang digunakan nyaman dan mendukung.

2. Ealuasi Proses

- a. Masyarakat hadir sesuai dengan kontrak waktu yang ditentukan 2/3 dari jumlah peserta
- b. Materi sudah sesuai jadwal
- c. Peserta berperan aktif
- d. Media sudah efektif
- e. Penyaji sudah memahami materi
- f. Petugas dapat menjalankan peran sesuai dengan tugas dan tanggung jawabnya.

3. Evaluasi Hasil

- a. Kegiatan penyuluhan berjalan sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.
- b. Adanya kesepakatan masyarakat dengan perawat dalam melaksanakan implementasi keperawatan selanjutnya.
- c. Adanya tambahan pengetahuan tentang darah tinggi yang diterima oleh audience dengan melakukan evaluasi melalui tes lisan di akhir ceramah.

J. ANTISIPASI MASALAH

Bila peserta tidak berperan aktif dalam kegiatan penyuluhan (tidak ada pertanyaan) moderator dapat menstimulasi dengan berdialog dengan member materi dalam membawa materi.

K. SUMBER

Engram, Barbara. 1999. *Rencana Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Volume 2*. EGC. Jakarta\

Smeljer, S.C Bare, B.G .2002. *Buku ajar Keperawatan Medikal Bedah, *Brunner & Suddarth, Ed 8*. Penerbit EGC Jakarta\

Smeltzer, C. S & Bare, G. B. (2001). *Buku Ajar Keperawatan Medical Medahedisi 8*. Jakarta. EGC

MATERI

A. Pengertian

Fraktur merupakan terjadinya kerusakan kontinuitas dari struktur tulang, tulang rawan serta lempeng pertumbuhan yang disebabkan karena trauma dan non trauma. Bukan hanya keretakan atau terpisahnya korteks, fraktur cenderung lebih banyak mengakibatkan kerusakan yang komplis dan fragmen tulang terpisah. Tulang relatif rapuh, tapi mempunyai kelenturan dan kekuatan untuk menahan tekanan. Penyebab fraktur dapat berupa cedera, stress yang berulang, kelemahan tulang yang abnormal atau disebut sebagai fraktur patologis (Solomon *et al.*, 2010).

Fraktur adalah suatu kondisi yang terjadi ketika ketahanan dan kekuatan dari tulang mengalami kerusakan yang disebabkan oleh penyakit invasif atau suatu proses biologis yang merusak (Kenneth *et al.*, 2015).

Perawatan luka adalah suatu tindakan untuk mempercepat proses penyembuhan luka dan mencegah supaya tidak terjadi infeksi pada luka.

B. Tujuan perawatan luka

1. Mencegah infeksi.
2. Mencegah bertambahnya kerusakan jaringan.
3. Mempercepat penyembuhan luka.
4. Membersihkan luka dari benda asing.
5. Mencegah terjadinya perdarahan.

C. Tanda gejala infeksi

1. Terjadi bengkak disekitar luka.
2. Merasa panas pada daerah luka atau suhu badan panas.
3. Kemerahan disekitar luka.
4. Nyeri pada daerah luka.
5. Terdapat cairan yang berupa nanah pada luka.
6. Luka berbau tidak sedap
7. Gangguan fungsi gerak pada daerah luka.

D. Langkah-langkah pencegahan infeksi

1. Selalu mencuci tangan.
2. Kuku harus bersih dan tidak panjang.
3. Minum obat secara teratur
4. Jaga kebersihan luka.
5. Jaga agar luka tetap kering.
6. Tidak boleh memegang area luka.

E. Makanan yang mempercepat proses penyembuhan luka

1. Makanan berprotein

a. Protein Nabati

Makanan berprotein nabati misalnya tempe, tahu, kacang-kacangan

b. Protein Hewani

Makanan berprotein hewani misalnya hati ayam, telur, dan ayam

2. Makanan yang bervitamin C

Makanan yang mengandung vitamin C misalnya jeruk, jambu, daun papaya, dan bayam. Makanan yang mengandung protein dan vitamin C sangat penting peranannya dalam proses penyembuhan luka. Selain itu vitamin C punya peranan penting untuk mencegah terjadinya infeksi dan perdarahan luka.

F. Tips perawatan bagi pasien post operasi

1. Makan makanan bergizi.
2. Minum sedikitnya 8-10 gelas perhari.
3. Usahakan cukup istirahat.
4. Mobilisasi bertahap hingga dapat beraktivitas seperti biasa. Makincepat makin bagus.
5. Mandi seperti biasa, yakni 2 kali dalam sehari.
6. Kontrol secara teratur untuk evaluasi luka operasi dan pemeriksaan kondisi tubuh.
7. Minum obat sesuai anjuran dokter

LEMBAR KONSULTASI

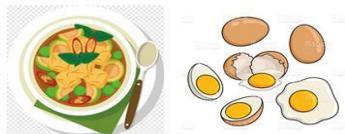
HARI/TGL	MATERI/ BAB	MASUKAN & PERBAIKAN	TTD MAHASISWA	TTD PEMBIMBING
25 Juni 2022	BAB I – V	<ul style="list-style-type: none"> a. BAB III Ditambahkan hasil pemeriksaan rontgen b. BAB IV Menambahkan pembahasan dari fase diagnosa sampai evaluasi keperawatan yaitu membnadingkan anatara di lapangan dan teori 		
5 Juli 2022	BAB I – V	<ul style="list-style-type: none"> a. Pada bagian judul laporan sesuai panduan b. Pada bagian pengkajian dituliskan lebih lengkap lagi dan ditambahkan karakteristik luka c. Menambahkan diagnosa keperawatan 		
7 Juli 2022	BAB I - V	<ul style="list-style-type: none"> a. Pada bagian kesimpulan dibuat sesuai dengan tujuan khusus b. Melengkapi lampiran (daftar pustaka, lembar pengesahan, SAP, dan leaflet) 		
11 Juli 2022	BAB I - V	<ul style="list-style-type: none"> a. Menambahkan lembar konsultasi dan daftar pustaka disesuaikan dengan panduan KIA 		

MAKANAN YANG MEMPERCEPAT PROSES PENYEMBUHAN LUKA

- Makanan berprotein
⇒ Makanan berprotein nabati misalnya tempe, tahu, kacang-kacangan.



- ⇒ Makanan berprotein hewani misalnya hati ayam, telur, dan ayam



- Makanan yang mengandung vitamin C misalnya jeruk, jambu, daun papaya, dan bayam.



TIPS PERAWATAN BAGI PASIEN POST OPERASI

- Makan makanan bergizi.
- Minum sedikitnya 8-10 gelas perhari.



- Usahakan cukup istirahat.



- Mobilisasi bertahap hingga dapat beraktivitas seperti biasa.
- Mandi seperti biasa, yakni 2 kali dalam sehari.
- Kontrol secara teratur untuk evaluasi luka operasi dan pemeriksaan kondisi tubuh.
- Minum obat sesuai anjuran dokter.



LEAFLET POST OP FRAKTUR DAN PERAWATAN LUKANYA



KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH



ERY ANGREYNI
NIM : SRP21318115

PRODI NERS REGULER B
SEKOLAH TINGGI ILMU
KEPERAWATAN
MUHAMMADIYAH PONTIANAK

PENGERTIAN



Fraktur adalah suatu kondisi yang terjadi ketika ketuhan dan kekuatan dari tulang mengalami kerusakan yang disebabkan oleh penyakit invasif atau suatu proses biologis yang merusak (Kenneth *et al.*, 2015)

Perawatan luka adalah suatu tindakan untuk mempercepat proses penyembuhan luka dan mencegah supaya tidak terjadi infeksi pada luka.

TUJUAN PERAWATAN LUKA

1. Mencegah infeksi.
2. Mencegah bertambahnya kerusakan jaringan.
3. Mempercepat penyembuhan luka.
4. Membersihkan luka dari benda asing.
5. Mencegah terjadinya perdarahan.

TANDA GEJALA INFEKSI

1. Terjadi bengkak disekitar luka.
2. Merasa panas pada daerah luka atau suhu badan panas
3. Kemerahan disekitar luka.
4. Nyeri pada daerah luka.
5. Terdapat cairan yang berupa nanah pada luka.
6. Luka berbau tidak sedap

LANGKAH - LANGKAH PENCEGAHAN INFEKSI

- Selalu mencuci tangan.



- Kuku harus bersih dan tidak panjang.
- Minum obat secara teratur



- Jaga kebersihan luka.
- Jaga agar luka tetap kering.
- Tidak boleh memegang area luka.

