

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN FRAKTUR KALKANEUS *POST OP*
OPEN REDUCTION AND INTERNAL FIXATION (ORIF) HARI KE 2
DI RUANG H1 RSPAL dr. RAMELAN
SURABAYA**



Oleh:

**ULFA TRIANINGSIH, S.Kep
NIM. 2230113**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
SURABAYA**

2023

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN FRAKTUR KALKANEUS *POST OP*
OPEN REDUCTION AND INTERNAL FIXATION (ORIF) HARI KE 2
DI RUANG H1 RSPAL dr. RAMELAN
SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk
memperoleh gelar Ners**



Oleh:

**ULFA TRIANINGSIH, S.Kep
NIM. 2230113**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
SURABAYA**

2023

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa, karya ilmiah akhir ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan adanya plagiarasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 06 Desember 2022

Penulis,



Ulfa Trianingsih, S.Kep
NIM. 2230113

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : Ulfa Trianingsih, S.Kep

NIM : 2230113

Program Studi : Pendidikan Profesi ners

Judul : Asuhan Keperawatan Pasien Fraktur Kalkaneus *Post Op Open Reduction And Internal Fixation (ORIF) Hari Ke 2*
Di Ruang H1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui laporan karya ilmiah akhir ini guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

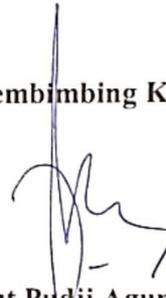
NERS (Ns.)

Pembimbing Institusi



Nur Muji A, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP. 03044

Pembimbing Klinik



Letkol Laut Pudji Agung W, S.Kep.,Ns
NRP: 11314/P

Mengetahui,

Stikes Hang Tuah Surabaya

Kep. Prodi Pendidikan Profesi Ners



Dr. Hilda Salsabila, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP. 03009

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 19 Januari 2023

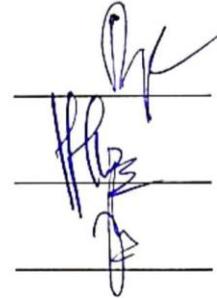
HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari:

Nama : Ulfa Trianingsih, S.Kep
NIM : 2230113
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners
Judul : Asuhan Keperawatan Pasien Fraktur Kalkaneus *Post Op Open Reduction And Internal Fixation (ORIF) Hari Ke 2*
Di Ruang H1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Ilmiah Akhir di Stikes Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “Ners (Ns.)” pada prodi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya.

Penguji Ketua : Dwi Priyantini, S.Kep.,Ns.,M.Sc
NIP. 03006
Penguji 2 : Nur Muji Astuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP. 03044
Penguji 3 : Letkol Laut Pudji Agung Wibowo, S.Kep.,Ns
NRP: 11314/P



Mengetahui,
Stikes Hang Tuah Surabaya
Kampus Pendidikan Profesi Ners



Dr. Irena Kusumadivya, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP. 03009

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya
Tanggal : 19 Januari 2023

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmad dan hidayah-Nya kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya Ilmiah Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran Karya Ilmiah ini bukan hanya karena kemampuan penulis saja, tetapi banyak bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebenar-benarnya kepada :

1. Laksamana Pertama Purn. Dr. A. V. Sri Suhardiningsih, SKp.,M.Kes, selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami menyelesaikan pendidikan Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Laksamana Pertama TNI dr. Gigih Imanta J.,Sp.PD, selaku Kepala RSPAL dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya ilmiah akhir.
3. Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep.,Ns.,M.Kep, selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang telah memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Ibu Dwi Priyantini, S.Kep.,Ns.,M.Sc, selaku Penguji ketua yang penuh kesabaran dan perhatian memberikan pengarahan dan dorongan moral dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini

5. Letkol Laut Pudji Agung Wibowo, S.Kep.,Ns, selaku Pembimbing ruangan yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan bimbingan dalam penyusunan dan penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.
6. Ibu Nur Muji Astuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep, selaku Pembimbing, yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
7. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan Karya Ilmiah Akhir ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
8. Klien Nn. N yang telah memberikan kesempatan untuk dilakukan asuhan keperawatan dalam mendukung pelaksanaan praktek keperawatan komprehensif dan penulisan Karya Ilmiah Akhir ini.
9. Sahabat-sahabat seperjuangan tersayang dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga karya Ilmiah Akhir ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.
10. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdoa semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 02 Desember 2022

Penulis

DAFTAR ISI

KARYA ILMIAH AKHIR	i
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
DAFTAR SINGKATAN	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah.....	5
1.5 Metode Penulisan.....	7
1.6 Sistematika Penulisan	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	10
2.1 Konsep Penyakit	10
2.1.1 Anatomi Fisiologi Tulang Kalkaneus	10
2.1.2 Definisi Fraktur	14
2.1.3 Etiologi Fraktur	14
2.1.4 Klasifikasi Fraktur.....	15
2.1.5 Patofisiologi Fraktur	19
2.1.6 <i>Web Of Causation</i> (WOC) Fraktur	20
2.1.7 Manifestasi Klinis Fraktur.....	21
2.1.8 Komplikasi Fraktur	22
2.1.9 Pemeriksaan penunjang Fraktur	22
2.1.10 Penatalaksanaan Fraktur.....	23
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Pasien dengan Fraktur	26
2.2.1 Pengkajian	26
2.2.2 Masalah Keperawatan	34
2.2.3 Diagnosis Keperawatan.....	35
2.2.4 Intervensi Keperawatan.....	36
2.2.5 Implementasi Keperawatan	42
2.2.6 Evaluasi Keperawatan	43

BAB 3 TINJAUAN KASUS.....	45
3.1 Pengkajian.....	45
3.1.1 Data Dasar.....	45
3.1.2 Keluhan Utama.....	45
3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang.....	45
3.1.4 Riwayat Penyakit Dahulu.....	46
3.1.5 Riwayat Keluarga.....	47
3.1.6 Riwayat Sosial.....	47
3.1.7 Keadaan Umum (Penampilan Umum).....	48
3.1.8 Pemeriksaan Fisik.....	48
3.1.9 Pemeriksaan Penunjang.....	53
3.1.10 Terapi Medis.....	58
3.2 Diagnosis Keperawatan.....	59
3.3 Intervensi Keperawatan.....	61
3.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan.....	64
BAB 4 PEMBAHASAN.....	75
4.1 Pengkajian.....	75
4.2 Diagnosis Keperawatan.....	78
4.3 Intervensi Keperawatan.....	83
4.4 Implementasi Keperawatan.....	89
4.5 Evaluasi Keperawatan.....	93
BAB 5 PENUTUP.....	95
5.1 Simpulan.....	95
5.2 Saran.....	97
DAFTAR PUSTAKA.....	99

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan Pada Pasien Fraktur.....	36
Tabel 3. 1 Pemeriksaan Penunjang Laboratorium Pasien Nn. N.....	53
Tabel 3. 2 Terapi Medis Pasien Nn. N.....	58

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Anatomi tulang kalkaneus (A) kalkaneus kaki kanan (B).....	12
Gambar 2. 2 Web Of Caussion Fraktur sumber	20
Gambar 3. 1 Genogram Keluarga pada Nn. N.....	47

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran. 1 <i>Curriculum Vitae</i>	103
Lampiran. 2 Motto dan Persembahan	104
Lampiran. 3 Standart Operasional Prosedur (SOP)	105
Lampiran. 4 SGAS Pembimbing dan Kelompok Mahasiswa	109
Lampiran. 5 Lembar Pengajuan Ujian Karya Ilmiah Akhir (KIA)	110
Lampiran. 6 Lembar Bimbingan	111

DAFTAR SINGKATAN

AP: Anterior Posterior

BAK/BAB: Buang Air Kecil/Buang Air Besar

Cc: cubic centimeter

Cm: Centimeter

CVP: Central Venous Pressure

DM: Diabetes Mellitus

DO: Data Objektif

DS: Data Subyektif

EMV: *Eye, Mobility, Verbal*

g/dl: gram per desiliter

GCS: Glasgow Coma Scale

ICS V MCL: intercostal space saraf trigeminus Medial Collateral Ligament

ICS V MID: intercostal space saraf trigeminus

IGD: Instalasi Gawat Darurat

Inj: Injeksi

Kg: Kilo gram

MCHC: Mean Corpuscular Hemoglobin Concentration

Mg: Miligram

ml: mililiter

mmHg: Milimeter Merkuri Hydrargyrum

Mnt: Menit

MRS: Masuk Rumah sakit

Nn.: Nona

Ns: Natrium Chloride

O₂: Oksigen

°C: Derajat Celcius

OREF: *Open Reductive External Fixatie*

ORIF: *Open Reduction Internal Fixatie*

PA: Posterior Anterior

PQRST: *Provoking, Quality, Region, Severity, Time*

RM: Rekam Medis

ROM: Range of Motion

RR: Respiratory Rate

RS: Rumah Sakit

SCC: *Squamous cell Carcinoma*

SDKI: Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia

SIKI: Standar Intervensi Keperawatan Indonesia

SLKI: Standar Luaran Keperawatan Indonesia

SMP: Sekolah Menengah Pertama

SOAP: Subyektif, Obyektif, Assessment, Planning

SpO₂: Oxygen Saturation

SWT: Subhanahu wa ta'ala

TBC: Tuberkulosis

TTV: Tanda-tanda Vital

VL₄: Vertebra Lumbal 4

WIB: Waktu Indonesia Barat

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Fraktur kalkaneus adalah cedera parah yang terjadi pada tulang tumit atau (patah tulang tumit), terjadi akibat kecelakaan benturan keras saat jatuh dari tangga, kecelakaan mobil saat tumit terjepit ke lantai dan penggunaan tulang tumit berlebihan, seperti atlet (Adinda, 2021). Fraktur kalkaneus didominasi oleh laki-laki karena melakukan pekerjaan industri, akan tetapi penelitian terbaru menunjukkan variasi regional pada dominasi pria dan wanita (Adams, 2019). Dalam populasi menunjukkan kejadian 4% selama 7 tahun pada wanita berusia 9-15 tahun. Sedangkan pada laki-laki ditemukan pada usia 21-45 tahun (Robinson et al, 2019) .

Masalah keperawatan yang muncul pada perawatan pasien *Post Op Open Reduction Internal Fixatie* (ORIF) yang ditemukan antara lain nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan *Post Op*, risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif, ansietas berhubungan dengan krisis situasional, gangguan mobilitas fisik dan defisit perawatan diri (R. Deni Indrawan, 2021). Menurut World Health Organization (WHO), kasus fraktur terjadi di dunia kurang lebih 13 juta orang pada tahun 2017, dengan angka prevalensi sebesar 2,7 %. Sementara pada tahun 2018 terdapat kurang lebih 18 juta orang dengan angka prevalensi sebesar 4, 2 %. Tahun 2019 meningkat menjadi 21 juta orang dengan angka prevalensi 4, 5 % (WHO, 2018). Dari data yang diperoleh dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2018) prevalensi kejadian cedera di indonesia mencapai 9,2% yang mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2013 (8,2%)

dan 2007 (7,5%). Proporsikejadian cedera paling banyak terjadi pada ekstremitas bawah (67,9%) dimana paling banyak terjadi karena kecelakaan lalu lintas (31,4%). Karakteristik cedera yang disebabkan karena terjatuh, kecelakaan dan trauma benda tajam atau tumpul menjadi penyebab terjadinya kasus fraktur (Kemenkes RI, 2018).

Angka kejadian Fraktur atau patah tulang di RSPAL dr. Ramelan Surabaya ruang H1 selama menjalani praktek komprehensif terhitung dari tanggal 28 November sampai dengan 11 Desember 2022 (2 minggu), terdapat 22 pasien yang masuk ke ruang H1 Bedah RSPAL dr. Ramelan dengan usia 10 sampai 60 tahun, 3 pasien kanker payudara, 3 pasien tumor otak, 2 pasien spondylitis, 5 pasien fraktur, 2 pasien anemia, 4 pasien spinal stenosis, kanker serviks, 2 pasien hidrosefalus, 1 pasien kanker kolon. Seluruh pasien dalam kondisi kesadaran kompos mentis.

Fraktur harus segera ditangani dan juga tepat dengan imobilisasi secepat mungkin karena nyeri akan muncul ketika adanya pergerakan fragmen tulang (Fitri & Akmal, 2019) . Penanganan fraktur dapat dibagi menjadi dua diantaranya secara operatif dan konservatif. Tindakan operatif biasanya diberikan dengan pemasangan kawat, pin, plat, batangan logam, dan sekrup. Yang biasa disebut *Open Reduction Internal Fixatie* (ORIF). Sedangkan *Open Reduction External Fixation* yaitu mempertahankan fragmen tulang dengan batangan logam yang lebih panjang di luar kulit (Lukman & Nurna Ningsih, 2018). Operasi untuk anak-anak, merupakan tindakan yang bisa memicu respon nyeri, stres, dan kecemasan. Kecemasan lebih diakibatkan karena jenis prosedur bedah, rasa nyeri, kehilangan kontrol, takut kematian dan ketidakmampuan setelah operasi

(Kustiningsih, 2020). Nyeri pasca pembedahan ORIF disebabkan oleh tindakan invasif bedah yang dilakukan. Walaupun fragmen tulang telah direduksi, tetapi manipulasi seperti pemasangan screw dan plate menembus tulang akan menimbulkan nyeri hebat. Nyeri tersebut bersifat akut yang berlangsung selama berjam-jam hingga berhari-hari. Hal ini disebabkan oleh berlangsungnya fase inflamasi yang disertai dengan edema jaringan. Luka yang tidak ditangani dengan baik akan beresiko terjadinya infeksi dengan tanda gejala ruam kemerahan, demam, rasa sakit. Perih, luka terasa panas, pembengkakan, proses penyembuhan lam dan terbentuknya nanah (Tamin, 2020). Penurunan kekuatan otot serta penurunan kemampuan untuk ambulasi dan berjalan yang dapat menyebabkan terjadinya gangguan mobilitas fisik karena luka bekas operasi dan bekas luka trauma. Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan pada pergerakan fisik tubuh satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah (Smeltzer & Barre, 2017 dalam Igianny, 2018).

Salah satu bentuk intervensi keperawatan yang diberikan untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh pasien yaitu Teknik murottal. Teknik ini sendiri cukup efektif lantaran tidak menggunakan obat untuk mengurangi nyeri yang dirasakan. Selain itu, penatalaksanaan teknik ini bisa dilakukan secara mandiri oleh pasien (Wahyuningsih & Khayati, 2021). Oleh karena itu, bagi seorang perawat harus mengetahui tentang bagaimana perjalanan dan dampak lebih lanjut dari fraktur. Berdasarkan latar belakang diatas, maka penulis tertarik membahas mengenai konsep dasar hingga evaluasi terhadap pasien dengan diagnosis medis fraktur calcaneus yang dituangkan dalam bentuk Karya Ilmiah Akhir dengan

judul “Asuhan Keperawatan Pasien Fraktur Kalkaneus *Post Op Open Reduction And Internal Fixation* (ORIF) Di Ruang H1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah, maka penulis berniat membuat karya tulis ilmiah tentang asuhan keperawatan pasien dengan Fraktur Kalkaneus, untuk itu penulis merumuskan permasalahan sebagai berikut “Bagaimana Asuhan Keperawatan pada Nn. N dengan Fraktur Kalkaneus *Post Op Open Reduction And Internal Fixation* (ORIF) Hari ke 2 di Ruang H1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya?”.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mengkaji individu secara mendalam yang dihubungkan dengan penyakitnya melalui proses keperawatan pada Nn. N dengan Fraktur Kalkaneus *Post Op Open Reduction And Internal Fixation* (ORIF) Hari ke 2 di Ruang H1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian pada Nn. N dengan Fraktur Kalkaneus *Post Op Open Reduction And Internal Fixation* (ORIF) Hari ke 2 di Ruang H1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
2. Melakukan analisis masalah, prioritas masalah dan menegakkan diagnosis keperawatan pada Nn. N dengan Fraktur Kalkaneus *Post Op Open Reduction And Internal Fixation* (ORIF) Hari ke 2 di Ruang H1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

3. Menyusun rencana asuhan keperawatan pada masing-masing diagnosis keperawatan Nn. N dengan Fraktur Kalkaneus *Post Op Open Reduction And Internal Fixation* (ORIF) Hari ke 2 di Ruang H1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan tindakan asuhan keperawatan pada Nn. N dengan Fraktur Kalkaneus *Post Op Open Reduction And Internal Fixation* (ORIF) Hari ke 2 di Ruang H1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
5. Melakukan evaluasi asuhan keperawatan pada Nn. N dengan Fraktur Kalkaneus *Post Op Open Reduction And Internal Fixation* (ORIF) Hari ke 2 di Ruang H1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah

Berdasarkan tujuan umum maupun tujuan khusus maka karya tulis ilmiah ini diharapkan bisa memberikan manfaat baik bagi kepentingan pengembangan program maupun bagi kepentingan ilmu pengetahuan, adapun manfaat-manfaat dari karya tulis ilmiah secara teoritis maupun praktis seperti tersebut dibawah ini :

1. Secara Teoritis

Dengan pemberian asuhan keperawatan secara cepat, tepat dan efisien akan menghasilkan keluaran klinis yang baik, menurunkan angka kejadian mordibitas dan mortalitas pada pasien dengan Fraktur Kalkaneus *Post Op Open Reduction And Internal Fixation* (ORIF).

2. Secara Praktis

- a. Bagi Institusi Rumah Sakit

Dapat sebagai pemasukan untuk menyusun kebijakan atau pedoman pelaksanaan pasien dengan Fraktur Kalkaneus *Post Op Open Reduction*

And Internal Fixation (ORIF) sehingga penatalaksanaan dini bisa dilakukan dan dapat menghasilkan keluaran klinis yang baik bagi pasien yang mendapatkan asuhan keperawatan di institusi rumah sakit yang bersangkutan.

b. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat digunakan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada pasien dengan Fraktur Kalkaneus *Post Op Open Reduction And Internal Fixation* (ORIF). serta meningkatkan pengembangan profesi keperawatan.

c. Bagi Keluarga dan Pasien

Sebagai bahan penyuluhan kepada keluarga tentang deteksi dini penyakit Fraktur Kalkaneus *Post Op Open Reduction And Internal Fixation* (ORIF) sehingga keluarga mampu menggunakan pelayanan medis gawat darurat. Selain itu, agar keluarga mampu melakukan perawatan pasien dengan Fraktur Kalkaneus *Post Op Open Reduction And Internal Fixation* (ORIF) dirumah agar meminimalkan aktivitas.

d. Bagi Penulis Selanjutnya

Bahan penulisan ini bisa dipergunakan sebagai perbandingan atau gambaran tentang asuhan keperawatan pasien dengan Fraktur Kalkaneus *Post Op Open Reduction And Internal Fixation* (ORIF) sehingga penulis selanjutnya mampu mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang terbaru.

1.5 Metode Penulisan

1. Metode

Studi kasus yaitu metode yang memusatkan perhatian pada satu obyek tertentu yang diangkat sebagai sebuah kasus untuk dikaji secara mendalam sehingga mampu membongkar realitas di balik fenomena.

2. Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara

Data diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga, maupun tim kesehatan lain.

b. Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan, rekasi, sikap dan perilaku pasien yang dapat diamati.

c. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium serta pemeriksaan penunjang lainnya yang dapat menegakkan diagnosis dan penanganan selanjutnya.

3. Sumber Data

a. Data Primer

Adalah data yang diperoleh dari pasien.

b. Data Sekunder

Adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien, catatan medis perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

c. Studi Kepustakaan

Yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

Dalam studi kasus secara keseluruhan dibagi dalam 3 bagian, yaitu:

1. Bagian awal memuat halaman judul, abstrak penulisan, persetujuan pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi, daftar gambar dan daftar lampiran.

2. Bagian inti meliputi lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB 1 : Pendahuluan yang berisi tentang latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan manfaat penulisan, dan sistematika penulisan.

BAB 2 : Landasan teori yang berisi tentang Konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa Fraktur Kalkaneus *Post Op Open Reduction And Internal Fixation (ORIF)*.

BAB 3 : Hasil yang berisi tentang data hasil pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi dari pelaksanaan.

BAB 4 : Pembahasan kasus yang ditemukan berisi data, teori dan opini serta analisis.

BAB 5 : Simpulan dan saran.

3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab 2 Tinjauan Pustaka menguraikan tentang konsep penyakit meliputi : anatomi fisiologi, definisi, etiologi, klasifikasi, patofisiologi, *web of caution*, manifestasi klinis, komplikasi, pemeriksaan penunjang, penatalaksanaan fraktur atau patah tulang; dan membahas tentang konsep asuhan keperawatan meliputi : pengkajian, masalah keperawatan, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan.

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Anatomi Fisiologi Tulang Kalkaneus

Tulang Kalkaneus di bawah dan menopang talus yaitu tulang memanjang, tidak beraturan, berbentuk kotak dengan sumbu panjangnya yang umumnya berorientasi sepanjang garis tengah kaki tetapi menyimpang ke lateral ke garis tengah secara anterior. Kalkaneus menonjol di belakang sendi pergelangan kaki untuk membentuk kerangka kerangka tumit. Permukaan posterior daerah tumit ini berbentuk lingkaran dan terbagi menjadi bagian atas, tengah, dan bawah. Tendon *calcaneal (tendon achilles)* menempel pada bagian tengah:

1. Bagian atas dipisahkan dari tendon *calcaneal* oleh kantongnya
2. Bagian bawah melengkung ke depan, ditutupi oleh jaringan subkutan, merupakan daerah penyangga berat tumit, dan berlanjut ke permukaan plantar tulang sebagai tuberositas *calcaneal*.

Tuberositas kalkaneus menonjol ke depan pada permukaan plantar sebagai tonjolan medial besar dan tonjolan lateral kecil yang dipisahkan satu sama lain oleh lekukan berbentuk V (Gbr. 2.1 B). Di ujung *anterior* permukaan plantar

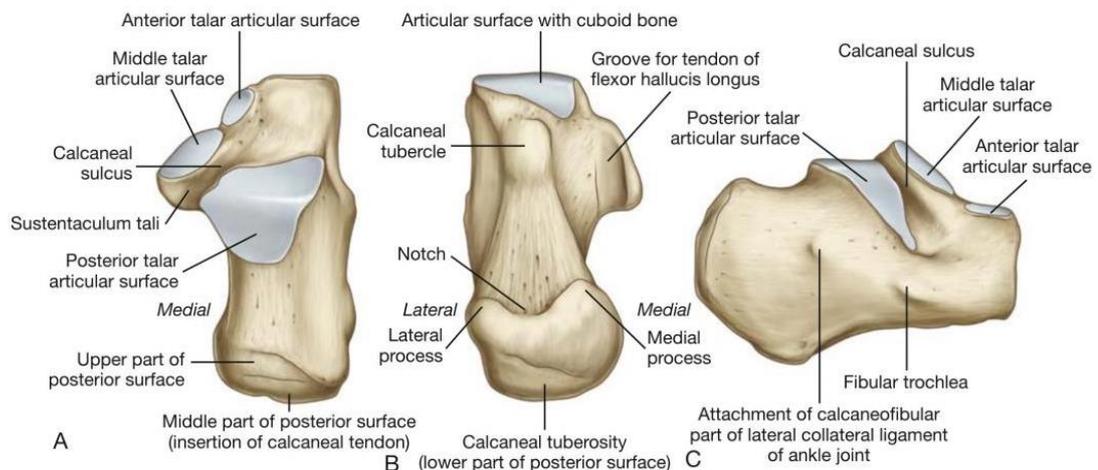
terdapat tuberkulum (tuberkulum kalkaneus) untuk perlekatan *posterior ligamentum* plantar pendek telapak kaki.

Permukaan lateral kalkaneus memiliki kontur yang halus kecuali dua bagian yang sedikit terangkat (Gambar 2.1 C). Salah satu area yang menonjol ini fibular trochlea (peroneal tuberkulum) terletak di bagian depan tengah permukaan dan sering kali memiliki dua lekukan dangkal, yang melintas, satu di atas yang lain, secara miring melintasi permukaannya. Tendon otot fibularis brevis dan otot longus terikat pada troklea saat melewati sisi lateral kalkaneus.

Superior dan posterior dari fibular trochlea adalah area kedua atau tuberkulum yang terangkat untuk perlekatan bagian *calcaneofibular* dari ligamen kolateral lateral sendi pergelangan kaki. Permukaan medial kalkaneus cekung dan memiliki satu fitur menonjol yang terkait dengan margin atasnya (*sustentaculum tali*; Gambar 2.1 (A)), yang merupakan rak tulang yang menonjol ke medial dan posterior. Bagian bawah *sustentaculum tali* memiliki alur yang berbeda berjalan dari posterior ke anterior dan sepanjang tendon otot *fleksor hallucis longus* berjalan ke telapak kaki (Gambar 2.1 (B)).

Permukaan superior *sustentaculum tali* memiliki facet (permukaan artikular talar tengah) untuk artikulasi dengan facet tengah yang sesuai pada kepala talus (Gambar 2.1 (A, C)). Permukaan artikular anterior dan posterior berada pada permukaan superior kalkaneus itu sendiri (Gambar 2.1 (A)):

1. Permukaan artikular anterior talar kecil dan berartikulasi dengan faset anterior yang sesuai pada caput talus.
2. Permukaan artikular talar posterior besar dan kira-kira dekat dengan bagian tengah permukaan superior kalkaneus.



Gambar 2. 1 Anatomi tulang kalkaneus (A) kalkaneus kaki kanan (B) tampak superior atau atas (C) tampak lateral Sumber : (Richard L. Drake, A Wayne Vogl, 2018)

Di antara permukaan artikular talar posterior, yang berartikulasi dengan badan talus, dan dua permukaan artikular lainnya, yang berartikulasi dengan kepala talus, terdapat alur yang dalam (sulkus kalkaneus; Gambar 2.1 (A, C)).

Sulkus kalkanealis pada permukaan superior kalkaneus dan sulkus tali pada permukaan inferior talus bersama-sama membentuk sinus tarsal, yang merupakan celah besar antara ujung anterior kalkaneus dan talus yang terlihat saat kerangka kaki dilihat dari aspek lateral (Gambar 2.1) (Richard L. Drake, A Wayne Vogl, 2018).

a. Aplikasi klinis

Ruptur tendon *calcaneal* (*Achilles*) sering dikaitkan dengan trauma mendadak atau langsung. Jenis cedera ini sering terjadi pada tendon normal yang sehat. Selain itu, ada kondisi tertentu yang dapat menyebabkan tendon pecah. Di antara kondisi ini adalah tendinopati (karena penggunaan berlebihan atau perubahan degeneratif terkait usia) dan intervensi tendon kalkanealis sebelumnya seperti suntikan obat-obatan dan penggunaan antibiotik tertentu

(kelompok kuinolon). Diagnosis ruptur tendon *Achilles* relatif mudah. Pasien biasanya mengeluh "ditendang" atau "ditembak" di belakang pergelangan kaki, dan pemeriksaan klinis sering menunjukkan adanya celah pada tendon.

b. Tulang tarsal menengah

Tulang tarsal menengah di sisi medial kaki adalah *navicular* (berbentuk perahu) (lihat Gambar 2.1.1). Tulang ini bersendi di belakang dengan talus dan bersendi di depan dan di sisi lateral dengan kelompok distal tulang tarsal. Salah satu ciri khas dari *navicular* adalah tuberositas bulat yang menonjol untuk perlekatan tendon posterior *tibialis*, yang menonjol ke inferior pada sisi medial permukaan plantar tulang.

c. Kelompok distal

Dari lateral ke medial, kelompok tulang tarsal distal terdiri dari (lihat Gambar 2.1):

- 1) *Kuboid* (bahasa Yunani diartikan "kubus"), yang berartikulasi posterior dengan *calcaneus*, medial dengan *cuneiform* lateral, dan anterior dengan dasar dua metatarsal lateral tendon otot *fibularis longus* terletak pada alur yang menonjol di plantar anterior permukaan, yang melewati miring ke depan melintasi tulang dari lateral ke medial.
- 2) Tiga *cuneiform* (bahasa Latin untuk "wedge") tulang *cuneiform* lateral, intermediet, dan medial, selain artikulasi satu sama lain, berartikulasi di posterior dengan tulang *navicular* dan di anterior dengan basis tiga metatarsal medial (Gambar 2.1.1).

2.1.2 Definisi Fraktur

Fraktur merupakan suatu keadaan terputusnya kontinuitas tulang dan ditentukan sesuai jenis dan luasnya, fraktur terjadi jika tulang dikenai stress yang lebih besar dari yang dapat diabsorbsinya. Fraktur biasanya sering disebabkan karena trauma, tetapi bisa juga disebabkan karena fraktur patologik pada tulang yang sakit hanya oleh renggangan otot ringan pada aktivitas sehari-hari (Kozier, B., Erb, 2019).

Fraktur merupakan salah satu penyebab cacat salah satunya akibat suatu trauma karena kecelakaan. Fraktur yang terbanyak di Indonesia yaitu fraktur ekstremitas bawah. Bagian tubuh yang banyak mengalami cedera adalah ekstremitas bagian bawah (Riskesdas, 2018).

2.1.3 Etiologi Fraktur

Menurut Apley and Solomon (2018), Fraktur dapat disebabkan oleh:

1. Cedera
 - a. Cedera langsung, yaitu tulang patah pada titik benturan; jaringan lunak juga rusak. Pukulan langsung biasanya membagi tulang secara melintang atau membengkokkannya di atas titik tumpu sehingga menciptakan patahan dengan 11 fragmen kupu-kupu. Kerusakan pada kulit di atasnya adalah umum, jika penghancuran terjadi atau dalam cedera energi tinggi, pola fraktur akan diperhitungkan dengan kerusakan jaringan lunak yang luas.
 - b. Cedera tidak langsung, yaitu tulang patah pada jarak dari tempat gaya diterapkan, kerusakan jaringan lunak di situs fraktur tidak bisa dihindari.

2. Stress berulang, atau fraktur kelelahan

Fraktur ini terjadi pada tulang normal yang mengalami pemuatan berat berulang, biasanya pada atlet, penari atau personil militer yang memiliki program latihan yang melelahkan atau ketika intensitas latihan meningkat secara signifikan dari baseline. Pembebanan berat menciptakan deformasi menit yang memulai proses normal remodelling-kombinasi dari resorpsi tulang dan pembentukan tulang baru sesuai dengan hukum *Wolff*. Ketika paparan stres dan deformasi berulang dan berkepanjangan, resorpsi tulang terjadi lebih cepat daripada penggantian (pembentukan tulang baru) dan meninggalkan daerah yang bisa patah. Masalah serupa terjadi pada pasien dengan penyakit inflamasi kronis yang sedang dalam pengobatan dengan steroid atau *methotrexate*, yang mengubah keseimbangan normal dari resorpsi tulang dan penggantian.

3. Kelainan tulang yang abnormal (fraktur patologis)

Fraktur yang dapat terjadi bahkan dengan tekanan normal jika tulang telah dilemahkan oleh perubahan dalam strukturnya atau karena proses penyakit (misalnya pada pasien dengan osteoporosis, *osteogenesis imperfecta* atau penyakit paget, terapi bifosfonat) atau melalui lesi lisis (misalnya kista tulang atau metastasis).

2.1.4 Klasifikasi Fraktur

1. Berdasarkan tempat

Fraktur femur, humerus, tibia, *clavicula*, ulna, radius, cruris dan yang lainnya (Lemone, Priscilla, 2017).

2. Berdasarkan komplrit atau tidak klomplit fraktur
 - a. Fraktur komplrit (garis patah melalui seluruh penampang tulang atau melalui kedua korteks tulang).
 - b. Fraktur tidak komplrit (bila garis patah tidak melalui seluruh garis penampang tulang) (Suriya & Zuriati, 2019)
3. Berdasarkan bentuk dan jumlah garis patah
 - a. Fraktur Komunitif : fraktur dimana garis patah lebih dari satu dan saling berhubungan.
 - b. Fraktur Segmental : fraktur dimana garis patah lebih dari satu tapi tidak berhubungan.
 - c. Fraktur *Multiple* : fraktur dimana garis patah lebih dari satu tapi tidak pada tulang yang sama (Lemone, Priscilla, 2017).
4. Berdasarkan posisi fragmen
 - a. Fraktur *Undisplaced* (tidak bergeser) : garis patah lengkap ttetapi kedua fragmen tidak bergeser dan periosteum masih utuh.
 - b. Fraktur *Displaced* (bergeser) : terjadi pergeseran fragmen tulang yang juga disebut lokasi fragmen.
5. Berdasarkan sifat fraktur (luka yang ditimbulkan)
 - a. Fraktur Tertutup (*Closed*) : bila tidak terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar, disebut juga fraktur bersih (karena kulit masih utuh) tanpa komplikasi. Pada fraktur tertutup ada klasifikasi tersendiri yang berdasarkan keadaan jaringan lunak sekitar trauma, yaitu

- 1) Tingkat 0 : fraktur biasa dengan sedikit atau tanpa cedera jaringan lunak sekitarnya.
 - 2) Tingkat 1 : fraktur dengan abrasi dangkal atau memar kulit dan jaringan subkutan.
 - 3) Tingkat 2 : fraktur yang lebih berat dengan kontusio jaringan lunak bagian dalam dan pembengkakan.
 - 4) Tingkat 3 : cedera berat dengan kerusakan jaringan lunak yang nyata dan ancaman sindroma kompartemen.
- b. Fraktur Terbuka (*Open/Compound*) : bila terdapat hubungan antara hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar karena adanya perlukaan kulit yaitu
- 1) *Grade I* : dengan luka bersih kurang dari 1 cm panjangnya, kerusakan jaringan lunak minimal, biasanya tipe fraktur simpletransverse dan fraktur obliq pendek.
 - 2) *Grade II* : luka lebih dari 1 cm panjangnya, tanpa kerusakan jaringan lunak yang ekstensif, fraktur komunitif sedang dan adakontaminasi.
 - 3) *Grade III* : yang sangat terkontaminasi dan mengalami kerusakan jaringan lunak yang ekstensif, kerusakan meliputi otot, kulit dan struktur *neurovascular*.
 - 4) *Grade III* ini dibagi lagi kedalam beberapa kategori yaitu III A : fraktur grade III, tapi tidak membutuhkan kulit untuk penutup lukanya. III B : fraktur grade III, hilangnya jaringan lunak, sehingga tampak jaringan tulang, dan membutuh kan kulit untuk

penutup (*skin graft*). III C : fraktur grade III, dengan kerusakan arteri yang harus diperbaiki, dan beresiko untuk dilakukannya amputasi.

6. Berdasarkan bentuk garis fraktur dan dengan mekanisme trauma
 - a. Fraktur Transversal : fraktur yang arahnya melintang pada tulang dan merupakan akibat trauma angulasi atau langsung.
 - b. Fraktur Oblik : fraktur yang arah garis patahnya membentuk sudut terhadap sumbu tulang dan merupakan akibat trauma angulasi juga.
 - c. Fraktur Spiral : fraktur yang arah garis patahnya berbentuk spiral yang disebabkan trauma rotasi.
 - d. Fraktur Kompresi : fraktur yang terjadi karena trauma aksial fleksi yang mendorong tulang ke arah permukaan lain.
 - e. Fraktur Avulsi : fraktur yang diakibatkan karena trauma tarikan atau traksi otot pada insersinya pada tulang.
7. Berdasarkan kedudukan tulangnya
 - a. Tidak adanya dislokasi
 - b. Adanya dislokasi
 - 1) *At axim* : membentuk sudut
 - 2) *At lotus* : fragmen tulang berjauhan
 - 3) *At longitudinal* : berjauhan memanjang
 - 4) *At lotus cum contractiosnum* : berjauhan dan memendek.
8. Berdasarkan posisi fraktur Sebatang tulang terbagi tiga bagian
 - a. 1/3 proksimal
 - b. 1/3 medial

c. 1/3 distal

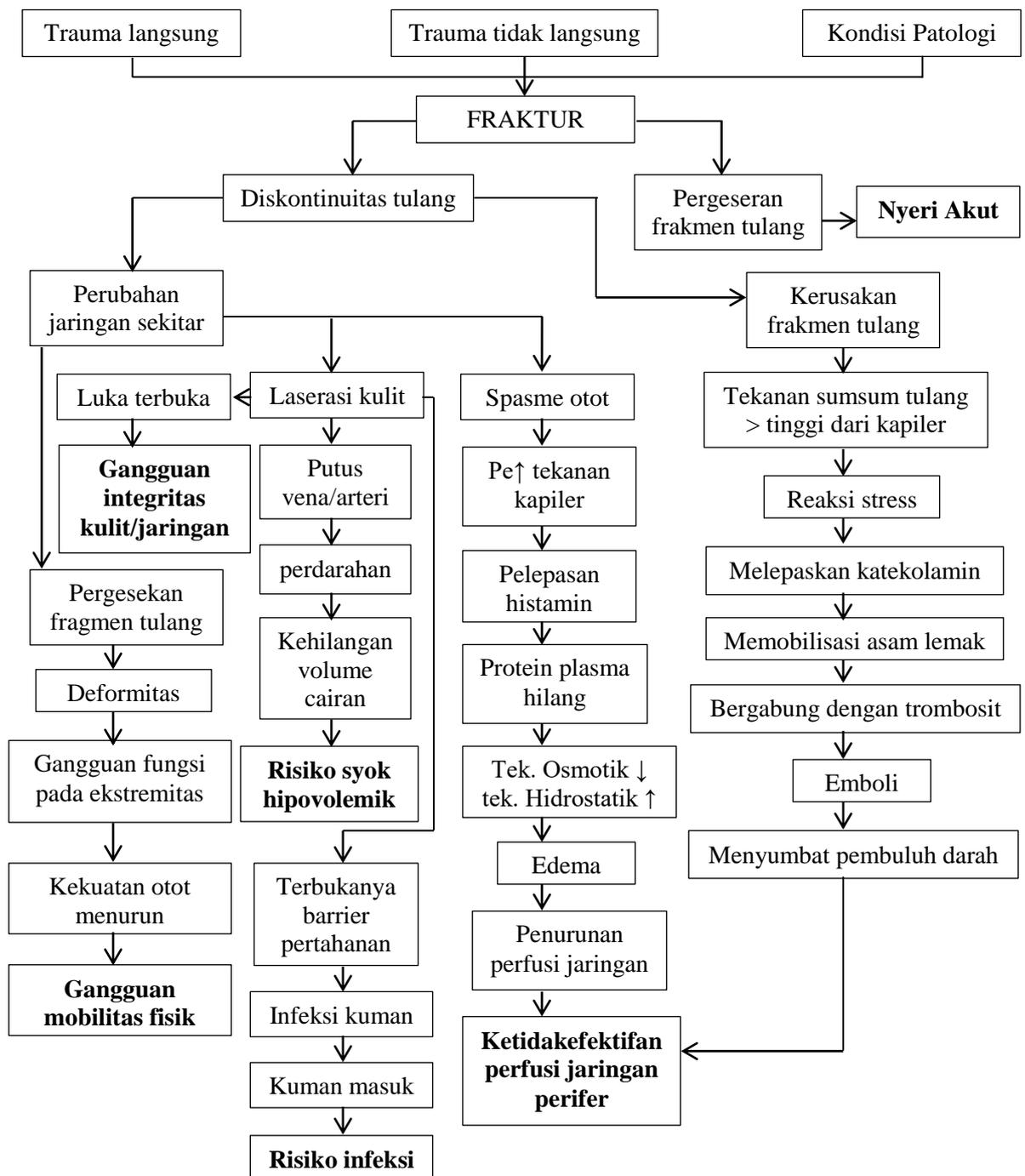
9. Berdasarkan Fraktur Lelah : fraktur akibat tekanan yang berulang-ulang.

10. Fraktur Patologis : fraktur yang diakibatkan karena proses patologis tulang.

2.1.5 Patofisiologi Fraktur

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 berkamulasi 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* membentuk tulang sejati. Insufisiensi pembuluh darah atau penekanan serabut saraf yang berkaitan dengan pembengkakan yang tidak ditangani menurunkan asupan darah ke ekstermitas 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 (Suriya & Zuriati, 2019).

2.1.6 Web Of Causation (WOC) Fraktur



Gambar 2. 2 Web Of Causation (WOC) Fraktur (Sumber : Nurarif, 2016 dalam Risnawati, 2020)

2.1.7 Manifestasi Klinis Fraktur

Menurut Apley (2018) manifestasi klinis fraktur yaitu:

1. Nyeri terus menerus dan bertambah beratnya sampai fragmen tulang di imobilisasi, spasme otot yang menyertai fraktur merupakan bentuk bidai alamiah yang dirancang untuk meminimalkan gerakan antar fragmen tulang.
2. Setelah terjadi fraktur, bagian-bagian tak dapat digunakan dan cenderung bergerak secara tidak alamiah bukannya tetap *rigid* seperti normalnya, pergeseran fragmen pada fraktur menyebabkan deformitas, ekstermitas yang bias diketahui dengan membandingkan dengan ekstermitas yang normal. Ekstermitas tak dapat berfungsi dengan baik karena fungsi normal otot bergantung pada integritas tulang tempat melekatnya otot.
3. Pada fraktur panjang terjadi pemendekan tulang yang sebenarnya karena kontraksi otot yang melekat di atas dan bawah tempat fraktur.
4. Saat ekstermitas di periksa dengan tangan, teraba adanya derik tulang yang dinamakan krepitus yang teraba akibat gesekan antara fragmen satu dengan lainnya.
5. Pembengkakan dan perubahan warna lokal pada kulit terjadi sebagai akibat trauma dan perdarahan yang mengikuti fraktur. Tanda ini biasanya baru terjadi setelah beberapa jam atau hari setelah cedera.

2.1.8 Komplikasi Fraktur

1. Komplikasi Awal

Komplikasi awal setelah fraktur adalah kejadian syok, yang berakibat fatal hanya dalam beberapa jam setelah kejadian, kemudian emboli lemak yang dapat terjadi dalam 48 jam, serta sindrom kompartmen yang berakibat kehilangan fungsi ekstremitas secara permanen jika terlambat ditangani (Lemone, Priscilla, 2017).

2. Komplikasi Lambat

Komplikasi lambat dalam kasus fraktur adalah penyatuan tulang yang mengalami patah terlambat, bahkan tidak ada penyatuan. Hal ini terjadi jika penyembuhan tidak terjadi dalam dengan waktu normal untuk jenis dan fraktur tertentu. Penyatuan tulang yang terlambat atau lebih lama dari perkiraan berhubungan dengan adanya proses infeksi sistemik dan tarikan jauh pada fragmen tulang. Sedangkan tidak terjadinya penyatuan diakibatkan karena kegagalan penyatuan pada ujung-ujung tulang yang mengalami patahan (Lemone, Priscilla, 2017).

2.1.9 Pemeriksaan penunjang Fraktur

1. X-ray : untuk menentukan luas atau lokasi fraktur.
2. Scan tulang : untuk memperlihatkan fraktur lebih jelas, mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak.
3. Arteriogram : dilakukan untuk memastikan ada tidaknya kerusakan vaskuler.

4. Hitung darah lengkap : homokonsentrasi mungkin meningkat, menurun pada perdarahan dan peningkatan leukosit sebagai respon terhadap peradangan
5. Kreatinin : trauma otot meningkatkan beban kreatinin untuk klirens ginjal.
6. Profil koagulasi : perubahan dapat terjadi pada kehilangan darah, tranfusi atau cedera hati (Estu & Jitowiyono, 2018).
7. Pemeriksaan foto radiologi dari fraktur : menentukan lokasi, luasnya
8. Pemeriksaan jumlah darah lengkap
9. Arteriografi : dilakukan bila kerusakan vaskuler dicurigai
10. Kreatinin : trauma otot meningkatkan beban kreatinin untuk kliens ginjal
11. Scan tulang : memperlihatkan fraktur lebih jelas, mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak (Lemone, Priscilla, 2017).

2.1.10 Penatalaksanaan Fraktur

1. Reduksi

Reduksi fraktur berarti mengembalikan fragmen tulang pada kesejajarannya dan rotasi anatomis. Reduksi tertutup, mengembalikan fragmen tulang ke posisinya (ujung-ujungnya saling berhubungan) dengan manipulasi dan traksi manual. Alat-alat yang digunakan biasanya traksi, bidai dan alat yang lainnya. Reduksi terbuka, dengan pendekatan bedah. Alat fiksasi interna dalam bentuk pen, kawat, sekrup, plat dan paku.

2. Imobilisasi

Imobilisasi dapat dilakukan dengan metode eksterna dan interna. Mempertahankan dan mengembalikan fungsi status neurovaskuler selalu dipantau meliputi peredaran darah, nyeri, perabaan dan gerakan. Perkiraan waktu imobilisasi yang dibutuhkan untuk penyatuan tulang yang mengalami fraktur adalah sekitar 3 bulan.

3. Cara Pembedahan yaitu pemasangan *screw* dan *plate* atau dikenal dengan pen merupakan salah satu bentuk reduksi dan imobilisasi yang dikenal dengan *Open Reduction and Internal Fixation* (ORIF).

Open Reduction Internal Fixation (ORIF) adalah suatu jenis operasi dengan pemasangan internal fiksasi yang dilakukan ketika fraktur tersebut tidak dapat direduksi secara cukup dengan *close reduction*, untuk mempertahankan posisi yang tepat pada fragmen fraktur. Fungsi ORIF untuk mempertahankan posisi fragmen tulang agar tetap menyatu dan tidak mengalami pergerakan. Internal fiksasi ini berupa *intra medullary nail*, biasanya digunakan untuk fraktur tulang panjang dengan tipe fraktur *transvers* (Potter & Perry, 2016).

Open Reduction Internal Fixation (ORIF) adalah sebuah prosedur bedah medis, yang tindakannya mengacu pada operasi terbuka untuk mengatur tulang, seperti yang diperlukan untuk beberapa patah tulang, fiksasi internal mengacu pada fiksasi sekrup dan piring untuk mengaktifkan atau memfasilitasi penyembuhan (Brunner & Suddarth, 2015). Tujuan dilakukannya pembedahan ORIF pada kasus fraktur, antara lain : memperbaiki fungsi dengan mengembalikan gerakan dan stabilitas, mengurangi nyeri, klien

dapat melakukan (*Activities of Daily Living*) ADL dengan bantuan yang minimal dan dalam lingkup keterbatasan klien, sirkulasi yang adekuat dipertahankan pada ekstremitas yang terkena, tidak ada kerusakan kulit (Arif & Sari, 2019)

Penatalaksanaan fraktur ekstremitas bawah salah satunya yaitu dengan tindakan ORIF (*Open Reduction Internal Fixation*).

1. Perawatan Post Operasi ORIF (*Open Reduction Internal Fixation*)

Dilakukan untuk meningkatkan kembali fungsi dan kekuatan pada bagian yang sakit. Dapat dilakukan dengan cara :

- a. Mempertahankan reduksi dan imobilisasi
- b. Meninggikan bagian yang sakit untuk meminimalkan pembengkakan
- c. Mengontrol kecemasan dan nyeri (biasanya orang yang tingkat keemasannya tinggi, akan merespon nyeri dengan berlebihan)
- d. Latihan otot Pergerakan harus tetap dilakukan selama masa imobilisasi tulang, tujuannya agar otot tidak kaku dan terhindari dari pengecilan massa otot akibat latihan yang kurang
- e. Memotivasi klien untuk melakukan aktivitas secara bertahap dan menyarankan keluarga untuk selalu memberikan dukungan kepada klien (Estu & Jitowiyono, 2018).

Penatalaksanaan pasien dengan tindakan ORIF dapat dilakukan pada beberapa jenis fraktur, antara lain :

- a. Fraktur yang tidak stabil dan jenis fraktur yang apabila ditangani dengan metode terapi lain, terbukti tidak memberi hasil yang memuaskan.

- b. Fraktur leher femoralis, fraktur lengan bawah distal, dan fraktur intraartikular disertai pergeseran.
- c. Fraktur avulsi mayor yang disertai oleh gangguan signifikan pada struktur otot tendon (Estu & Jitowiyono, 2018).

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Pasien dengan Fraktur

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal dari proses keperawatan dimana pengkajian ini mencakup pengumpulan data subjektif dan objektif (misal tanda vital, anamnesis pasien atau keluarga, pemeriksaan fisik) dan peninjauan informasi riwayat pasien yang diberikan oleh keluarga atau pasien, atau yang ditemukan pada rekam medik (Herdman, 2018) :

1. Identitas

- a. Identitas Pasien : yang dikaji meliputi nama, umur, jenis kelamin, alamat, pendidikan, pekerjaan, suku bangsa, agama, status perkawinan, alamat, tanggal masuk RS (Rumah Sakit), diagnosis medis, dan nomor RM (Rekam Medik). Usia produktif merupakan usia yang rentang mengalami cedera akibat kecelakaan, begitu juga lanjut usia dapat terjadi fraktur akibat penurunan masa tulang sehingga rentan terjadi fraktur, rentang usia korban antara 15-29 tahun (Alvinanta, 2019; Riskesdas, 2018). Fraktur biasanya sering disebabkan karena trauma, tetapi bisa juga disebabkan karena fraktur patologik pada tulang yang sakit hanya oleh renggangannya otot ringan pada aktivitas sehari-hari (Kozier, Erb, Berman, & Snyder, 2019).

- b. Identitas Penanggungjawab: yang dikaji meliputi nama, umur, alamat, pendidikan, pekerjaan, dan hubungan dengan klien

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. *Probing insiden* : apa ada peristiwa faktor nyeri.
- b. *Quality of pain* : bagaimana rasanya nyeri saat dirasakan pasien. Apakah panas, berdenyut atau 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 atau kecelakaan, dapat secara *degenerative* atau patologis yang disebabkan awalnya pendarahan, kerusakan jaringan di sekitar tulang yang mengakibatkan nyeri, bengkak, pucat atau 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* atau *arthritis* atau penyakit lain yang sifatnya menurun atau menular.

5. Riwayat Penyakit Keluarga

Salah satu faktor predisposisi terjadinya fraktur

6. Riwayat Sosial

Merupakan respon emosi klien terhadap penyakit yang di derita dan peran klien dalam keluarga dan masyarakat yang mempengaruhi dalam kehidupan sehari-hari.

7. Kebutuhan Dasar

a. Pola persepsi hidup sehat

Pada fraktur biasanya klien merasa takut akan mengalami kecacatan, maka klien harus menjalani penatalaksanaan untuk membantu penyembuhan tulangnya. Selain itu diperlukan pengkajian yang meliputi kebiasaan hidup klien, seperti penggunaan obat steroid yang dapat mengganggu metabolisme kalsium, penggunaan alkohol, klien melakukan olahraga atau tidak.

b. Pola nutrisi dan metabolisme

Fracture harus mengkonsumsi nutrisi yang lebih dari kebutuhan sehari-hari seperti : kalsium, zat besi, protein, vitamin C untuk membantu proses penyembuhan

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 : pola aktifitas adanya nyeri dan gerak yang terbatas, aktifitas klien menjadi berkurang dan butuh bantuan dari orang lain.
- f. Pola persepsi dan konsep diri : klien mengalami gangguan percaya diri sebab tubuhnya perubahan pasien takut cacat atau 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 pengulangan stress : penting ditanyakan apakah membuat pasien menjadi depresi atau 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 mendekatakan diri pada Allah SWT.

8. Keadaan Umum

- a. Cara masuk
- b. Keadaan umum

Tanda-tanda yang perlu dicatat adalah kesadaran pasien (apatis, sopor, koma, gelisah, kompos mentis, yang bergantung pada keadaan pasien), kesakitan atau keadaan penyakit (akut, kronis, ringan, sedang, berat dan pada kasus fraktur tibia-fibula biasanya akut), tanda-tanda vital tidak normal karena ada gangguan lokal baik fungsi maupun bentuk.

c. Tanda-tanda vital

Tekanan darah naik turun, nadi cepat, suhu dingin, pernapasan normal.

Tanda-tanda vital tidak normal karena ada gangguan, baik fungsi maupun bentuk.

9. Pemeriksaan Fisik B1-B6

Pemeriksaan fisik yang dapat dilakukan pada pasien dengan adalah sebagai berikut:

a. B1 (*Breathing*)

Pasien fraktur tidak mengalami kelainan pernafasan. Pemeriksaan palpasi toraks, didapatkan taktil fremitus seimbang kanan dan kiri. Pemeriksaan auskultasi, tidak ditemukan suara nafas tambahan (Muttaqin, Arif & Sari, 2018).

b. B2 (*Blood*)

Perawat melakukan pemeriksaan inspeksi : tidak ada *ictus cordis*, palpasi : nadi meningkat, *ictus cordis* teraba di ICS V MCL sinistra, auskultasi : suara S1 dan S2 tunggal, tidak ada murmur (Muttaqin, Arif & Sari, 2018).

c. B3 (*Brain*)

- 1) Tingkat kesadaran biasanya komposmentis
- 2) Kepala : normal, kepala tegak lurus, tulang kepala umumnya bulat dengan tonjolan frontal di bagian anterior dan oksipital dibagian posterior.
- 3) Rambut : biasanya tersebar merata, tidak terlalu kering, tidak terlalu berminyak.

- 4) Mata : biasanya tidak ada gangguan bentuk dan fungsi mata. Mata anemis, tidak ikterik, tidak ada nyeri tekan.
- 5) Telinga : normalnya bentuk dan posisi simetris. Tidak ada tandatanda infeksi dan tidak ada gangguan fungsi pendengaran.
- 6) Hidung : bentuk dan fungsi normal, tidak ada infeksi dan nyeri tekan.
- 7) Mulut: mukosa bibir tidak pucat, tidak ada gangguan perasa, tidak ada pembesaran tonsil, gusi tidak terjadi perdarahan
- 8) Leher : simetris, tidak ada penonjolan, tidak ada nyeri tekan, reflek menelan ada.
- 9) Dada : simetris, tidak ada lesi, tidak bengkak
- 10) Pemeriksaan system saraf kranial
 - a. Saraf I : pada pasien fraktur cruris, fungsi saraf I tidak ada kelainan
 - b. Saraf II : tes ketajaman penglihatan dalam kondisi normal
 - c. Saraf III, IV, dan VI : biasanya tidak mengalami gangguan mengangkat kelopak mata dan pupil isokor.
 - d. Saraf V : pada klien meningitis umumnya tidak didapatkan paralisis pada otot wajah dan refleks kornea tidak ada kelainan
 - e. Saraf VII : persepsi pengecapan dalam batas normal, wajah simetris
 - f. Saraf VIII : tidak ditemukan adanya tuli konduktif dan tuli persepsi
 - g. Saraf IX dan X : kemampuan menelan baik
 - h. Saraf XI : tidak ada atrofi otot *setrnokleidomastoideus* dan *trapezius*

- i. Saraf XII : lidah simetris, tidak ada deviasi pada satu sisi dan tidak ada fasikulasi (Muttaqin, Arif & Sari, 2018).

d. B4 (*Bladder*)

Perawat mengkaji keadaan urin yang meliputi warna, jumlah, dan karakteristik urin, termasuk berat jenis urin. Pasien fraktur tidak mengalami kelainan pada sistem ini.

e. B5 (*Bowel*)

Perawat mengkaji inspeksi abdomen yaitu bentuk datar, simetris, tidak ada hernia. Palpasi yaitu turgor baik, tidak ada defans muskular dan hepar tidak teraba. Perkusi yaitu suara timpani, ada panyulan gelombang cairan. Auskultasi : peristaltik usus normal 5-30 kali/menit. Inguinal-genitalis-anus : tidak ada hernia, tidak ada pembesaran limfe dan tidak ada kesulitan Buang Air Besar (BAB).

f. B6 (*Bone*)

Fraktur mengganggu fungsi motorik, sensorik maupun peredaran darah (Muttaqin, Arif & Sari, 2018). Pengkajian pada sistem B6 (*Bone*) terdiri dari:

1) Inspeksi (*Look*)

Perawat perlu memperhatikan adanya pembengkakan yang tidak biasa atau abnormal dan deformitas. Bagian tulang abnormal dan deformitas sering terjadi patah tulang terbuka sehingga ditemukan adanya tanda-tanda trauma jaringan lunak sama kerusakan integritas kulit dan penonjolan tulang keluar kulit. Pasien menunjukkan tanda-tanda cedera dan kemungkinan keterlibatan berkas *neurovaskular*

(saraf dan pembuluh darah) tungkai, seperti bengkak atau edema. Pasien tidak mampu menggerakkan tangan atau kaki serta penurunan kekuatan otot ekstremitas atas atau bawah dalam melakukan pergerakan (Muttaqin, Arif & Sari, 2018).

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*)

Pasien mengeluh keluhan nyeri tekan dan krepitasi akibat luka fraktur dan luka insisi operasi serta oedem di area fraktur menyebabkan tekanan pada jaringan interstitial sehingga akan menekan noiceptor dan menimbulkan nyeri (Muttaqin, 2013).

Adanya respon nyeri atau ketidaknyamanan, suhu disekitar trauma, fluktuasi pada pembengkakan, nyeri tekan (*tenderness*), krepitasi, letak kelainan (sepertiga proksimal, tengah atau distal).

3) Pergerakan (*Move*)

Pasien mengeluh sulit menggerakkan bahu akibat oedem dan nyeri pada luka fraktur maupun luka insisi dan pemasangan gips, sehingga akan menimbulkan gangguan atau penurunan lingkup gerak sendi. Gerakan pada daerah tungkai yang patah tidak boleh dilakukan karena menimbulkan respons trauma pada jaringan lunak di sekitar ujung fragmen tulang yang patah. Pasien terlihat mampu melakukan

pergerakan pada tungkai atas yang patah (Muttaqin, 2013). Pengkajian kemampuan mobilitas dilakukan dengan tujuan untuk menilai kemampuan gerak ke posisi miring, duduk, berdiri, bangun dan berpindah tanpa bantuan. Pasien juga merasa takut untuk bergerak setelah operasi karena merasa nyeri pada luka operasi dan luka trauma. Pasien belum mampu menumpu berat badannya dan melakukan aktifitas sehari-hari, seperti transfer, ambulasi, jongkok berdiri, naik turun tangga, keterbatasan untuk berkemih dan buang air besar.

Perhatikan gerakan pada sendi baik secara aktif atau pasif, apa pergerakan sendi diikuti adanya krepitasi, lakukan pemeriksaan stabilitas sandi, apa pergerakan menimbulkan rasa nyeri, pemeriksaan (*range of motion*) dan pemeriksaan pada gerakan sendi aktif ataupun pasif.

2.2.2 Masalah Keperawatan

1. Nyeri akut
2. Risiko infeksi
3. Gangguan mobilitas fisik
4. Gangguan integritas kulit atau jaringan
5. Perfusi perifer tidak efektif
6. Risiko syok (Nurarif, Amin Huda & Kusuma, 2018).

2.2.3 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialami oleh klien baik yang berlangsung secara aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien baik individu, keluarga, maupun komunitas terhadap situasi yang berhubungan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

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 atau 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

2.2.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan Pada Pasien Fraktur

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (SDKI, D.0077, Hal: 172)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 X 24 jam maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil (SLKI, Hal: 174): Tingkat nyeri (SLKI, L08066, Hal: 145) 1. Keluhan nyeri meningkat (5) 2. Meringis menurun (5) 3. Sikap protektif menurun (5) 4. Gelisah menurun (5) 5. Kesulitan tidur menurun (5) 6. Menarik diri menurun (5) 7. Berfokus pada diri sendiri menurun (5) 8. Diaforesis menurun (5) 9. Perasaan depresi (tertekan)	Nyeri akut (SIKI, Hal: 485) Intervensi utama Manajemen nyeri (SIKI, 1.08238, Hal: 201) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyaninan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya	Manajemen nyeri (SIKI, 1.08238, Hal: 201) Observasi 1. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi dan intensitas nyeri 2. Agar kita mengetahui tingkat cedera yang dirasakan oleh pasien 3. Agar kita mengetahui tingkatan nyeri yang sebenarnya dirasakan pasien 4. Agar kita dapat mengurangi faktor yang dapat memperparah nyeri yang dirasakan oleh pasien 5. Agar kita mengetahui sejauh

	<p>menurun (5)</p> <p>10. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun (5)</p> <p>11. Anoreksia menurun (5)</p> <p>12. Perineum terasa tertekan menurun (5)</p> <p>13. Ketegangan otot menurun (5)</p> <p>14. Pupil dilatasi menurun (5)</p> <p>15. Muntah menurun (5)</p> <p>16. Mual menurun (5)</p> <p>17. Frekuensi nadi membaik (5)</p> <p>18. Pola napas membaik (5)</p> <p>19. Tekanan darah membaik (5)</p> <p>20. Proses berpikir membaik (5)</p> <p>21. Fokus membaik (5)</p> <p>22. Fungsi berkemih membaik (5)</p> <p>23. Perilaku membaik (5)</p> <p>24. Nafsu makan membaik (5)</p> <p>25. Pola tidur membaik (5)</p>	<p>terhadap respon nyeri</p> <p>7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</p> <p>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>9. Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain)</p> <p>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan kebisingan)</p> <p>3. Fasilitasi Istirahat dan tidur</p> <p>4. Pertimbangkan jenis dan sumber</p>	<p>mana pemahaman dan pengetahuan pasien terhadap nyeri yang dirasakan</p> <p>6. Karena budaya pasien dapat mempengaruhi bagaimana pasien mengartikan nyeri itu sendiri</p> <p>7. Untuk mencegah terjadinya penurunan kualitas hidup dari pasien itu sendiri</p> <p>8. Agar kita mengetahui sejauh mana kemajuan yang dialami pasien setelah dilakukan terapi komplementer</p> <p>9. Agar ketika timbul ciri-ciri abnormal pada tubuh pasien kita dapat menghentikan pemberian obat analgesic sendiri</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Agar pasien dapat mengetahui kondisinya</p>
--	---	--	---

			<p>nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. 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"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Agar dapat mengurangi nyeri 3. Agar nyeri tidak memburuk 4. Agar kebutuhan tidur pasien terpenuhi 5. Agar tindakan kita kepada pasien sesuai <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agar pasien dapat menghindar 2. Agar pasien dapat meredakan nyeri secara mandiri 3. Agar ketika nyeri yang dirasakan klien parah dapat memberitahu keluarga atau tenaga medis 4. Agar pasien dapat menghilangkan nyeri dengan menggunakan obat <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agar rasa nyeri dirasakan pasien dapat dihilangkan atau dikurangi
--	--	--	---	---

2.	Risiko infeksi ditandai dengan dengan efek prosedur invasif (SDKI, D.0142, Hal: 304)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 X 24 jam maka tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil (SLKI, Hal: 183): Luaran utama Tingkat infeksi (SLKI, L.14137, Hal: 139) 1. Kebersihan tangan meningkat (5) 2. Kebersihan badan meningkat (5) 3. Nafsu makan meningkat (5) 4. Demam menurun (5) 5. Kemerahan menurun (5) 6. Nyeri menurun (5) 7. Bengkak menurun (5) 8. Cairan berbau busuk menurun (5) 9. Drainase purulent menurun (5)	Risiko infeksi (SIKI, Hal: 505) Intervensi utama Pencegahan infeksi (SIKI, 1.14539, Hal: 278) Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada area edema 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi Edukasi 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar	Pencegahan infeksi (SIKI, 1.14539, Hal: 278) Observasi 1. Untuk mengetahui adanya nyeri pada pasien Terapeutik 1. Untuk meminimalkan terjadinya infeksi pada pasien 2. Merawat luka sesuai anjuran dokter 3. Untuk tidak menularkan pada pada pasien maupun pada perawat 4. Guna untuk sesuaikan standar SPO Edukasi 1. Untuk memberitahukan pada pasien tanda dan gejala bahwa terjadi infeksi 2. Meminimalisir terjadinya infeksi pada pasien 3. Mengajarkan memeriksa kondisi
----	--	---	---	---

		<p>10. Piuna menurun (5)</p> <p>11. Periode malaise menurun (5)</p> <p>12. Periode menggigil menurun (5)</p> <p>13. Gangguan kognitif menurun (5)</p> <p>14. Kadar sel darah putih membaik (5)</p> <p>15. Kultur darah membaik (5)</p> <p>16. Kultur dahak membaik (5)</p> <p>17. Kultur area luka membaik (5)</p> <p>18. Kadar sel darah putih membaik (5)</p>	<p>3. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</p> <p>4. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>5. Anjurkan meningkatkan asupan cairan</p>	<p>luka untuk memandirikan pasien jika pulang ke rumah</p> <p>4. Untuk membantu penyembuhan luka lewat asupan nutrisi</p> <p>5. Untuk membantu penyembuhan luka secara mendalam</p>
3.	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang (SDKI, D.0054, Hal: 124)</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 X 24 jam maka mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil (SLKI, Hal: 159):</p> <p>Luaran Utama</p> <p>Mobilitas Fisik (SLKI, L. 05042, Hal: 65)</p> <p>1. Pergerakan ekstremitas</p>	<p>Gangguan Mobilitas Fisik (SIKI, Hal: 462)</p> <p>Dukungan Mobilisasi (SIKI, 1.05173, Hal: 30)</p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p>	<p>Dukungan Mobilisasi (SIKI, 1.05173, Hal: 30)</p> <p>Observasi</p> <p>1. Mengetahui adanya nyeri dan keluhan fisik pasien.</p> <p>2. Mengetahui toleransi fisik untuk memberikan asuhan yang tepat pada pasien.</p> <p>3. Frekuensi jantung dan tekanan</p>

		<p>meningkat (5)</p> <p>2. Kekuatan otot meningkat (ROM) meningkat (5)</p> <p>3. Nyeri menurun (5)</p> <p>4. Kecemasan menurun (5)</p> <p>5. Kaku sendi menurun (5)</p> <p>6. Kelemahan fisik menurun (5)</p>	<p>3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal pagar tempat tidur)</p> <p>2. Fasilitasi melakukan pergerakan jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</p>	<p>darah terpantau.</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Kondisi pasien selama pergerakan terpantau.</p> <p>2. Memberikan fasilitas jika pasien melakukan pergerakan.</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Mobilisasi dini terpenuhi</p> <p>2. Agar memudahkan pasien dalam melakukan pergerakan yang baik</p>
--	--	---	--	---

2.2.5 Implementasi Keperawatan

Menurut Rendy (2019), pelaksanaan keperawatan merupakan sebuah fase dimana perawat melaksanakan rencana yang sudah dilaksanakan sebelumnya. Pelaksanaan keperawatan membutuhkan fleksibilitas dan kreativitas perawat. Sebelum melakukan suatu tindakan, perawat harus mengetahui alasan mengapa tindakan tersebut dilakukan. Beberapa hal yang harus diperhatikan diantaranya tindakan keperawatan yang dilakukan harus sesuai dengan tindakan yang sudah direncanakan, dilakukan dengan cara yang tepat, aman, serta sesuai dengan kondisi pasien, selalu dievaluasi mengenai keefektifan dan selalu mendokumentasikan menurut urutan waktu. Aktivitas yang dilakukan pada tahap pelaksanaan dimulai dari pengkajian lanjutan, membuat prioritas, menghitung alokasi tenaga, memulai intervensi keperawatan, dan mendokumentasikan tindakan dan respon klien terhadap tindakan yang telah dilakukan (Padila, 2019).

Pelaksanaan merupakan tahap ke empat dari proses keperawatan yang dimulai setelah perawat menyusun rencana keperawatan. Dengan rencana keperawatan yang dibuat berdasarkan diagnosis yang tepat, intervensi diharapkan dapat mencapai tujuan dan hasil yang diinginkan untuk mendukung dan meningkatkan status kesehatan pasien. Tujuan dari implementasi adalah membantu pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi coping. Perencanaan asuhan keperawatan akan dapat dilaksanakan dengan baik, jika klien mempunyai keinginan untuk berpartisipasi dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

Selama tahap pelaksanaan, perawat terus melakukan pengumpulan data dan memilih asuhan keperawatan yang paling sesuai dengan kebutuhan pasien.

Jenis-jenis tindakan pada tahap pelaksanaan adalah (Padila, 2019) :

1. Secara mandiri (*Independent*)

Tindakan yang diprakarsai oleh perawat membantu pasien dalam mengatasi masalahnya dan menanggapi reaksi karena adanya stressor.

2. Saling ketergantungan (*Interdependent*)

Tindakan keperawatan atas dasar kerja sama tim keperawatan dengan tim kesehatan lainnya seperti: dokter, fisioterapi, dan lainlain.

3. Rujukan atau ketergantungan (*Dependent*)

Tindakan keperawatan atas dasar rujukan dan profesi lainnya diantaranya dokter, psikiatri, ahli gizi, dan lainnya.

2.2.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari proses keperawatan untuk mengukur respon klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan respons klien kearah pencapaian tujuan. Evaluasi dapat berupa evaluasi struktur, proses dan hasil. Evaluasi terdiri dari evaluasi formatif yaitu menghasilkan umpan balik selama program berlangsung. Evaluasi sumatif dilakukan setelah program selesai dan mendapatkan informasi efektivitas pengambilan keputusan (V. C., Manjas, M., & Rasyid, 2018).

Menurut Rasyid (2018), evaluasi asuhan keperawatan didokumentasikan dalam bentuk SOAP (subyektif, obyektif, assessment, planning). Komponen SOAP yaitu :

1. S (*Subyektif*) dimana perawat menemukan keluhan klien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan.
2. O (*Obyektif*) adalah data yang berdasarkan hasil pengukuran atau observasi klien secara langsung dan dirasakan setelah selesai tindakan keperawatan.
3. A (*Assesment*) adalah kesimpulan dari data subyektif dan obyektif (biasanya ditulis dala bentuk masalah keperawatan).
4. P (*Planning*) adalah perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan dihentikan, dimodifikasi atau ditambah dengan rencana kegiatan yang sudah ditentukan sebelumnya.

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis Fraktur Kalkaneus Post Op *Open Reduction Internal Fixation* (ORIF) Hari ke 2, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 02 Desember 2022 sampai dengan 04 Desember 2022. Anamnesis diperoleh dari wawancara dengan pasien dan keluarga pasien serta rekam medis pasien sebagai berikut :

3.1 Pengkajian

3.1.1 Data Dasar

Pasien bernama Nn. N berusia 13 tahun, lahir pada tanggal 31 Juni 2008, beragama islam. Tinggal di Surabaya, beragama islam dan Nn. N belum bekerja masih menempuh pendidikan SMP. Pasien MRS tanggal 25 November 2022 di ruang H1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

3.1.2 Keluhan Utama

Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 02 Desember 2022 kondisi pasien baik, terdapat bidai pada bagian kaki kanan dan kiri (luka *post op open reduction* fraktur) mengeluh nyeri di kaki kanan dan kiri.

3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang

Keluhan utama masuk rumah sakit adalah nyeri dibagian kaki kanan dan kiri karena jatuh dari lantai 2 atap sekolah, pasien di bawa ke IGD RSPAL dr. Ramelan Surabaya pada tanggal 25 November 2022 pukul 16.00 wib, kemudian dilakukan tindakan keperawatan yaitu pasien terpasang O₂ nasal kanul 5 lpm dan kebutuhan cairan pasien NS 500 ml/24 jam, pasien composmentis, GCS E3V4M5.

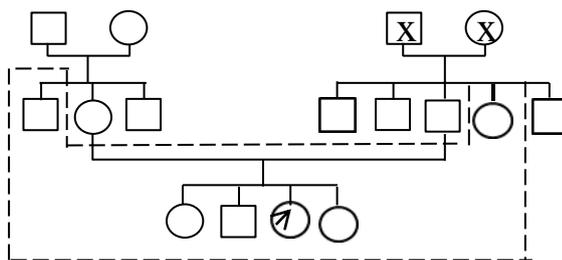
Reflek cahaya (+/+), diameter pupil 3mm/3mm, Babinski -/-, tekanan darah 110/90 mmHg, suhu 36,5°C, frekuensi nadi 97x/menit, saturasi oksigen 99% , *respiratory rate* 20x/menit, kejang tidak ada. Tindakan yang diberikan pada pasien saat ini adalah posisi setengah duduk 45°, O₂ 5 lpm, infus NS 500ml/24 jam, data tersebut didapatkan dari rekam medis pasien. Pada jam 17.00 pasien dipindahkan ke ruang perawatan H1 bedah, kemudian dilakukan asuhan keperawatan serta direncanakan oleh dokter untuk dilakukan operasi ORIF sebelum dilakukan prosedur tersebut pasien menjalani pemeriksaan lainnya yaitu pengobatan dan pemeriksaan radiologi yang sudah terlaksana pada tanggal 30 November 2022. Keluhan saat ini adalah nyeri di kaki sebelah kanan post operasi hari ke 2, kesadaran Composmentis, GCS E4V5M6.

3.1.4 Riwayat Penyakit Dahulu

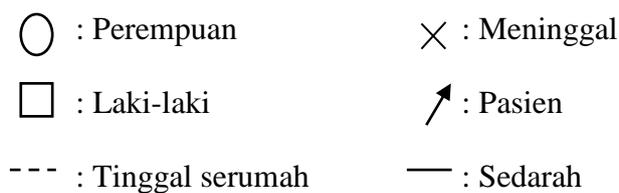
Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit menular apapun seperti DM, Hipertensi dan TBC. Pasien mempunyai riwayat kebiasaan makan makanan siap saji dan snack dalam sehari-hari.

Pasien menjalani pemeriksaan Photo Radiologi, hasil pemeriksaan pada tanggal 25 November 2022 dengan Foto Thorax PA: *foto thoraks* tak tampak kelainan, Foto Pelvis AP: *foto pelvis* tak tampak kelainan, Foto *Lumbosacral* AP atau Lateral: *Compressi* pada *corpus VL4*, Foto Cruris Kiri AP atau Lateral: *foto cruris* kiri tampak kelainan, Foto *Ankle* Kanan AP atau Lateral: kesan fraktur di *os thalus* dan *calcaneus* sisi *superior*, Foto *Ankle* Kiri AP atau Lateral: kesan fraktur di *os calcaneus*.

3.1.5 Riwayat Keluarga



Gambar 3. 1 Genogram Keluarga pada Nn. N



Keluarga pasien mengatakan pasien anak ke 3 dari 4 bersaudara pasien saat ini berumur 13 tahun, tinggal serumah dengan ayah, ibu dan saudaranya. Keluarga pasien mengatakan kakek nenek dari ayahnya masih ada semua dan ayahnya anak pertama dari 3 bersaudara, kakek dan nenek dari ibunya meninggal dunia serta ibunya anak ke 4 dari 5 bersaudara.

3.1.6 Riwayat Sosial

Keluarga Nn. N mengatakan hubungan dengan keluarga sangat baik, ayah dan ibu dari Nn. N sering berkunjung ke rumah sakit untuk menjenguk Nn. N. Selama di ruang H1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya pasien di rawat oleh dokter dan perawat. Pasien dalam keadaan *bedrest* atau masih dalam keadaan tirah baring, terpasang infus di tangan kanan, kateter urin.

3.1.7 Keadaan Umum (Penampilan Umum)

1. Cara Masuk

Pasien masuk RSPAL dr. Ramelan Surabaya melalui IGD pada tanggal 25 November 2022 pukul 16.00 wib sempat tidak sadarkan diri waktu perjalanan, saat ini keluhan pasien nyeri di kaki kanan dan kiri, badan lemas saat dilakukan anamnesis pasien composmentis, pasien tampak pucat, konjungtiva anemis GCS E3V4M5. Reflek cahaya (+/+), diameter pupil 3mm/3mm, tekanan darah 125/90 mmHg, nadi 79x/mnt, *respiratory rate* 20x/mnt, saturasi oksigen 98%, *respiratory rate* 20x/menit, kejang tidak ada. Diberi tindakan pemasangan O₂ nasal kanul dan kebutuhan cairan pasien NS 500 ml, dan pemberian analgetik dexketoprofen Darya Varia Injeksi 2x1@50mg.

2. Keadaan Masuk

Pasien tampak lemah, composmentis, gerak reflek spontan, turgor kulit baik, terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, infus pada tangan kanan dengan cairan NS 500 ml dan observasi TTV : 125/90mmHg, nadi 79x/mnt, *respiratory rate* 20x/mnt, saturasi oksigen 98%, kejang tidak ada.

3.1.8 Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, tanda-tanda vital dengan tekanan darah 130/80 mmHg, suhu 36,6°C, frekuensi nadi 88x/menit, RR 20x/menit, SPO₂ 98%, tinggi badan 150cm, berat badan 45kg.

1. B1 (*Breath*/Pernapasan)

Dari hasil wawancara didapatkan hasil pemeriksaan pasien mengatakan tidak terdapat sesak nafas, pemeriksaan Inpeksi diperoleh data pasien

memiliki bentuk dada normochet napas spontan, pergerakan dada simetris, tidak terdapat otot bantu napas, tidak terdapat pernapasan cuping hidung, irama napas regular, pola napas eupnea, tidak batuk, tidak ada sputum dan tidak ada sianosis, RR 20 x/menit, tidak ada sianosis, tidak ada nyeri tekan. Pada pemeriksaan palpasi didapatkan suara nafas vesikuler, pada pemeriksaan auskultasi tidak terdapat suara *roncki/wheezing*.

2. B2 (*Blood/Sirkulasi*)

Dari hasil pemeriksaan didapatkan konjungtiva tidak anemis, wajah terlihat tidak pucat, mata tidak cowong, tidak ada pembesaran vena jugularis, pergerakan ictus cordis terlihat, tidak terdapat odema, tidak terdapat sianosis, tidak terpasang CVP. Pada pemeriksaan palpasi didapatkan akral teraba hangat, kering, merah, CRT <2 detik, *ictus cordis* teraba (ICS V MID clavicula sinistra), nadi teraba regular dan kuat 88x/menit, sklera konjungtiva normal, tidak ada nyeri tekan di dada. Pada saat pemeriksaan perkusi didapatkan suara pekak, pada pemeriksaan auskultasi didapatkan irama jantung regular, bunyi jantung S1/S2 tunggal.

3. B3 (*Brain/Persarafan*)

Pada pemeriksaan inpeksi didapatkan hasil keadaan umum pasien baik, pasien mampu merespon arahan dari perawat, kesadaran pasien composmentis, GCS total 15 (*Eye* : 4, *Verbal* : 5, *Motorik* : 6), Kesadaran composmentis, tidak terdapat hemiparesis serta tidak ada kelemahan pada anggota tubuh, orientasi klien baik (klien dapat mengenali waktu, dan tempat). Pada pemeriksaan Nervus I (Olfaktorius) fungsi penciuman pasien dapat mencium minyak kayu putih dan bau makanan, Nervus II (Optikus) ketajaman

penglihatan, tidak terdapat gangguan penglihatan pada pasien, reflek pupil pasien terhadap cahaya +/+, Nervus III, IV, VI (Okulomotorius, Troklearis, Abdusen) pasien dapat membuka kelopak mata, dapat menggerakkan bola mata ke kanan dan ke kiri, ke atas dan ke bawah, Nervus V (Trigeminus) tidak ditemukan paralisis pada otot wajah, pasien mampu membuka dan menutup rahang rahang, Nervus VII (Fasialis) pasien dapat menggerakkan lidah, Nervus VIII (Vestibulokoklearis) tidak terdapat gangguan pendengaran pada pasien, Nervus IX, X (Glosofaringeus, Vagus) mekanisme kemampuan menelan pasien normal, pasien dapat minum air putih, Nervus XI (Aksesorius) pasien mampu menggerakkan menggeser kanan dan kiri, Nervus XII (Hipoglossus) pasien mampu menjulurkan lidah, menggerakkan lidah ke arah atas, ke arah bawah, ke arah samping kanan dan kiri.

4. B4 (*Bladder/Perkemihan*)

Pada pemeriksaan wawancara pasien mengatakan frekuensi berkemih pasien lebih dari 4-6 kali dalam sehari, sebelum masuk rumah sakit pasien dapat menghabiskan kurang lebih 1100ml dalam sehari, pasien tidak memiliki gangguan dalam proses berkemih. Pada pemeriksaan inspeksi didapatkan hasil pasien terpasang kateter, jumlah keluaran $\pm 1000\text{cc}/24$ jam dengan warna kuning pekat. Pada pemeriksaan palpasi tidak ada nyeri tekan pada perkemihan. Saat pemeriksaan perkusi suara kandung kemih timpani.

5. B5 (*Bowel/Pencernaan*)

Didapatkan hasil wawancara pasien tidak mengeluh mual muntah. Pada pemeriksaan inspeksi mulut pasien bersih tidak ada karies dan tidak berlubang, mukosa bibir lembab, pasien tidak terpasang NGT, pasien BAB 1 kali dalam

sehari, pemeriksaan auskultasi didapatkan bising usus 8x/menit. saat dilakukan palpasi tidak terdapat hepatomegali (pembesaran hati), *peristaltic* tidak ada, hemoroid tidak ada, tidak ada nyeri pada abdomen, saat dilakukan perkusi terdapat suara timpani.

6. B6 (*Bone/Muskuloskeletal*)

Didapatkan hasil wawancara pasien mengatakan badannya merasa tidak enak, terasa lemas. Pada pemeriksaan pasien mampu menggerakkan persendiannya dengan perlahan, ada nyeri pada kaki kanan dan kiri (*post op Open Reduction Fraktur*), tidak ditemukan adanya dislokasi dan alat bantu seperti traksi atau gips, skala kekuatan otot ekstremitas : ekstremitas atas dextra 5, ekstremitas atas sinistra 5, ekstremitas bawah dextra 4, ekstremitas bawah sinistra 4, dengan kekuatan otot dapat mengangkat tidak mampu menekan tahanan.

7. Pemeriksaan Sistem Integumen

Pada pemeriksaan inpeksi didapatkan hasil kulit pasien berwarna kuning langsung seluruh badan, terdapat luka bekas operasi pada kaki kanan dan kiri, tidak terdapat kemerahan disekitar luka, terdapat nyeri pada kaki kanan dan kiri dibidai bekas operasi dengan skala 4 (1-10), nyeri terasa seperti cekot-cekot dan nyeri hilang timbul.

8. Pola Istirahat Tidur

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit tidur siang ± 3 jam (15.00-16.00 WIB), saat dirumah sakit pasien mengatakan tidur siang selama 2 jam (12.00-15.00 WIB). Pasien mengatakan sejak masuk rumah sakit mengalami gangguan tidur karena keluhan saat ini yaitu nyeri pada *post op*

Open Reduction Fraktur pada kaki kanan dan kiri. Nn. N pada kondisi yang lemah ditandai dengan ROM pasif, bergerak terbatas karena fraktur pada kaki dan belum mampu melakukan aktivitas. Pada saat tidur nyeri timbul membuat Nn. N terbangun di tengah malam serta membuat kekurangan tidur dan pasien tampak lemah.

9. Pemeriksaan Sistem Penginderaan

Didapatkan hasil pada sistem penglihatan yaitu lapang pandang normal, reflek cahaya (+/+), sklera tidak ikterik, pasien tidak buta warna, pasien tidak menggunakan kacamata, pasien dapat melihat jam di dinding. Sistem pendengaran didapatkan hasil telinga simetris, tidak ada serumen, keadaan telinga bersih, sistem pendengaran baik, tidak menggunakan alat bantu dengar. Sistem penciuman didapatkan hasil tidak ada polip, tidak terdapat sinusitis, terdapat septum di tengah, pasien mampu mencium bau minyak kayu putih. Sistem perabaan yaitu pasien bisa membedakan perabaan kasar dan halus dengan sesuai.

10. Pemeriksaan Sistem Endokrin

Didapatkan keadaan tidak terdapat pebesaran kelenjar tiroid, dan pasien mengatakan tidak memiliki penyakit diabetes mellitus, hipertensi atau jantung.

11. Pemeriksaan Sistem Reproduksi

Pemeriksaan sistem reproduksi atau genitalia didapatkan pasien berstatus belum menikah, Menstruasi terakhir pada pasien 15 Agustus 2022, pap smear terakhir pasien tidak terkaji, tidak ada kelainan pada genitalia, ada kelainan pada payudara.

12. *Personal Hygiene*

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit mandi 2x sehari, saat di rumah sakit pasien mengatakan hanya diseka tiap pagi dengan bantuan keluarga yaitu ayah atau ibu dan saudara. Pasien mengatakan mencuci rambut 2x seminggu dengan shampo. Saat masuk rumah sakit, pasien belum mencuci rambut. Pasien mengganti pakaian 1 kali sehari, menggosok gigi 2x saat pagi dan sore hari dan saat di rumah sakit pasien tetap menggosok gigi dengan bantuan anggota keluarganya, pada saat di rumah sakit pasien memotong kuku 1x seminggu.

13. *Psikososial*

Ideal diri pasien mengatakan ingin beraktivitas seperti biasa bersekolah kembali dan mengikuti kegiatan yang ada, gambaran diri pasien menyukai anggota tubuhnya saat ini walaupun ada luka di kaki kanan dan kiri, peran diri dalam keluarga pasien berperan sebagai anak dari ayah dan ibunya, harga diri pasien mengatakan menerima keadaannya saat ini, orang paling dekat adalah keluarga, saudara dan temannya, keyakinan dan nilai pasien beragam islam dan rutin beribadah atau sholat 5x sehari sebelum sakit.

3.1.9 Pemeriksaan Penunjang

1. Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Tabel 3. 1 Pemeriksaan Penunjang Laboratorium Pasien Nn. N

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
Pemeriksaan DL tanggal 30 November 2022			
HEMATOLOGI			
Darah Lengkap			
Leukosit	9,37	$10^3/\mu\text{L}$	4,00-10,00
Hitung Jenis Leukosit :			
• Eosinofil#	0,01	$10^3/\mu\text{L}$	0,02-0,50
• Eosinofil%	1,10	%	0,5-5,0
• Basofil#	0,02	$10^3/\mu\text{L}$	0,00-0,10

• Basofil%	0,2	%	0,0-1,0
• Neutrofil#	7,36	$10^3/\mu\text{L}$	2,00-7,00
• Neutrofil%	78,50	%	50,0-70,0
• Limfosit#	1,40	$10^3/\mu\text{L}$	0,80-4,00
• Limfosit%	15,00	%	20,0-40,0
• Monofsit#	0,58	$10^3/\mu\text{L}$	0,12-1,20
• Monofsit%	6,20	%	3,0-12,0
IMG#	0,000	$10^3/\mu\text{L}$	0,01-0,04
IMG%	0,000	%	0,16-0,62
Hemoglobin	7,70	g/dL	13-17
Hematokrit	24,60	%	40,0-54,0
Eritrosit	2,97	$10^6/\mu\text{L}$	4,00-5,50
Indeks Eritrosit :			
• MCV	82,7	Fmol/cell	80-100
• MCH	26,0	Pg	26-34
• MCHC	31,5	g/dL	32-36
RDW...CV	13,7	%	11,0-16,0
RDW...SD	40,0	fL	35,0-56,0
Trombosit	188,00	$10^3/\mu\text{L}$	150-450
Indeks Trombosit :			
• MPV	9,0	fL	6,5-12,0
• PDW	15,9	%	15-17
• PCT	0,170	$10^3/\mu\text{L}$	0,108-0,282
P-LCC	38,0	$10^3/\mu\text{L}$	30-90
P-LCR	20,3	%	11,0-45,0
Pemeriksaan DL tanggal 02 Desember 2022			
HEMATOLOGI			
Darah Lengkap			
Leukosit	13,80	$10^3/\mu\text{L}$	4,00-10,00
Hitung Jenis Leukosit :			
• Eosinofil#	0,02	$10^3/\mu\text{L}$	0,02-0,50
• Eosinofil%	0,10	%	0,5-5,0
• Basofil#	0,01	$10^3/\mu\text{L}$	0,00-0,10
• Basofil%	0,2	%	0,0-1,0
• Neutrofil#	11,54	$10^3/\mu\text{L}$	2,00-7,00
• Neutrofil%	83,60	%	50,0-70,0
• Limfosit#	1,64	$10^3/\mu\text{L}$	0,80-4,00
• Limfosit%	12,00	%	20,0-40,0
• Monofsit#	0,56	$10^3/\mu\text{L}$	0,12-1,20
• Monofsit%	4,10	%	3,0-12,0
IMG#	0,000	$10^3/\mu\text{L}$	0,01-0,04
IMG%	0,200	%	0,16-0,62
Hemoglobin	11,10	g/dL	13-17
Hematokrit	33,20	%	40,0-54,0
Eritrosit	4,00	$10^6/\mu\text{L}$	3,50-5,00
Indeks Eritrosit :			

• MCV	83,1	Fmol/cell	80-100
• MCH	27,8	Pg	26-34
• MCHC	33,5	g/dL	32-36
RDW...CV	14,0	%	11,0-16,0
RDW...SD	40,8	fL	35,0-56,0
Trombosit	261,00	10 ³ /μL	150-450
Indeks Trombosit :			
• MPV	9,3	fL	6,5-12,0
• PDW	16,0	%	15-17
• PCT	0,242	10 ³ /μL	0,108-0,282
P-LCC	54,0	10 ³ /μL	30-90
P-LCR	21,3	%	11,0-45,0

2. Hasil Pemeriksaan Foto Thorax PA (25 November 2022)

Cor: Besar dan bentuk normal

Pulmo: Fibrosis/infiltrat (-)

Sinus costophreneus kanan dan kiri tajam

Tulang-2 dinding thorax dan soft tissue normal

Kesimpulan: foto thoraks tak tampak kelainan

3. Foto Pelvis AP

Alignment baik

Shenton's line kanan kiri simetris

Trabekulasi tulang normal

Sacroiliac dna hip joint kanan kiri baik

Tak tampak kalsifikasi abnormal

Tak tampak crosi/destruksi

Tak tampak jelas soft tissue swelling

Kesimpulan: foto pelvis tak tampak **kelainan**

4. Foto Lumbosacral AP / Lat

Tampak kompresi pada corpus VL4

Trabekulasi tulang normal

Tulang lain normal

Corpus. Pedicle dan superior/inferior endplate baik

Spatium intervertebralis tidak menyempit'tidak tampak listhesis

Tidak tampak listhesis

Nacro iliac joint kanan kiri normal

Tak tampak para vertebral soft tissue mass

Kesimpulan: compressi pada corpus VL4

5. Foto Cruris Kiri AP/Lateral

Alignment baik

Trabekulasi tulang normal

Ankle joint kiri kesan baik

Tak tampak kalsifikasi abnormal

Tak tampak fraktur/dislokasi

Tak tampak jelas soft tissue swelling

Kesimpulan: foto cruris kiri tampak kelainan

6. Foto Ancle Kanan, AP/Lat

Tampak deformitas di os thalus dan calcaneus sisi superior disertai displacement fragmen bagian distal ke arah medial

Trabekulasi tulang normal

Celah dan permukaan sendi normal

Tak tampak kalsifikasi abnormal

Sub chondral bone layer normal

Kesimpulan: kesan fraktur di os thalus dan calcaneus sisi superior

7. Foto Ankle Kiri: AP/Lat

Tampak deformitas di os calcaneus, tidak tampak displacement

Trabekulasi tulang normal

Celah dan permukaan sendi normal

Tak tampak kalsifikasi abnormal

Sub chondral bone layer normal

Kesimpulan: kesan fraktur di os calcaneus

8. Foto CT Scan 3D Ankle Kanan (29 November 2022)

Tampak fraktur maleolaris medialis

Tampak fraktur komplikata os talus dengan dislokasi talocalcaneal, talonaviculare kesan masih baik

Tampak fraktur os calcaneus sisi anterolateral sd mengenai calcaneocuboideum

Os Navicular kesan intak,

Talonavicular joint kesan baik

Os Cuneiforme Lateralis, Intermedius dan Medialis intak

Osis Metatarsalis intak

Osis phalanxis terpotong scan

Trabeculasi baik

Kesimpulan:

Fraktur maleolaris medialis

Fraktur komplikata os Talus dengan dislokasi talocalcaneal, talonaviculare kesan masih baik

Fraktur os Calcaneus sisi anterolateral sd mengenai calcaneocuboideum

9. Radiologi Foto Ankle Sinistra AP/Lat (tgl 30 November 2022)

Aligment baik

Trabekulasi tulang normal

Celah & permukaan sendi normal

Osteophyte (-)

Kalsifikasi soft tissue (-)

Kesimpulan: foto ankle sinistra normal

10. Radiologi Foto Ankle Dextra AP/Lat

Tampak terpasang screw pada maleous medialis os tibia dan os talus kanan, posisi baik

Trabekulasi tulang normal

Celah & permukaan sendi normal

Osteophyte (-)

Kalsifikasi soft tissue (-)

Kesimpulan: post fraktur maleolus medialis os tibia dan os talus kanan yang telah terpasang internal fiksasi

3.1.10 Terapi Medis

Tabel 3. 2 Terapi Medis Pasien Nn. N

Nama	Dosis	Indikasi
01 Desember 2022		
1. Dexketoprofen Darya Varia Injeksi (Donasi) 50mg	2x1 @50mg	Untuk meredakan nyeri sedang hingga berat
2. Lansoprazole Injeksi 30mg	1x1 @30mg	Untuk mengobati sakit lambung
3. Cefuroxime Darya Varia Injeksi 750mg	2x1 @750mg	Untuk mengobati infeksi pada luka
4. Inpepsa 100ml	3x1 sendok	Untuk mengobati peradangan pada lambung

5. Cairan NS	makan @100ml 500 ml/24 jam	Untuk memenuhi kebutuhan cairan elektrolit dalam tubuh
--------------	----------------------------------	--

3.2 Analisis Data Keperawatan

Hasil pengkajian pasien didapatkan diagnosis keperawatan, yaitu:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur bedah *open reduction* fraktur)

Pasien saat dilakukan pengkajian mengatakan setelah operasi terasa di kaki kanan dan kiri nyeri cekot-cekot, nyeri semakin terasa bila terlalu banyak bergerak, nyeri hilang beberapa saat dan Nn. N menunjuk skala 4 dari skala 1 sampai 10. Data objektif saat dilakukan pemeriksaan pasien tampak lemah, meringis, gelisah, bersikap protektif (posisi hindari nyeri), pengkajian nyeri pada Nn. N yaitu P: luka operasi, Q: cekot-cekot, R: kaki kanan dan kiri, S: 4 (skala 1-10), T: hilang timbul, tekanan darah 130/70 mmHg, nadi 80x/menit, RR 20x/menit. Hasil pemeriksaan Pemeriksaan Radiologi (30 November 2022) dengan bacaan Ankle sinistra AP/Lat dengan kesimpulan normal, Foto ankle dextra AP/Lat dengan kesimpulan: post fraktur maleolus medialis os tibia dan os talus kanan yang telah terpasang internal fiksasi. Adanya fraktur atau patah tulang menyebabkan nyeri yang tidak menyenangkan dan dapat menimbulkan rasa sakit, hal tersebut bisa ditangani oleh pemberian non farmakologis terapi tarik napas dalam atau mendengarkan musik klasik dan terapi farmakologis.

2. Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif

Terdapat luka pada kaki kanan dan kiri terpasang back slab karena prosedur bedah ORIF pemasangan screw pada tanggal 30 November 2022, terdapat kemerahan disekitar luka, akral hangat, suhu $36,6^{\circ}\text{C}$, tidak ada demam, leukosit $9,37 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ ($4,00-10,00 \cdot 10^3/\mu\text{L}$). Masalah ini diangkat karena adanya luka yang diderita oleh pasien yaitu luka tertutup didaerah kaki kanan dan kiri tidak terdapat rembesan pada luka yang tertutup back slab. Adanya kerusakan kulit atau jaringan akibat luka, bisa menimbulkan infeksi luka adanya pengendapan mikroorganisme dari paparan lingkungan luar di area luka. Mikroorganisme seperti kuman dan bakteri ini kemudian menggandakan diri dan masuk ke dalam luka. Maka diperlukan perawatan luka yang dapat mencegah terjadinya infeksi luka post operasi ORIF.

3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

Saat dilakukan pengkajian pasien mnegatakan kaki kanan dan kiri belum bisa digerakkan. Data objektif saat pengkajian pasien dalam posisi semi fowler, bedrest atau tirah baring, rentang gerak ROM pasif, kekuatan otot $\frac{5}{4} \mid \frac{5}{4}$, tekanan darah TD: 130/70 mmHg, suhu $36,6^{\circ}\text{C}$, nadi 80 x/menit, SpO₂: 99%, RR: 20x/menit. Terdapat luka Prosedur Bedah Post Operasi Open Reduction Fraktur kaki kanan dan kiri, operasi yang dilakukan oleh Nn. N dengan pemasangan double screw membutuhkan pemulihan cukup lama dan penyesuaian dalam beraktivitas seperti biasanya sehingga membuat Nn. N kesusahan saat ingin menggerakkan kaki kanan dan kiri, maka dari itu

memberikan latihan ROM pada pasien sangat penting untuk mencegah kekakuan pada otot dan sendi.

4. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

Pengkajian pasien merasa gelisah dan cemas menghadapi kondisinya saat ini, data objektif pasien dalam kondisi komposmentis, tekanan darah 130/70 mmHg, frekuensi nadi 80 x/menit, frekuensi pernapasan 20x/menit, tidak pucat, pasien tampak khawatir akibat kondisi yang dihadapi, gelisah dan tegang. Operasi yang dilakukan oleh Nn. N adalah operasi pertama dalam kehidupannya, luka Prosedur Bedah Post Operasi Open Reduction Fraktur kaki kanan dan kiri akan memungkinkan membekas yang membuat Nn.N cemas dan khawatir menghadapi kondisinya saat ini. Maka dari itu memberikan pasien ruang yang nyaman dan mendengarkan curahan hati serta mengedukasi pengalihan ansietas dengan mendengarkan musik kesukaanya.

3.3 Intervensi Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur bedah open reduction fraktur). Tujuan yaitu setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, sikap protektif menurun, perasaan takut mengalami cedera berulang menurun, ketegangan otot menurun, pola tidur membaik, frekuensi nadi membaik, tekanan darah membaik. Intervensi yang akan dilakukan untuk merubah tingkat nyeri dengan manajemen nyeri: 1) memonitor penurunan nyeri (lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri), 2) memberikan

teknik relaksasi pada saat nyeri, 3) menganjurkan teknik distraksi, 4) mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, 5) menjelaskan tentang patofisiologi nyeri dan meredakan nyeri, 6) memberikan kolaborasi kepada pasien analgetik (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2017).

2. Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif. Tujuan yaitu setelah diberikan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil kemerahan menurun, nyeri menurun, bengkak menurun, cairan berbau busuk menurun, sensasi membaik, suhu membaik. Intervensi yang akan dilakukan untuk pencegahan infeksi pada luka pasien *post op ORIF* : 1) memonitor tanda dan gejala infeksi, 2) merawat kulit pada area luka dengan mempertahankan kondisi aseptik pada luka, 3) menjelaskan tanda gejala infeksi, 4) mengajarkan pasien dan keluarga mencuci tangan dengan benar, 5) menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi, 6) menganjurkan meningkatkan asupan cairan, 7) memberikan hasil kolaborasi antibiotik (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2017).
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Tujuan yaitu setelah diberikan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil, pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat, nyeri menurun, kecemasan menurun, gerakan terbatas menurun, pergerakan sendi pergelangan kaki kanan dan kiri meningkat. Intervensi yang akan dilakukan untuk memberikan dukungan ambulasi: 1) observasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, 2) monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, 3) fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal pagar tempat tidur),

- 4) libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, 5) jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, 6) anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) dan perawatan tirah baring: 1) monitor komplikasi tirah baring, 2) posisikan senyaman mungkin, 3) dekatkan posisi meja tempat tidur dekat dengan nurse station, jika perlu, 4) berikan latihan gerak aktif dan pasif, 5) ubah posisi setiap 2 jam, 6) jelaskan tujuan dilakukan tirah baring (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2017).
4. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional. Tujuan yaitu setelah diberikan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil verbalisasi khawatir akibat kondisi yang di hadapi menurun, perilaku gelisah dan tegang menurun, tekanan darah membaik. Intervensi yang akan dilakukan untuk memberikan tindakan untuk menghadapi ancaman dan dukungan kegiatan pengalihan adalah reduksi ansietas: 1) identifikasi saat tingkat ansietas berubah (misal. Kondisi, waktu, stressor), 2) monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal), 3) ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, 4) tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan, 5) jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami, 6) anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi, 7) latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan, 8) kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2017).

3.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur bedah *open reduction* fraktur). Intervensi utama adalah manajemen nyeri, teknik distraksi mendengarkan music pop dan pemberian analgetik.

Pelaksanaan rencana asuhan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien sesuai dengan kondisi pasien, implementasi dilakukan sejak tanggal 02 Desember 2022 sampai dengan 04 Desember 2022. Implementasi untuk merubah tingkat nyeri dengan manajemen nyeri: 1) memonitor penurunan nyeri (lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri), 2) memberikan teknik relaksasi pada saat nyeri (teknik distraksi), 3) menganjurkan teknik distraksi (saat nyeri alihkan dengan mendengarkan music klasik), 4) mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (kebisingan diruangan dan mengatur tempat tidur pasien), 5) menjelaskan tentang patofisiologi nyeri dan meredakan nyeri, 6) berkolaborasi kepada pasien pemberian obat analgetik Dexketoprofen Darya Varia Inj 2x50mg.

Implementasi hari pertama pada tanggal 02 Desember 2022 membina hubungan saling percaya dengan pasien dengan respon subjektif pasien memperkenalkan diri dengan perawat dan mengidentifikasi keluhan pasien saat ini dengan respon objektif pasien mengeluh nyeri dibekas *post op.* pada pukul 08.30 mengobservasi nyeri secara secara komprehensif dengan respon subjektif P: post operasi, Q: cekot-cekot, R: kaki kanan dan kiri, S: 4 (1-10), T: hilang timbul. Pada jam 11.00 memberikan terapi injeksi (iv) Dexketoprofen Darya Varia Inj 1x50mg dengan respon objektif pasien nyeri berkurang.

Implementasi hari kedua pada tanggal 03 Desember 2022 pada jam 09.00 pagi memberikan teknik relaksasi pada saat nyeri dengan teknik nonfarmakologi yaitu distraksi napas, respon subyektif pasien mendengarkan music klasik dan respon obyektif pasien mendengarkan music pop saat nyeri muncul. Memberikan terapi kepada pasien Dexketoprofen Darya Varia Inj 1x50mg, cefuroxime 1x750mg respon subyektif pasien tidak terkaji dan respon obyektif pasien mengobservasi terapi yang diberikan tidak mengalami alergi. Mengobservasi nyeri secara komprehensif dengan respon subyektif P: nyeri saat bergerak, Q: cekot-cekot, R: kaki kanan dan kiri, S: 3 (1-10), T: nyeri hilang timbul dan respon obyektif pasien meringis.

Implementasi hari ke tiga pada tanggal 04 Desember 2022 pada jam 20.00 dengan memberikan edukasi pada pasien untuk mengonsumsi buah dan sayur yang di respon subyektif oleh pasien memakan makanan yang bernutrisi dan respon obyektif pasien menerima edukasi dari perawat. Pada jam 21.30 pasien menerapkan teknik distraksi dengan mendengarkan music pop yang di respon obyektif pasien paham cara menerapkan teknik non farmakologis dengan terapi music klasik. Pada jam 23.00 memberikan terapi kepada pasien Dexketoprofen Darya Varia Inj 1x50mg, cefuroxime 1x750mg respon subyektif pasien tidak terkaji dan respon obyektif pasien tidak mengalami alergi. Pada jam 23.30 mengobservasi nyeri secara komprehensif dengan respon subyektif pasien P: nyeri saat bergerak, Q: cekot-cekot, R: kaki kanan dan kiri, S: 2 (1-10), T: nyeri hilang timbul dan respon obyektif pasien meringis berkurang, nyeri berkurang.

Evaluasi pada hari ke 1 (02/12/22) didapatkan nyeri setelah menjalani operasi pada tanggal 30 November 2022 Operasi open reduction fracture pemasangan double screw. Pengkajian nyeri pada pasien P: Post Operasi Q: cekot-cekot, R: kaki kanan dan kiri, S: 4 (skala 1-10), T: hilang timbul pasien tampak menyeringai kesakitan berkurang, saat diberikan terapi farmakologis tidak ada efek samping terapi obat, nadi 109x/menit, pasien mempraktekkan teknik distraksi dan mendengarkan music klasik untuk mengurangi nyeri. Saat pasien mengalami nyeri yang timbul tiba-tiba selalu menerapkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri yang timbul saat itu juga.

Evaluasi pada hari ke 2 (03/12/22) didapatkan nyeri di kaki dengan skala nyeri 3 dari 1-10, pengkajian nyeri pada pasien P: post operasi, Q: cekot-cekot, R: kaki kanan dan kiri, S: 3 (skala 1-10), T: hilang timbul, tampak menyeringai kesakitan, bersifat protektif menghindari nyeri, nadi 101x/menit, pasien memahami cara melakukan teknik distraksi dan teknik mendengarkan music pop untuk mengurangi intensitas nyeri yang timbul.

Evaluasi pada hari terakhir (04/12/22) melakukan tindakan yaitu didapatkan nyeri berkurang dengan pengkajian nyeri pada pasien P: post operasi, Q: cekot-cekot, R: kaki kanan dan kiri, S: 2 (skala 1-10), T: hilang timbul. Pasien Tidak tampak menyeringai kesakitan, pasien tampak rileks, saat diberikan obat untuk nyeri tidak ada efek samping terapi obat, nadi 96x/menit. Dengan menerapkan teknik distraksi dan mendengarkan music sangat efektif untuk mengurangi intensitas nyeri pada pasien, kolaborasi teknik farmakologi pemberian analgetik (Dexketoprofen Darya Varia Inj 2x50mg).

2. Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif. Intervensi utama adalah pencegahan infeksi dan perawatan luka. Pelaksanaan rencana asuhan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien sesuai dengan kondisi pasien, implementasi dilakukan sejak tanggal 02 Desember 2022 sampai dengan 04 Desember 2022. Implementasi untuk mencegah infeksi pada luka pasien post operasi ORIF pemasangan double screw : 1) memonitor tanda dan gejala infeksi, 2) merawat kulit pada area luka dengan mempertahankan kondisi aseptik pada luka, 3) menjelaskan tanda gejala infeksi, 4) mengajarkan pasien dan keluarga mencuci tangan dengan benar, 5) menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi, 6) menganjurkan meningkatkan asupan cairan, 7) memberikan hasil kolaborasi antibiotik Cefuroxime Darya Varia Injeksi 2x750mg.

Implementasi hari pertama pada tanggal 02 Desember 2022 pada jam 08.00 mengobservasi tanda dan gejala infeksi dengan mempertahankan kondisi aseptik pada luka dan respon obyektif sekitar luka berwarna merah, tidak ada pus atau cairan yang keluar berbau. Pada jam 09.20 mengedukasi pasien dengan menjelaskan tanda dan gejala timbulnya infeksi pada luka setelah operasi dengan respon subyektif pasien mengatakan bagaimana cara mengatasi hal tersebut dan respon obyektif pasien tampak menerima edukasi yang diberikan oleh perawat dan menanyakan kembali bagaimana cara menangani infeksi tersebut.

Implementasi hari kedua pada tanggal 03 Desember 2022 pada jam 10.00 mengedukasi pasien tentang konsep aseptik mencuci tangan dengan respon subyektif pasien mengatakan 6 langkah cuci tangan dan obyektif pasien tampak mencoba cuci tangan dengan benar. Pada jam 11.30 diberikan terapi

pada pasien (Cefuroxime Darya Varia Injeksi 1x750mg) dengan obyektif tidak mengalami alergi pada obat.

Implementasi hari ke tiga pada tanggal 04 Desember 2022 pada jam 13.00 perawat mengobservasi dengan kegiatan pada hari ke dua pasien cara mencuci tangan dengan respon subyektif pasien tetap menerapkan dan respon obyektif pasien tampak mencuci tangan sesuai tata cara yang diberikan oleh perawat. Pada jam 14.30 perawat menganjurkan meningkatkan asupan cairan 1 hari minum 11 air mineral dengan respon obyektif pasien memahami dan menerapkan. Pada jam 15.20 perawat melihat kondisi luka pada pasien dengan respon obyektif tampak luka kemerahan berkurang, luka tampak mulai menyatu.

Evaluasi setiap hari untuk mengobservasi dan memberi pengetahuan pada pasien tentang infeksi luka operasi, pada tanggal 02 Desember 2022 didapatkan bahwa pasien saat ini dalam kondisi kompos mentis dengan suhu $36,6^{\circ}\text{C}$, akral teraba hangat, luka tampak bersih, basah, tidak ada pus atau rembesan pada kassa, hasil laboratorium pada tanggal 30 November 2022 leukosit $9,37 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ ($4,00-10,00 \cdot 10^3/\mu\text{L}$). Evaluasi hari ke dua pada tanggal 03 Desember 2022 akral teraba hangat, tidak ada pus atau rembesan pada kassa, tidak ada tanda-tanda infeksi pada luka, sekitar luka terdapat kemerahan. Memberikan edukasi pada pasien dan keluarga tentang tindakan aseptik dari luka pasien guna menurunkan risiko infeksi terhadap luka *post op ORIF*.

Evaluasi hari terakhir ditemukan data suhu $36,5^{\circ}\text{C}$, akral teraba hangat, luka tampak bersih, basah, tidak ada pus atau rembesan pada kassa, tampak

luka mulai menyatu dan menutup, tidak ada tanda-tanda infeksi pada luka, sekitar luka tidak terlihat kemerahan. Hasil laboratorium pada tanggal 02 Desember 2022 leukosit $13,80 \times 10^3/\mu\text{L}$ ($4,00-10,00 \times 10^3/\mu\text{L}$), hemoglobin $11,10 \text{ g/dL}$ ($13-17 \text{ g/dL}$), eritrosit $4,00 \times 10^6/\mu\text{L}$ ($3,50-5,00 \times 10^6/\mu\text{L}$), trombosit $261,00 \times 10^3/\mu\text{L}$ ($150-450 \times 10^3/\mu\text{L}$). Dilakukan perawatan luka didapatkan daerah luka tidak kemerahan, pus atau cairan keluar dari luka tidak ada, tampak luka jahitan mulai kering dan kulit mulai menyatu, pasien diberi terapi analgetik untuk mencegah infeksi timbul dari luka dengan (Cefuroxime Darya Varia Injeksi $2 \times 750\text{mg}$). Data diatas dapat disimpulkan bahwa infeksi pada luka harus ditangani sesegera mungkin agar tidak menimbulkan tanda dan gejala awal infeksi.

3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot
Implementasi untuk memberikan terapi ROM dan mobilisasi adalah: 1) mengobservasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, 2) memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, 3) memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal pagar tempat tidur), 4) melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, 5) menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, 6) menganjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).

Implementasi hari pertama pada tanggal 02 Desember 2022 pada jam 09.10 mengobservasi adanya keluhan lain pada pasien dengan respon subyektif kaki kanan dan kiri belum bisa digerakkan respon obyektif kaki kaku dan ROM terbatas. Pada jam 09.30 mengobservasi keadaan umum

pasien dengan respon obyektif tekanan darah 130/70mmHg, Suhu 36,6°C, nadi 92x/mnt, RR 20x/mnt, SpO2 99%. Pada jam 11.00 memfasilitasi aktivitas mobilisasi pasien (pagar tempat tidur) dengan respon subyektif pasien dapat melatih mobilisasi dini dan respon obyektif pasien tampak cemas dan posisi menghindari nyeri.

Implementasi hari kedua pada tanggal 03 Desember 2022 pada jam 15.00 mengobservasi kondisi pasien dengan respon obyektif cek TTV dari tekanan darah 120/80mmhg, nadi 101x/menit, RR 20x/menit, suhu 36,4°C, SPO² 99%. Pada jam 15.30 mengajarkan teknik *Range Of Motion* dengan respon subyektif digerakkan kaki saya di gerakkan masih sakit dan respon obyektif pasien tampak melatih kekuatan otot tangan. Pada jam 15.45 mengedukasi pasien mengapa dilakukan mobilisasi ROM dengan respon subyektif paham akan melatih otot dan sendi dan respon obyektif tampak memahami pengetahuan yang diberikan oleh perawat.

Implementasi hari ke tiga pada tanggal 04 Desember 2022 pada jam 13.10 perawat mengobservasi kembali kegiatan pasien dengan respon subyektif pasien tetap menerapkan latihan ROM dan mobilisasi dan respon obyektif pasien tampak melatih gerakan kaki, tampak perlahan-lahan. Pada jam 13.30 perawat menganjurkan keluarga ikut serta membantu pasien dalam meningkatkan gerakan dengan respon obyektif pasien keluarga membantu pasien duduk di atas tempat tidur atau dengan kondisi semifowler. Pada jam 14.00 perawat melihat kondisi umum pasien dengan respon obyektif tekanan darah 127/72mmhg, Nadi 100x/menit, RR 19x/menit, Suhu 36,5°C, SPO² 99%.

Evaluasi dilakukan setiap hari, pada hari pertama pasien mengatakan sulit diangkat kakinya masih kaku, memberikan pasien pengetahuan umum tentang kondisinya saat ini, tekanan darah 130/70mmHg, Suhu 36,6°C, Nadi 92x/mnt, RR 20x/mnt, SpO₂ 99%, tampak tidak dapat melakukan ambulasi, pasien tampak gelisah, tegang, sulit tidur, membatasi gerak, kekuatan otot ekstremitas atas 5 dan bawah 4, ROM pasif, bedrest atau tirah baring. Pada hari selanjutnya masih sama pasien tetap menerapkan tindakan yang diberikan pada perawat yaitu terapi ROM mandiri dengan keluarga dan mobilisasi ringan dengan duduk di atas kasur dan membatasi gerak pada post operasi ORIF. Pada evaluasi hari terakhir perawatan (04/12/22) didapatkan data bahwa pasien melakukan aktivitas ringan seperti duduk, pasien tidak tampak gelisah, tegang, sulit tidur, tidak membatasi gerak, kekuatan otot ekstremitas atas 5 dan bawah 5, ROM aktif, posisi semi fowler dengan TTV tekanan darah 127/72mmhg, Nadi 100x/menit, RR 19x/menit, Suhu 36,5°C, SPO₂ 99%. Dari data diatas dapat disimpulkan bahwa pasien tersebut mampu melakukan teknik mobilisasi pasif dan aktif dengan kondisinya saat ini, artinya teknik yang diterapkan saat ini pada pasien tetap harus dipertahankan.

4. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional. Intervensi utama adalah reduksi ansietas, teknik relaksasi dengan terapi musik. Pelaksanaan rencana asuhan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien sesuai dengan kondisi pasien, implementasi dilakukan sejak tanggal 02 Desember 2022 sampai dengan 04 Desember 2022. Implementasi untuk merubah tingkat ansietas dengan teknik relaksasi *guided imagery* : 1) mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah (missal. Kondisi, waktu, stressor), 2) memonitor

tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal), 3) menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, 4) menempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan, 5) menjelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami, 6) menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi, 7) melatih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan, 8) mengkolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu.

Implementasi hari pertama pada tanggal 02 Desember 2022 pada jam 09.20 mengidentifikasi kecemasan dengan cara bertanya pada pasien tentang apa yang di khawatirkan sekarang dengan respon subyektif pasien mengatakan cemas dengan keadaannya saat ini respon obyektif pasien tampak tegang, cemas dan gelisah. Pada jam 09.45 mendorong pasien agar dapat mengutarakan perasaan takutnya dengan respon subyektif cemas dengan keadaan saat ini tidak bisa melakukan apa-apa dan respon obyektif tekanan darah 130/70 mmHg, Suhu 36,6°C, frekuensi nadi 92x/mnt, frekuensi pernapasan 20x/mnt, SpO2 99%. Pada jam 10.00 mendengarkan apa yang dikeluhkan pasien dengan penuh perhatian dengan respon subyektif pasien menceritakan kronologi masalah kejadian dan respon obyektif pasien tampak cemas dan menangis terseduh-seduh. Pada jam 11.00 menganjurkan keluarga senantiasa menemani pasien dengan respon subyektif keluarga memahami maksud perawat dan respon obyektif pasien mulai rileks.

Implementasi hari kedua pada tanggal 03 Desember 2022 pada jam 11.00 mendengarkan cerita pasien tentang apa yang membuat perasaannya cemas dengan respon subyektif pasien mengatakan mengkhawatirkan kondisinya saat ini dan respon obyektif cek TTV dari tekanan darah 120/80

mmhg, nadi 101 x/menit, RR 20 x/menit, suhu 36,4°C, SPO² 99%, pasien terpasang back slab. Pada jam 15.30 membantu pasien untuk mengenali penyebab perasaan cemasnya dengan respon obyektif pasien memahami perasaan cemas saat ini. Pada jam 15.45 memberikan teknik relaksasi dengan mendengarkan music kesukaan pasien dengan respon subyektif pasien mengatakan ingin melakukan teknik tersebut jika cemas dan respon obyektif tampak memahami pengetahuan yang diberikan oleh perawat.

Implementasi hari ke tiga pada tanggal 04 Desember 2022 pada jam 13.00 perawat mengobservasi kembali kegiatan pasien dengan respon subyektif pasien tetap menerapkan teknik relaksasi dengan mendengarkan usik kesukaannya dan respon obyektif pasien tampak rileks, tidak tegang. Pada jam 13.30 perawat mendengarkan cerita tentang perasaan cemasnya dengan respon subyektif pasien mengatakan rasa cemas dan khawatirnya tentang keadaan saat ini mulai berkurang dan respon obyektif pasien duduk atau semifowler. Pada jam 13.40 perawat memberikan saran kepada keluarga untuk tetap mendampingi dengan respon subyektif keluarga pasien memahami dengan kondisi anaknya saat ini dan respon obyektif keluarga bergantian untuk mendampingi pasien, melihat kondisi umum pasien dengan respon obyektif tekanan darah 127/72 mmhg, Nadi 100 x/menit, RR 19 x/menit, Suhu 36,5°C, SPO² 99%.

Evaluasi dilakukan setiap hari, pada hari pertama tanggal 02 Desember 2022 pasien mengatakan mengkhawatirkan kondisinya saat ini dengan frekuensi nadi 92 x/mnt, tekanan darah 130/70 mmHg, tampak terlihat gelisah, pasien mengatakan bahwa dirinya tidak seperti yang dulu, tampak cemas akan

kelanjutan kehidupannya sebagai siswa karena kakinya tidak sekuat dulu saat berjalan, terpasang back slab kaki kanan dan kiri, terpasang voley kateter.

Evaluasi hari ke dua pada tanggal 03 Desember 2022 didapatkan data pasien mengatakan takut tidak bisa menjalani kehidupannya seperti yang dulu, tekanan darah 120/80 mmhg, frekuensi nadi 101 x/menit, frekuensi pernapasan 20 x/menit, terpasang double screw di os tibia dan ost talus, pasien tampak tenang dan rileks, pasien terpasang back slab. Pasien menerapkan teknik relaksasi dengan mendengarkan music kesukaannya untuk mengurangi rasa cemasnya.

Pada evaluasi hari terakhir perawatan (04/12/22) didapatkan data bahwa pasien mengatakan rasa kekhawatirannya berkurang seiring berjalannya waktu, pasien tidak tampak gelisah, tegang, sulit tidur, tekanan darah 127/72 mmhg, frekuensi nadi 100 x/menit, frekuensi pernapasan 19 x/menit, tetap menerapkan teknik relaksasi dengan mendengarkan music kesukaannya untuk mengurangi rasa cemasnya. Dari data diatas dapat disimpulkan bahwa pasien tersebut mampu mengatasi rasa cemasnya dengan teknik relaksasi, artinya teknik yang diterapkan saat ini pada pasien tetap harus dipertahankan dan terus dilanjutkan sehingga pasien tidak mengkhawatirkan kondisinya yang membuatnya cemas.

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada bagian ini membahas tentang gambaran proses asuhan keperawatan pada pasien post op fraktur cruris dextra yaitu Nn. N yang berusia 13 tahun, berjenis kelamin perempuan dengan post op *close fraktur calcaneus* yang dirawat di Ruang H1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya. Pengkajian data dilakukan melalui wawancara, observasi dan melihat rekam medik pasien yang dilaksanakan mulai tanggal 05-11 Desember 2022 sesuai dengan pelaksanaan asuhan keperawatan. Pembahasan akan membahas tentang asuhan keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Penulis melakukan pengkajian pada Nn. N dengan melakukan anamnesis pada pasien dan keluarga, melakukan pemeriksaan fisik dan mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang medis. Data didapatkan, pasien bernama Nn. N, berjenis kelamin perempuan, umur 13 tahun, pendidikan yang ditempuh saat ini SMP. Salah satu faktor risiko terjadinya fraktur ialah usia dimana terjadi pada usia produktif yang rentan mengalami cedera akibat kecelakaan, begitu juga lanjut usia dapat terjadi fraktur akibat penurunan masa tulang sehingga rentan terjadi fraktur, rentang usia korban antara 15-29 tahun (Alvinanta, 2019; Riskesdas, 2018) . Fraktur biasanya sering disebabkan karena trauma, tetapi bisa juga disebabkan karena fraktur patologik pada tulang yang sakit hanya oleh renggangannya otot ringan pada aktivitas sehari-hari (Kozier, Erb, Berman & Snyder, 2019).

Penanganan lebih lanjut pasien diberitahu bahwa akan dilakukan tindakan operasi pemasangan ORIF pada tanggal 30 November 2022. Keluhan pertama

pasien saat ini nyeri pada kaki kanan dan kiri post operasi tanggal 30 November 2022, dengan nyeri seperti cekot-cekot dengan skala 4 (0 - 10) serta nyeri hilang timbul, hal ini sesuai dengan sebuah penelitian yang dilakukan oleh Smeltzer & Barre (2017) bahwa pembedahan menjadi salah satu cara yang digunakan sebagai penanganan fraktur yang bertujuan untuk mengembalikan kondisi fraktur seperti semula. Penanganan fraktur dengan metode operatif atau pembedahan dapat dilakukan dengan pemasangan *Open Reductive External Fixatie* (OREF) serta *Open Reductive Internal Fixatie* (ORIF) (Smeltzer & Barre, 2017). ORIF adalah tindakan pembedahan yang bertujuan mengembalikan posisi tulang yang fraktur agar kembalinya fungsi dan stabilisasi tulang (Sudrajat dkk, 2019).

Nyeri yang dirasakan oleh pasien post operasi berbeda-beda karena terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi skala nyeri (Evrianasari dan Yosaria, 2019). Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi skala nyeri dalam adalah usia, pendidikan, dan riwayat operasi. Semua faktor-faktor tersebut dapat berkombinasi untuk mempengaruhi skala nyeri seseorang (Sanjaya Dkk, 2022). Fraktur dapat terjadi di seluruh bagian tubuh, hal ini merupakan ancaman potensial atau aktual kepada seseorang dimana ia akan mengalami gangguan fisiologis maupun psikologis, yang tentunya harus segera ditangani (Widyastuti, 2015 dalam Vincencia et all, 2018).

Pada pengkajian sistem muskuluskeletal dilakukan pemeriksaan inspeksi: tidak ada edema, kemampuan pergerakan sendi (terbatas), skala kekuatan otot $\frac{5}{4}$ | $\frac{5}{4}$, ROM pasif, pasien mengeluh nyeri pada kaki kanan dan kiri, pada pemeriksaan palpasi: turgor kulit baik. Hasil laboratorium darah lengkap didapatkan nilai hemoglobin Hemoglobin 7,70 g/dl, leukosit $9,37 \cdot 10^3/u$ pada

tanggal 30 November 2022. Pada pemeriksaan sistem integumen pada pemeriksaan inspeksi warna kulit kuning langsung, kuku bersih, terpasang back slab pada kaki kanan dan kiri sesudah operasi ORIF, terdapat kemerahan disekitar luka, pasien tampak meringis, keadaan umum lemah. Hasil laboratorium darah lengkap didapatkan nilai hemoglobin 7,70 g/dl (13-17g/dl), leukosit $9.37 \cdot 10^3/u$ pada tanggal 30 November 2022. Pada pemeriksaan muskuloskeletal, pasien mengatakan kaki kanan dan kiri masih kaku tidak bisa bergerak, TD 130/70 mmhg, Nadi 80x/menit, RR 20x/menit, Suhu 36,6 °C, SPO₂ 98%.

Menurut (Wijaya & Putri, 2013 dalam Siti, 2018), fraktur tertutup atau terbuka akan mengenai serabut saraf yang dapat menimbulkan gangguan rasa nyaman nyeri, selain itu dapat mengenai tulang dan dapat terjadi neurovaskuler yang menimbulkan nyeri gerak sehingga mobilitas fisik terganggu. Penurunan kekuatan otot terjadi karena adanya pembengkakan sehingga timbul nyeri dan keterbatasan gerak serta aktivitas terganggu dan terjadi penurunan kekuatan menurut (Ekawati, Dina, & Indriani, 2008), pasien yang mengalami fraktur dimana kondisi tidak mampu melakukan pergerakan secara mandiri, karena pasien kurang pengetahuan tentang melakukan ROM dan merasa bahwa semakin dia bergerak maka semakin lama proses penyembuhan (Siti Maryam, 2018).

Asumsi penulis dalam gangguan mobilitas fisik yang mempengaruhi penurunan kekuatan otot dapat dilakukan dengan melatih ROM aktif maupun pasif pada pasien dan melakukan tindakan non farmakologi yang di kolaborasi dengan dokter tentang penggunaan bidai atau balutan untuk mengurangi nyeri dan tetap melakukan perawatan luka untuk mencegah terjadinya infeksi sistemik.

4.2 Diagnosis Keperawatan

Menurut buku Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien dengan diagnosis medis ada 4 buah sebelum dilakukan operasi yaitu nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, risiko infeksi, ketidakefektifan perfusi jaringan perifer dan 6 buah setelah dilakukan operasi yaitu : nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, risiko infeksi, ansietas, defisit pengetahuan. Penulis mengambil masalah keperawatan yang sesuai dengan keadaan pasien saat ini yaitu nyeri akut, risiko infeksi dan gangguan mobilitas fisik. Penulis tidak mengambil masalah keperawatan defisit pengetahuan karena pasien dan keluarga mengetahui tentang keadaan pasien saat ini serta paham apa yang harus dilakukan, saat pengkajian diagnosa keperawatan yang muncul saat ini nyeri akut, risiko infeksi dan gangguan mobilitas fisik serta ansietas.

Diagnosis keperawatan pada Nn. N dengan diagnosis Fraktur di Ruang H1 RSPAL Dr Ramelan Surabaya ada 4 yaitu :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis: luka post operasi fraktur (*Open Reduction*)

Diagnosa ini ditegakkan karena pasien mengatakan nyeri di kaki kanan dan kiri post operasi dengan skala nyeri 4 (1-10), seperti cekot-cekot dan hilang timbul, nyeri dirasakan pada saat bergerak atau beraktivitas. Hasil observasi yaitu pasien tampak menyeringai, pasien tampak gelisah, tekanan darah 130/90mmHg, Nadi 88x/menit, Post operasi hari ke 2 pemasangan screw, terdapat luka yang ditutup back slab kaki kanan dan kiri. Nyeri akut adalah pengalaman sensori dan emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan mendadak atau lambat onset dan

berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang 3 bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Nyeri adalah rasa tidak memuaskan secara sensori maupun secara emosional bagi yang merasakan nyeri, sehingga apabila nyeri tidak segera diatasi maka penderita nyeri tidak merasa nyaman dan dapat mengganggu psikis serta aktivitas yang dilakukannya (Suryani & Soesanto, 2020).

Menurut asumsi penulis bahwa pasien memiliki masalah utama yaitu nyeri akut karena nyeri timbul pada saat pasien bergerak atau beraktivitas, maka perlu tindakan utama dalam penanganan pasien. Oleh sebab itu penulis mengangkat diagnosis ini menjadi prioritas utama sehingga tindakan pengurangan nyeri harus segera ditangani.

2. Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif (luka pada kaki kanan dan kiri terpasang back slab)

Diagnosa ini ditegakkan karena ditemukan data pada sistem integumen didapatkan luka bekas operasi pada dada kanan atas dan perut, terdapat kemerahan pada luka post operasi, suhu tubuh $36,6^{\circ}\text{C}$. Hasil laboratorium darah lengkap didapatkan nilai hemoglobin 7.70 g/dl ($13-17\text{g/dl}$), leukosit $9.37 \cdot 10^3/\text{u}$. Risiko infeksi merupakan berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Menurut penelitian Juniantara, I Ketut Dkk (2021) kasus fraktur tertutup yang kenyataannya merupakan operasi bersih, biasanya menghasilkan luka yang sembuh dengan baik. Infeksi pada kasus orthopaedi perlu mendapatkan perhatian khusus keterkaitan dengan infeksi yang dapat menyebar sampai ketulang yang sulit disembuhkan atau bahkan dapat berkembang menjadi

keganasan yang disebut Squamous cell Carcinoma (SCC). Macam-macam factor risiko yang mendukung terjadinya komplikasi infeksi pada fraktur tertutup pasca dilakukan operasi, diantaranya pencukuran daerah operasi, suplai darah yang buruk ke daerah operasi, lokasi luka yang mudah tercemar, faktor operasi (misalnya lama operasi, penggunaan antibiotik profilaksis, ventilasi ruang operasi, tehnik operasi) (Harrison T, 2012).

Menurut asumsi penulis bahwa adanya luka berarti berisiko untuk terserang organisme atau bakteri, sehingga dapat diangkat diagnosa risiko infeksi untuk mencegah adanya infeksi pada luka setelah dilakukan operasi.

3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

Diagnosa ini ditegakkan karena ditemukan data pasien mengatakan belum bisa menggerakkan kaki, merasa lemas, gerakan terbatas, kekuatan otot ekstremitas atas 5 dan ekstremitas bawah 4, bedrest atau tirah baring. Data-data tersebut menunjukkan bahwa pasien mengalami masalah gangguan mobilitas fisik.

Gangguan mobilitas fisik adalah ekstremitas atas dan bawah yang mengalami keterbatasan gerak secara bebas dan terarah. Batasan karakteristiknya seperti keterbatasan pada rentang gerak sendi, kesulitan dalam mengubah posisi, melakukan aktivitas dibantu oleh orang lain, pergerakan yang dilakukan lemah. Sementara itu faktor yang berhubungan seperti gangguan muskuloskeletal, kerusakan integritas struktur tulang dan program pematasan gerak (Andri, J, 2020).

Alasan diangkatnya masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik sebagai prioritas masalah dikarenakan gangguan mobilitas fisik merupakan

keluhan yang paling dirasakan pasien. Gangguan mobilitas fisik dapat diartikan yaitu keterbatasan gerak fisik mandiri yang dialami oleh individu, hubungannya dengan pemulihan pasien dengan mobilisasi pasien tersebut yang ditimbulkan oleh fraktur pada ekstremitas, penyakit dialaminya seperti trauma dan kecacatan (Ihtisan, 2017).

Proses penyambungan tulang menurut Apley dibagi dalam 5 fase. Fase hematoma terjadi selama 1-3 hari. Pembuluh darah robek dan terbentuk hematoma di sekitar dan di dalam fraktur. Tulang pada permukaan fraktur, yang tidak mendapat pasediaan darah akan mati sepanjang satu atau dua milimeter. Fase proliferasi terjadi selama 3 hari sampai 2 minggu. Dalam 8 jam setelah fraktur terdapat reaksi radang akut disertai proliferasi dibawah periosteum dan didalam saluran medula yang tertembus ujung fragmen dikelilingi jaringan sel yang menghubungkan tempat fraktur. Hematoma yang membeku perlahan-lahan diabsorpsi dan kapiler baru yang halus berkembang dalam daerah fraktur. Fase pembentukan kalus terjadi selama 2-6 minggu. Fase konsolidasi terjadi dalam waktu 3 minggu-6 bulan. Fase remodelling terjadi selama 6 minggu hingga 1 tahun. Fraktur telah dihubungkan oleh tulang yang padat, tulang yang padat tersebut akan diresorpsi dan pembentukan tulang yang terus menerus lamelar akan menjadi lebih tebal, dinding-dinding yang tidak dikehendaki dibuang, dibentuk rongga sumsum dan akhirnya akan memperoleh bentuk tulang seperti normalnya. Terjadi dalam beberapa bulan bahkan sampai beberapa tahun (Nayagam S. P, n.d., 2010).

4. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

Diagnosa ini ditegakkan karena ditemukan data pasien mengatakan khawatir dengan kondisinya saat ini, perasaan pasien gelisah dan cemas menghadapi kondisinya saat ini, pasien dalam kondisi komposmentis, tekanan darah 130/70 mmHg, frekuensi nadi 80 x/menit, frekuensi pernapasan 20x/menit, tidak pucat, pasien tampak khawatir akibat kondisi yang dihadapi, gelisah dan tegang. Data-data tersebut menunjukkan bahwa pasien mengalami masalah ansietas.

Kecemasan adalah emosi yang ditandai dengan perasaan tidak nyaman, takut akan suatu peristiwa dan dapat dikaitkan dengan respon tubuh dalam bentuk stimulasi simpatik, parasimpatis dan endokrin. Kecemasan muncul saat awal direncanakan operasi dan meningkat pada pelaksanaan operasi, bahkan setelah prosedur operasi (Baghele, Dave, Dias & Shah, 2019). Anak-anak yang menjalani operasi lebih dari 50-75% diantaranya dilaporkan mengalami kecemasan (Aranha, Sams & Saldanha, 2017).

Alasan diangkatnya masalah keperawatan ansietas sebagai prioritas masalah dikarenakan menurut Kholil Lur Rochman (2010) dalam Mayenti, F., & Sari, (2020), kecemasan merupakan suatu perasaan subjektif mengenai ketegangan mental yang menggelisahkan sebagai reaksi umum dari ketidakmampuan mengatasi suatu masalah atau tidak adanya rasa aman. Perasaan yang tidak menentu tersebut pada umumnya tidak menyenangkan yang nantinya akan menimbulkan atau disertai perubahan fisiologis dan psikologis.

4.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada Nn. N dengan diagnosis Fraktur yaitu :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis: luka post operasi fraktur (*Open Reduction*)

Tujuan keperawatan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri teratasi. Kriteria hasil yaitu keluhan nyeri menurun dari 4 menjadi 2, meringis yang dirasakan menurun dan gelisah yang dirasakan menurun, cemas menurun.

Rencana Keperawatan dengan intervensi utama, manajemen nyeri yaitu Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas dan intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri, Berikan teknik relaksasi nafas dalam, Anjurkan teknik distraksi (tarik napas dalam dan mendengarkan musik klasik) bertujuan untuk mengurangi rasa nyeri, berikan terapi kolaborasi analgesik (Inj. Dexametopfen Darya Varia 2x50mg). Masalah dengan nyeri dapat diobati dua cara yaitu pengobatan secara farmakologis dan pengobatan non farmakologis, salah satu pengobatan non farmakologis yaitu dengan cara teknik terapi distraksi mendengarkan musik klasik yaitu terapi yang dapat digunakan untuk menurunkan nyeri pasca operasi.

Musik adalah usaha untuk meningkatkan kualitas fisik dan mental dengan rangsangan nada atau suara yang mengandung irama, lagu, dan keharmonisan yang merupakan suatu karya sastra zaman kuno yang bernilai tinggi yang terdiri dari melodi, ritme, harmoni, bentuk dan gaya yang diorganisir sedemikian rupa sehingga tercipta musik yang bermanfaat untuk kesehatan fisik dan mental (Mayenti, F., & Sari, 2020). Menurut Ulfa (2020)

musik mempengaruhi persepsi dengan cara sebagai berikut: Distraksi, yaitu pengalihan pikiran dari nyeri, musik dapat mengalihkan konsentrasi klien pada hal-hal yang menyenangkan. Relaksasi, musik menyebabkan pernafasan menjadi rileks dan menurunkan denyut jantung, karena orang yang mengalami nyeri denyut jantung meningkat. Menciptakan rasa nyaman jika mendengarkan musik yang mempunyai arti bagi mereka.

Asumsi penulis dalam rencana keperawatan ini pasien dapat mengontrol nyeri yang dirasakan dengan terapi non farmakologi yaitu teknik relaksasi nafas dalam, mendengarkan musik klasik dan terapi farmakologi (Inj. Dexametopfen Darya Varia 2x50mg).

2. Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif (Luka pada kaki kanan dan kiri terpasang back slab)

Tujuan keperawatan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tidak ada tanda-tanda infeksi, pasien mengatakan ketat pada luka dan panas.

Rencana Keperawatan dengan intervensi pencegahan infeksi yaitu Monitor tanda dan gejala infeksi, Berikan perawatan kulit pada area luka, Pertahankan kondisi aseptik pada luka. Pencegahan infeksi adalah mengidentifikasi dan menurunkan risiko terserang organisme patogenik (PPNI, 2017).

Luka adalah terganggunya integritas normal dari kulit dan jaringan dibawahnya yang terjadi secara tiba-tiba atau sengaja, tertutup atau terbuka, bersih atau kontaminasi, superfisial atau dalam. Luka merupakan rusaknya integritas jaringan tubuh, saat terjadi luka tubuh akan memberi respon melalui

3 fase proses penyembuhan luka yaitu fase inflamasi, fase rekontruksi, fase maturasi. Perawatan luka merupakan tindakan untuk merawat luka dengan tujuan meningkatkan proses penyembuhan jaringan dan mencegah infeksi (Sjamsuhidajat & de Jong, 2017).

Asumsi penulis dalam rencana keperawatan yaitu memfokuskan pada penyembuhan luka dengan perawatan luka. Perawatan luka merupakan tindakan untuk merawat luka dengan tujuan meningkatkan proses penyembuhan jaringan dan mencegah infeksi (Sjamsuhidajat & de Jong, 2017). Penggunaan antibiotik yang rasional menurunkan angka kejadian ILO (Murdiana, 2022). Antibiotik merupakan obat yang berfungsi menghambat pertumbuhan atau membunuh mikroorganisme. Pemberian antibiotik profilaksis secara intravena atau topikal telah dianggap sebagai salah satu pencegahan infeksi daerah operasi (Jimenez-Martinez, 2020).

Antibiotik profilaksis mengacu pada pencegahan komplikasi infeksi dengan pemberian agen mikroba yang efektif sebelum kontaminasi pajanan selama operasi. Konsentrasi antibiotik yang adekuat harus ada saat sayatan dan sepanjang prosedur operasi agar antibiotik profilaksis efektif. Bukti lebih lanjut menunjukkan konsentrasi antibiotic jaringan yang rendah pada saat penutupan luka dikaitkan dengan tingkat infeksi daerah operasi yang lebih tinggi. Untuk itu direkomendasikan pemberian antibiotic profilaksis dalam interval 120 menit sebelum sayatan dilakukan (WHO, 2018).

3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

Tujuan keperawatan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat, nyeri menurun, kelemahan

menurun, identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (kruk atau kursi roda), libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi). Asumsi peneliti dalam rencana keperawatan yaitu memfokuskan pada kemampuan aktivitas pasien meningkat dengan mengajarkan aktivitas distraksi.

Latihan mobilisasi dilakukan untuk mencegah adanya komplikasi, mencegah adanya dekubitus dan merangsang peristaltic serta dapat mengurangi nyeri yang dirasakan (Dwi Chrisna Susanti, Suryani, 2020).

Melakukan ROM aktif dan pasif merupakan tindakan yang sangat bermanfaat untuk dilakukan serta menghindari bahaya yang dapat terjadi seperti terhindar dari kemungkinan terjadinya gangguan fleksibilitas pada sendir setiap gerakan yang dilakukan dengan rentang yang penuh dapat mencegah keterbatasan dalam beraktivitas (M, R., & Fajri, 2021). Selama tindakan keperawatan yang diaplikasikan pada pasien, penulis mampu memotivasi pasien untuk melakukan ROM aktif dan pasif diikuti dengan pernyataan bahwa pasien bersedia untuk diajak bekerjasama demi mempercepat proses pemulihan (M, R., & Fajri, 2021).

Reposisi diikuti dengan imobilisasi dengan fiksasi luar dilakukan untuk fiksasi fragmen patahan tulang, dimana digunakan pin baja yang ditusukkan pada fragmen tulang, kemudian pin baja tadi disatukan secara kokoh dengan batangan logam di kulit luar. Keuntungan reposisi secara operatif adalah dapat

dicapai reposisi sempurna, bila dipasang fiksasi interna yang kokoh, sesudah operasi tidak diperlukan pemasangan gips lagi dan bisa dilakukan imobilisasi (M, R., & Fajri, 2021).

4. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

Tujuan keperawatan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat ansietas teratasi. Kriteria hasil yaitu verbalisasi khawatir akibat kondisi yang di hadapi menurun, perilaku gelisah dan tegang menurun, tekanan darah membaik

Rencana Keperawatan dengan intervensi utama, reduksi ansietas yaitu mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah (misal. Kondisi, waktu, stressor), monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal), menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami, anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi, latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan. Masalah dengan kecemasan dapat diobati dua cara yaitu pengobatan non farmakologis yaitu dengan cara mendengarkan ungkapan pasien dan memberikan teknik relaksasi dengan mendengarkan musik.

Kecemasan lebih diakibatkan karena jenis prosedur bedah, rasa nyeri, kehilangan kontrol, takut kematian dan ketidakmampuan setelah operasi. Kondisi perawatan di rumah sakit dan tim tenaga kesehatan juga ikut berkontribusi dalam meningkatkan kecemasan pada anak. Kondisi ini juga berpengaruh pada berubahnya respon fisiologis tubuh seperti meningkatnya nadi dan pernapasan serta peningkatan penggunaan analgetik pada periode

awal pasca operasi, yang berdampak pada kesembuhan anak setelah operasi (Karakul & Bolisik, 2018) .

Pemilihan terapi komplementer perlu diterapkan oleh perawat untuk mendukung perawatan pasien dan meningkatkan kualitas hidup. Terapi modalitas/ komplementer akan mengaktifkan persepsi sensorik sehingga memberikan efek relaksasi, mengurangi indikator fisiologis seperti denyut nadi, tekanan darah dan pernapasan. Efek relaksasi juga bermanfaat dalam mencegah gangguan tidur, rasa sakit dan kecemasan. Salah satu terapi komplementer adalah musik Vaajoki, Pietila, Kankkune, & Julkunen (2013) dalam Ulfa (2020).

Terapi musik, distraksi, dan hypnosis merupakan pendekatan non farmakologis yang memungkinkan dipergunakan untuk mengurangi kecemasan (Slater, Cornelissen, & Fabrizi, 2010). Musik bisa menurunkan frekuensi denyut jantung, mengurangi kecemasan dan depresi, menghilangkan nyeri, dan menurunkan tekanan darah (Potter & Perry, 2013). Musik yang akrab didengar dan sesuai dengan selera, akan menimbulkan kenyamanan, mengurangi kecemasan, meredakan depresi, meningkatkan suasana hati, membantu perawatan medis yang lebih pendek di rumah sakit, menurunkan tekanan darah, dan menghilangkan rasa sakit selama dan setelah operasi (Wijaya, A.S dan Putri, 2013).

Berdasarkan perencanaan dari tiga diagnosa diatas maka penulis melakukan beberapa tindakan keperawatan yaitu; melatih teknik relaksasi nafas dalam, memberikan perawatan luka dengan teknik steril untuk mencegah perluasan infeksi dan memberikan penjelasan atau edukasi

meningkatkan asupan nutrisi untuk membantu mempercepat penyembuhan luka dan memberikan aktivitas distraksi untuk meningkatkan energi dan menganjurkan istirahat yang cukup.

4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tahap proses keperawatan dimana perawat memberikan intervensi keperawatan langsung dan tidak langsung pada pasien. Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan intervensi keperawatan dilaksanakan secara terkoordinasi dan terintegrasi. Hal ini karena disesuaikan dengan keadaan yang sebenarnya.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis: luka post operasi fraktur (*Open Reduction*)

Tindakan keperawatan yang dilakukan oleh penulis selama melakukan asuhan keperawatan di rumah sakit adalah mengkaji TTV, mengkaji karakteristik nyeri pasien, mengajarkan teknik relaksasi nyeri dengan nafas dalam dan mendengarkan musik POP, mengatur posisi yang nyaman bagi pasien menganjurkan pasien posisi semi fowler atau setengah duduk pada tempat tidur, memberikan obat analgetik sesuai program injeksi Dexketoprofen Darya Varia 2x50mg.

Aspek penting dalam peran perawat bedah adalah pengenalan akan nyeri, penilaian dan perawatan. Pada saat yang sama perawat profesional diharuskan untuk bertindak sebagai penasihat pasien, menggunakan bukti yang terbaik dengan mempertahankan pengetahuan dan keterampilan untuk praktik yang aman dan efektif (Nursing & Midwifery Council, 2015).

Pengkajian nyeri meliputi ekspresi nyeri, skala peringkat nyeri, dan deskripsi nyeri dapat dikaji dengan pedoman singkat COLDSPA yaitu *Character* (karakter), *Onset* (awitan), *Location* (lokasi), *Duration* (durasi), *Severity* (keparahan), *Pattern* (pola), *Associated Factor or Related Occurrences* (faktor terkait atau kejadian terkait) (Rosdahl & Kowalski 2012 dalam Ana I, 2020).

Asumsi penulis dalam tindakan keperawatan ini yaitu dengan memberikan teknik non farmakologi relaksasi nafas dalam dan terapi musik klasik dapat menurunkan rasa nyeri pada klien. Kolaborasi obat anti nyeri juga penting pada klien untuk menurunkan intensitas nyeri.

2. Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif (luka pada kaki kanan dan kiri terpasang *back slab*)

Tindakan keperawatan yang dilakukan oleh penulis selama melakukan asuhan keperawatan di rumah sakit memberikan perawatan kulit pada area luka dengan mempertahankan kondisi aseptik pada luka, menjelaskan tanda gejala infeksi, mengajarkan mencuci tangan dengan benar, mengajarkan cara memeriksa luka.

Sama halnya dengan tindakan lanjutan pasca bedah lainnya, penggantian balutan luka pasca bedah ORIF merupakan tindakan rutin yang wajib dilakukan. Hal ini perlu dilakukan untuk memaksimalkan hasil (*outcome*) pembedahan karena hasil pembedahan tidak hanya ditentukan oleh keberhasilan tindakan pembedahan saja, namun juga oleh perawatan luka setelah pembedahan. Perawatan luka harian meliputi penggantian balutan luka dianggap sebagai bagian penting dari program perawatan pasca

pembedahan. Perawatan luka yang efektif dan tepat akan berdampak positif pada proses akselerasi pemulihan luka (Mirhaj, 2022). Asumsi penulis dalam melakukan tindakan tersebut yaitu untuk menurunkan infeksi pada luka dan mempercepat penyembuhan luka dengan memberikan tindakan edukasi untuk mempercepat penyembuhan dan perawatan luka.

3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

Tindakan keperawatan yang dilakukan oleh penulis selama melakukan asuhan keperawatan di rumah sakit yaitu mengobservasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur), libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).

Latihan mobilisasi dilakukan untuk mencegah adanya komplikasi, mencegah adanya dekubitus dan merangsang peristaltic serta dapat mengurangi nyeri yang dirasakan (Dwi Chrisna Susanti, Suryani, 2020). Memberikan tindakan atau terapi ROM (Range of motion) adalah sebuah latihan yang dilakukan guna mempertahankan dan memperbaiki kemampuan pergerakan sendi secara normal dan lengkap guna meningkatkan masa dan tonus otot (Potter & Perry, 2015). Asumsi peneliti dalam melakukan tindakan yaitu memfokuskan pada keinginan pasien untuk beraktivitas meningkat dengan melakukan mobilisasi serta memberikan terapi ROM.

4. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

Tindakan keperawatan yang dilakukan oleh penulis selama melakukan asuhan keperawatan di rumah sakit adalah mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah (misal. Kondisi, waktu, stressor), memonitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal), menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, menjelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami, menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi, melatih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan. Masalah dengan kecemasan dapat diobati dua cara yaitu pengobatan non farmakologis yaitu dengan cara mendengarkan ungkapan pasien dan memberikan teknik relaksasi dengan mendengarkan musik.

Musik mengaktifkan sistem saraf parasimpatis dan menyebabkan penurunan tanda fisiologis seperti tekanan darah, denyut nadi dan pernapasan (Karakul & Bolisik, 2018). Pengukuran kecemasan disini menggunakan Visual Analog Scale/ VAS yang mempunyai rentang penilaian kecemasan antar 0-10. Rentang nilai 0 dikatakan tidak ada kecemasan, nilai 1-3 dikatakan sebagai cemas ringan, nilai 4-6 dikatakan sebagai cemas sedang, diantara nilai 7-9 cemas berat, dan 10 dianggap panik atau kecemasan luar biasa (Kustiningsih, 2020).

Asumsi penulis dalam tindakan keperawatan ini yaitu dengan memberikan teknik non farmakologi mendengarkan musik dan membantu pasien mengungkapkan perasaannya.

4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi yaitu penilaian hasil dan proses. Penilaian hasil menentukan seberapa jauh keberhasilan yang dicapai sebagai keluaran dari tindakan. Evaluasi pada pasien Nn. N dengan diagnosa Fraktur atau patah tulang di Ruang H1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yaitu :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis: luka post operasi fraktur (*Open Reduction*)

Evaluasi pada diagnosa ini dilakukan pada hari ketiga tanggal 04 Desember 2022 dengan hasil subjektif pasien mengatakan nyeri berkurang. Hasil objektif pasien sudah tidak menunjukkan ekspresi wajah meringis/kesakitan, ttv dalam batas normal tekanan darah 127/72mmhg, Nadi 100x/menit, RR 20x/menit, Suhu 36,5°C, SPO² 99%. Assesment masalah keperawatan teratasi sebagian, *Planning* yaitu intervensi dilanjutkan.

2. Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif (Luka pada kaki kanan dan kiri terpasang back slab)

Evaluasi pada diagnosa ini dilakukan pada hari ketiga tanggal 04 Desember 2022 dengan hasil subjektif pasien mengatakan luka pada kaki kanan dan kiri tidak ketat ataupun kaku lagi, keluhan nyeri post operasi berkurang dan tidak panas. Hasil objektif pasien tidak ada tanda infeksi pada luka post operasi *open reduction* (tidak terdapat pus, kemerahan berkurang, tidak ada rembesan pada dressing, tidak ada *bledding*), ttv normal tekanan darah 127/72mmhg, Nadi 100x/menit, RR 20x/menit, Suhu 36,5°C, SPO² 99%. Assesment masalah keperawatan teratasi sebagian, *Planning* yaitu intervensi dilanjutkan.

3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

Evaluasi pada diagnosa ini dilakukan pada hari ketiga tanggal 04 Desember 2022 dengan hasil subjektif pasien mengatakan bisa duduk sendiri tanpa bantuan dari keluarga. Hasil objektif pasien tampak sudah dapat beraktivitas secara mandiri seperti menggapai benda yang ada di meja, miring kanan kiri, dibiasakan posisi duduk semifowler (dengan menggunakan korset), ttv normal tekanan darah 127/72mmhg, Nadi 100x/menit, RR 20x/menit, Suhu 36,5°C, SPO² 99%. Assesment masalah keperawatan teratasi sebagian. Planning yaitu pertahankan kondisi.

4. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

Evaluasi pada diagnosa ini dilakukan pada hari ketiga tanggal 04 Desember 2022 dengan hasil subjektif pasien mengatakan rasa kekhawatirannya berkurang seiring berjalannya waktu. Hasil objektif pasien pasien tidak tampak gelisah, tegang, sulit tidur, tekanan darah 127/72mmhg, frekuensi nadi 100x/menit, prekuensi pernapasan 19x/menit, tetap menerapkan teknik relaksasi dengan mendengarkan music kesukaanya untuk mengurangi rasa cemasnya. Assesment masalah keperawatan teratasi sebagian. Planning yaitu lanjutkan intervensi.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan diagnosis medis Fraktur atau Patah tulang di Ruang H1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya, kemudian penulis dapat menarik simpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis Fraktur atau Patah tulang.

5.1 Simpulan

1. Hasil pengkajian pada pasien pada Nn. N dengan diagnosis medis fraktur kalkaneus didapatkan data pada pasien yaitu dengan keluhan utama nyeri akut, pasien mengatakan nyeri, *provoking* (P): nyeri menurun, *quality* (Q): klien mengatakan nyeri seperti cekot-cekot, *region* (R): kaki kanan dan kiri, *severity* (S): skala nyeri 2 (ringan) dari 0-10 skala nyeri, *time* (T): hilang timbul.
2. Diagnosis keperawatan pada Nn. N dengan diagnosis medis fraktur kalkaneus dan telah diprioritaskan menjadi: Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis: luka post operasi fraktur (*Open Reduction*) (SDKI, D.0077, Hal: 172), Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif (Luka pada kaki kanan dan kiri terpasang back slab) (SDKI, D.0142, Hal: 304), Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (SDKI, D.0054, Hal: 124), Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (SDKI, D.0080, Hal: 180).
3. Intervensi keperawatan pada Nn. N dengan diagnosis medis Fraktur Kalkaneus *Post Op Open Reduction And Internal Fixation* (ORIF) diagnosis keperawatan

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis: luka post operasi fraktur (*Open Reduction*) (SDKI, D.0077, Hal: 172) dengan intervensi utama manajemen nyeri, Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif (Luka pada kaki kanan dan kiri terpasang back slab) (SDKI, D.0142, Hal: 304) dengan intervensi utama pencegahan infeksi, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (SDKI, D.0054, Hal: 124) dengan intervensi utama terapi ROM dan mobilisasi, Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (SDKI, D.0080, Hal: 180) dengan intervensi utama manajemen reduksi ansietas dan teknik relaksasi.

4. Implementasi keperawatan pada Nn. N dengan diagnosis medis Fraktur Kalkaneus disesuaikan dengan diagnosis keperawatan yang ada; Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis luka post operasi fraktur (*Open Reduction*) dengan memberikan teknik relaksasi tarik napas dalam, terapi musik klasik dan memberikan analgesik sesuai anjuran dokter. Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif (Luka pada kaki kanan dan kiri terpasang back slab) dengan melakukan perawatan luka dan pemberian antibiotik. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dengan memberikan latihan ROM dan mobilisasi dini. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional memberikan teknik relaksasi mendengarkan music kesukaan.
5. Hasil evaluasi keperawatan pada Nn. N dengan diagnosis medis Fraktur Kalkaneus disesuaikan dengan diagnosis keperawatan yaitu: Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis: luka post operasi fraktur (*Open Reduction*), Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif (Luka

pada kaki kanan dan kiri terpasang *back slab*), Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dan ansietas berhubungan dengan krisis situasional teratasi sebagian sesuai dengan tujuan keperawatan yang telah ditetapkan.

5.2 Saran

1. Bagi Pasien

Pasien dan keluarga hendaknya lebih memperhatikan dalam hal mobilisasi post operasi dan perawatan pasien dirumah. Pasien harus bisa menerapkan tindakan untuk mencegah terjadinya fraktur atau patah tulang berulang.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat dijadikan literature sebagai wawasan dalam menambah ilmu dan dapat menerapkan tindakan keperawatan yang sesuai dengan pasien khususnya pada pasien dengan fraktur kalkaneus.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Karya ilmiah akhir ini diharapkan meningkatkan mahasiswa keperawatan dalam mengelola pasien dengan fraktur kalkaneus khususnya pada pasien post operasi dan dapat mempermudah melakukan penelitian atau perbandingan dalam mengelola pasien dengan fraktur kalkaneus.

4. Bagi Ruangan

Petugas kesehatan khususnya perawat dapat mempertahankan tindakan yang sudah dilakukan yaitu menerapkan teknik aseptik dalam melakukan perawatan pada pasien dengan fraktur kalkaneus.

5. Bagi Penulis Selanjutnya

Hasil penulisan ini diharapkan dapat menjadi salah satu rujukan atau perbandingan bagi penulisan berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan diagnosa medis fraktur kalkaneus.

DAFTAR PUSTAKA

- Adams, C. J. (2019). *Outline of Fracture Including Joint Injuries* (Tenth Edit). Churchill Livingstone.
- Adinda. (2021). *Pemulihan Fraktur Calcaneus: Berjalan setelah Operasi Fraktur Calcaneal*. December 07, 2021 3:50 Am. <https://hisham.id/kesehatan/pemulihan-fraktur-calcaneus-berjalan-setelah-operasi-fraktur-calcaneal.html>
- Ana I. H., Early O.L., Kusman I., N. (2020). Pengalaman dan Manajemen Nyeri Pasien Pasca Operasi di Ruang Kemuning V RSUP DR. Hasan Sadikin Bandung : (Studi Kasus). *Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan, Vol.11 No.*, 187–204.
- Andri, J., Febriawati, H., Padila, P., J, H., & Susmita, R. (2020). Nyeri pada Pasien Post Op Fraktur Ekstremitas Bawah dengan Pelaksanaan Mobilisasi dan Ambulasi Dini. *Journal of Telenursing (JOTING)*, 2(1), 61–70. <https://doi.org/https://doi.org/10.31539/joting.v2i1.1129>
- Apley, A. G. and Solomon, L. (2018). *Apley and Solomon's System of Orthopaedics and Trauma. tenth Edit. Edited by B. Ashley W, R. Michael, and W. David. New York: CRC Press. Available at.*
- Dwi Chrisna Susanti, Suryani, R. (2020). *Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Skala Nyeri Pada Pasien Post Operasi Fraktur Diruang Kenanga RSUD Kalijaga Demak. 5(1)*, 15–23.
- Fitri, R. F., & Akmal, E. (2019). Open Reduction Internal Fixation (ORIF) pada Fraktur Kominutif Parasimfisis Mandibula. *SCRIPTA SCORE Scientific Medical Journal*, 1(1), 8.
- Harrison T, Robinson P, Cook A, P. M. (2012). Factors affecting the incidence of deep wound infection after hip fracture surgery. *J Bone Jt Surg - Ser B*. <https://doi.org/10.1302/0301-620X.94B2.27683>.
- Herdman, T. . (2018). *NANDA International Nursing Diagnoses: definitions and classification 2018-2020*. EGC.
- Ihtisan, A. H. (2017). *Upaya Peningkatan Mobilitas Fisik pada Pasien Post ORIF Fraktur Femur Sinistra*.
- Jimenez-Martinez, M. (2020). Fatigue Of Offshore Structures: A Review Of Statistical Fatigue Damage Assessment For Stochastic Loadings. *International Journal Of Fatigue*, 132, 105327.

- Juniantara I Gusti Bagus Indra Angganugraha Putra, I Ketut Siki Kawiyana, Ketut Gede Mulyadi Ridia, Putu Astawa, I Ketut Suyasa, I Wayan Suryanto Dusak, I. G. E. W. (2021). Kadar hemoglobin, konfigurasi fraktur, dan kerusakan jaringan sebagai faktor risiko terjadinya infeksi luka operasi pasca open reduction internal fixation fraktur tertutup tulang panjang ekstremitas bawah. *Medicina*, 52 (1), 6–11.
- Kemenkes RI. (2018). *Prevalensi Cidera Akibat Kecelakaan di Indonesia*.
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. J. (2019). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan 1*.
- Kustiningsih. (2020). Efektivitas Terapi Musik Dalam Menurunkan Kecemasan, tekanan darah dan Pernapasan anak Setelah Operasi. *Intan Husada : Jurnal Ilmiah Keperawatan*, 8 (2)(juni 2020), 38–48.
- Lemone, Priscilla, D. (2017). *'Buku Ajar Keperawatan Medical Bedah': Gangguan Muskuloskeletal. 5th edn*. EGC.
- Lukman & Nurna Ningsih. (2018). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal*. Salemba Medika.
- M, R., & Fajri, J. Al. (2021). Pengaruh Range Of Motion Aktif terhadap Pemulihan Kekuatan Otot dan Sendi Pasien Post Op Fraktur Ekstremitas Di Wilayah Kerja Puskesmas Muara Kumpeh. *Jurnal Akademika Baiturrahim Jambi*, 10 (2), 324. <https://doi.org/http://doi.org.36565/jab.v.10i2.343>
- Mayenti, F., & Sari, Y. (2020). Efektifitas Teknik Distraksi Musik Klasik Mozart Untuk Mengurangi Nyeri Pada Pasien Post Operasi Fraktur. *Jurnal Akademika Baiturrahim Jambi*, 9(1), 98. <https://doi.org/https://doi.org/10.36565/jab.v9i1.193>
- Melti Suriya, S. Kep, Ners, M. Kep & Zuriati, S. Kep, Ners, M. K. (2019). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Pada Sistem Muskuloskeletal Aplikasi Nanda NIC & NOC*. Pustaka Galeri Mandiri.
- Mirhaj, M., Labbaf, S., Tavakoli, M., & Seifalian, A. M. (2022). Emerging Treatment Strategies in Wound Care. *International Wound Journal*, 19(4), 1–21. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/iwj.13786>
- Murdiana, H. . (2022). Evaluasi penggunaan profilaksis antibiotik bedah umum di Rumah sakit Pemerintah Yogyakarta. *Health Science and Pharmacy Journal*, 6 (1), 1–9. <https://doi.org/https://doi.org/10.20473/jovin.v1i1.19873>.
- Muttaqin, Arif & Sari, K. (2018). *Gangguan Gastrointestinal : Aplikasi Asuhan Keperawatan Medikal bedah*. Salemba medika.
- Nayagam S. P. (n.d.). Dalam: Solomon L, Warwick D, Nayagam S. Apley's System of Orthopaedics and Fractures Ninth Edition. *Rinciples of Fractures*. london: Hodder %0AEducation. 2010. p687-732

- Nurarif, Amin Huda & Kusuma, H. (2018). *Asuhan Keperawatan Praktis Berdasarkan Penerapan Diagnosa Nanda, NIC, NOC dalam Berbagai Kasus(1st ed.)*. Mediacion Publishing.
- Nurarif, dkk. (2016). *Asuhan Keperawatan Praktis jilid 1 (jilid 1)*. Mediaciton.
- Nursing & Midwifery Council. (2015). *The code: Professional standards of practice and behaviour for nurses, midwives and nursing associates*. <http://www.nmc.org.uk/globalasse%0Ats/sitedocuments/nmc%02publications/revised-new-nmc-code.pdf>
- Padila. (2019). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Nuha Medika.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2015). *Fundamental Keperawatan (7th ed.)*. Salemba Medika.
- R. Deni Indrawan, S. N. H. (2021). Asuhan Keperawatan Pada Ny.S dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal Post Op Orif Hari Ke-1 Akibat Fraktur Femur Sinistra 1/3 Proximal Complate. *Cerdika: Jurnal Lmiah Indonesia, 1 (10)*, 1345–1359. <http://cerdika.publikasiindonesia.id/index.php/cerdika/index>
- Richard L. Drake, A Wayne Vogl, A. W. M. M. (2018). *Gray's Basic Anatomy E Book*. Elsevier.
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). (2018). *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2018*. Agustus 2018. http://www.depkes.go.id/resources/download/infoterkini/materi_rakorpop_20%0A18/Hasil Riskesdas 2018.pdf
- Sanjaya, Wiji Maria, Lilla Maulidia, R. (2022). Pengaruh Pemberian Teknik Distraksi Audio Visual Terhadap Skala Nyei Pada Pasien Anak Post Operasi. *Journals of Ners Community, 13 No. 4*, 429–437.
- Singer BR, McLauchlan GJ, Robinson CM, C. J. (2019). Epidemiology of fractures in 15 000 adults: the influence of age and gender. *The Journal of Bone and Joint Surgery British Volume, 80(2)(1998 Mar)*, 243–248.
- Siti Maryam Bachtiar. (2018). Penerapan Askep Pada Pasien Ny. N Dengan Post Operasi Fraktur Femur Dextra Dalam Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas. *Jurnal Media Keperawatan: Politeknik Kesehatan Makassar, 9(2)*.
- Sjamsuhidajat & de Jong. (2017). *Buku Ajar Ilmu Bedah (3rd ed.)*. Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Smeltzer, S. C., & Barre, B. G. (2017). Buku ajar keperawatan medikal-bedah Brunner & Suddarth. *Journal of Chemical Information and Modeling*.

- Sudrajat, A., Wartonah, W., Riyanti, E., & Suzana, S. (2019). Self Efficacy Meningkatkan Perilaku Pasien Dalam Latihan Mobilisasi Post Operasi ORIF Pada Ekstremitas Bawah. *Jurnal Ilmu Dan Teknologi Kesehatan*.
- Suryani, M., & Soesanto, E. (2020). Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Fraktur Tertutup Dengan Pemberian Terapi Kompres Dingin. *Ners Muda*, 1(3), 172. <https://doi.org/https://doi.org/10.26714/nm.v1i3.6304>
- Tamin, R. (2020). *Infeksi Luka Operasi*. ALODOKTER. <http://www.alodokter.com>
- TH, M. C. R. M. (2019). *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah dan Penyakit Dalam*. Nuha Medika.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2017). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat.
- Ulfa, E. H. (2020). Pengaruh Terapi Musik Klasik Terhadap Skor Nyeri Pasien Post Operasi Fraktur Di Rsud Kota Madiun. *Sell Journal*, 5 (1), 55.
- V. C., Manjas, M., & Rasyid, R. (2018). Distribusi Fraktur Femur Yang Dirawat Di Rumah Sakit Dr.M.Djamil, Padang (2010-2012). *Jurnal Kesehatan Andalas*, 6(3), 586. <https://doi.org/https://doi.org/10.25077/jka.v6i3.742Silva>
- Vincencia Desy Ayuningtyas, Hermani Tiredjeki, S. T. R. . (2018). Psikoedukasi terhadap Tingkat Kecemasatn Pada Pasien Pre Operasi Fraktur Usia Remaja. *Jurnal Riset Kesehatan*, 7(2), 110–116. <https://doi.org/10.31983/jrk.v7i2.3539>
- Wahyuningsih, E., & Khayati, N. (2021). Terapi Murottal Menurunkan Tingkat Nyeri Pasien Post Sectio Caesaria. *Ners Muda*, 2(1), 1. <https://doi.org/https://doi.org/10.26714/nm.v2i1.6214>
- WHO. (2018). *Surgery in the World*.
- Wijaya, A.S dan Putri, Y. . (2013). *Keperawatan Medikal Bedah 2, Keperawatan Dewasa Teori dan Contoh Askep*. Nuha Medika.

Lampiran. 1 *Curriculum Vitae*

CURRICULUM VITAE

Nama : Ulfa Trianingsih
Nim : 2230113
Program Studi : Profesi Ners
Tempat Tinggal : Surabaya, 30 November 1999
Agama : Islam
Alamat : Jalan. Krembangan Bhakti VI/27, Surabaya
No.Telp : 089680306810
Email : ulfatrianingsih30@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

1. TK Muliya Surabaya : 2003-2004
2. SD Kemala Bhayangkari 9 Surabaya : 2005-2011
3. SMP Unesa 1 Surabaya : 2012-2014
4. SMA Hang Tuah 1 Surabaya : 2015-2017
5. S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya : 2017-2021

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

"Take chances, make mistakes. That's how you grow".

"Pain nourishes your courage".

"You have to fail in order to practice being brave".

PERSEMBAHAN

Hasil karya ini saya persembahkan kepada :

1. Kepada Allah SWT yang telah memberikan kesempatan, kemudahan, kelancaran, petunjuk sehingga saya mampu menyelesaikan tugas akhir ini untuk menyelesaikan jenjang Profesi Keperawatan.
2. Kepada orang tua saya (Bambang Suheri dan Wuryaningsih) yang telah memberikan motivasi tak pernah lelah untuk selalu mendoakan saya dengan tulus dan ikhlas dalam menemani dan membantu saya untuk menyelesaikan tugas akhir saya.
3. Kepada kedua kakak kandung saya (Siska Apriliani dan Ilham Kristanto) yang selalu menemani dan memotivasi untuk menyelesaikan tugas akhir ini.
4. Kepada sahabat terdekat saya dikampus (Aisyah dan Tiyas) yang selalu menemani dan membantu saya disaat menyusun tugas akhir ini, serta yang selalu memberikan Doa dan motivasi dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
5. Kepada semua teman-teman angkatan 23 yang dari awal sampai akhir perkuliahan tetap saling membantu, semoga bisa tetap kompak.

Lampiran. 3 Standart Operasional Prosedur (SOP)

Standart Operasional Prosedur (SOP)

	<p align="center">SOP (STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR) PENGKAJIAN LUKA</p>
<p align="center">PENGETIHAN DAN TUJUAN</p>	<p>Tindakan mengkaji luka pada pasien untuk :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui kondisi luka apakah mengalami perbaikan atau tidak 2. Menentukan dressing yang cocok pada luka agar mempercepat penyembuhan luka
<p align="center">PROSEDUR PENGKAJIAN</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. LOCATION (lokasi luka) Contoh : Ekstremitas Bawah Sinistra Area Tibia 2. DIMENSION (dimensi luka) Panjang, lebar, kedalaman, cafelil / lubang 3. WOUND BASE COLOR (Warna dasar luka) Red / merah : granulasi luka bagus Yellow / kuning : pus luka nanah, Black / hitam : nekrotik jaringan mati, un faskularisasi, sirkulasi buruk 4. Tipe Jaringan / type of tissue 5. STAGE / GRADE (derajat luka) kedalaman (epidermis, dermis, subcutis, tendon / muscul) 6. SUTURE (jahitan pada luka) Masih bagus / terlepas/ bernanah/ bengkak/ 7. WOUND EDGE (Tepi luka) Pink : jaringan epitel merah muda Jaringan nekrosis tebal dan keras 8. PERIWOUND SKIN (Kulit sekitar luka) Kemerahan, bengkak 9. EXUDATES / DISCHARGE / DRAINAGE (keluaran luka) Darah / bloody (merah maroon) Serosanguineous (merah muda) Serous (jernih) Purulent (kuning keruh, puss) 10. ODOR (bau pada luka) Seperti luka gangren

	SOP (STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR) PERAWATAN LUKA
PENGERTIAN DAN TUJUAN	Tindakan mengkaji luka pada pasien untuk : 1. Mengetahui kondisi luka apakah mengalami perbaikan atau tidak 2. Menentukan dressing yang cocok pada luka agar mempercepat penyembuhan luka
ALAT DAN BAHAN	Pengkajian: 1. Bates Jansen Assessment Tool 2. Penggaris untuk mengukur luka 3. Kamera : foto luka 4. Alat kultur 5. Speknomanometer & stetskop: Mengukur ABI Cleansing & debridement 1. Sarung tangan bersih 1 2. Perlak 1 3. Bengkok 1 4. Normal salin secukupnya 5. instrument bak steril 1 : tepat alat steril 6. gunting jaringan steril 1 7. pinset anatomi steril 1 8. pinset sirusi steril 1 Dressing 1. Sarung tangan steril 1 2. Dressing :Hidrogel, hidrokoloid, calcium alginate dll 3. Kasa steril secukupnya 4. Hipafik atau transparan film secukupnya 5. Gunting verban 1 6. Tempat sampah 1
PROSEDUR PELAKSANAAN	Tahap Pra Interaksi 1. Persiapan Perawat a. Managemen emosi b. Managemen penampilan 2. Persiapan Pasien Cek identitas & tindakan yang akan diberikan ke pasien 3. Persiapan alat Tahap Orientasi 1. Mengucapkan salam terapeutik. Ex. asalamualaikumWr.Wb./ selamat pagi/ siang/ malam 2. Memperkenalkan diri bila bertemu pasien pertama kali. Ex: Ibu perkenalkan nama saya farida saya yang merawat ibu pada ship pagi hari ini, mohon maaf nama ibu sri hariani, biasa dipanggil siapa bu. 3. Menjelaskan pada pasien dan keluarga tentang prosedur

	<p>dan tujuan tindakan yang akan dilaksanakan. (Penjelasan yang disampaikan dimengerti klien/keluarganya & Selama komunikasi digunakan bahasa yang jelas, sistematis serta tidak mengancam) ex: ibu saat ini saya akan melakukan perawatan luka supaya luka ibu cepet sembuh dan tidak infeksi.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Menanyakan persetujuan / inform consent. ex: apakah ibu berkenan kami lakukan rawat luka? 5. Klien/keluarga diberi kesempatan bertanya untuk klarifikasi (Privacy pasien selama komunikasi dihargai & memperlihatkan kesabaran , penuh empati, sopan, dan perhatian serta respek selama berkomunikasi dan melakukan tindakan). Ex: sebelum saya mulai rawat luka, barangkali ada yang mau ditanyakan ibu. 6. Membuat kontrak (waktu, tempat dan tindakan yang akan dilakukan). Ex: saat kami merawat luka, kurang lebih waktunya 30 menit. <p>Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan 2. Mendekatkan alat-alat kedekat pasien 3. Pasang sarung tangan bersih. <p>Pengkajian Luka</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Pengkajian luka menggunakan bates jansen assessment tool <ol style="list-style-type: none"> a. Ukuran luka b. Kedalaman luka c. Tepi luka d. Undermining e. Tipe jaringan nekrotik f. Jumlah jaringan nekrotik g. Tipe eksudat h. Jumlah eksudat i. Warna kulit sekitar luka j. Jaringan edema perifer k. Jaringan granulasi l. Jaringan epitelisasi 5. Cleansing (Membersihkan Luka) <ol style="list-style-type: none"> a. Masih menggunakan sarung tangan bersih b. Bersihkan dengan tehnik salah satu atau kombinasi : <ol style="list-style-type: none"> 1) Irigasi: memberikan tekanan atau menyemprotkan pada cairan yang digunakan untuk membersihkan luka 2) Perendaman : merendam luka 3) Swabbing : mengusap atau menggosok Dengan menggunakan cairan normal salin/cairan yang dikomersilkan pabrik c. Luka dikeringkan dengan kasa steril
--	--

	<p>6. Debridement (luka kronis)</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Chemical debridemen : menggunakan enzim (pepaya), magot (belatung) b. Mechanical debridemen : menggunakan kasa (digosok/diusap), pinset, irigasi tekanan tinggi c. Autolisis debridemen : pengangkatan jaringan mati sendiri. Balutannya : gel, koloid, cream, salf d. Conservative sharp wound debridement (CSWD) : pengangkatan jaringan mati dg menggunakan gunting, pinset bisturi hanya pd jaringan mati. <p>7. Pemilihan Dressing</p> <p>Primeri dressing</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Ganti sarung tangan steril b. Gunakan balutan sesuai hasil pengkajian : <ol style="list-style-type: none"> 1) Hidrogel atau hidrokoloid untuk mencegah infeksi & membuat moist luka serta membantu kenyamanan pasien, 2) calcium alginate, bila terdapat perdarahan dll Kemudian tutup kasa steril <p>Sekundari dressing :</p> <ol style="list-style-type: none"> c. tutup luka dengan hipafik dengan cara occlusive dressing. (luka jangan sampai tampak keliatan dari luar. Ukur ketebalan kasa atau bahan topikal yang ditempelkan ke luka harus mampu membuat suasana optimal (moisture balance) dan mensupport luka kearah perbaikan atau segera sembuh). d. Rapikan seluruh alat-alat dan perhatikan pembuangan sampah medis. <p>Tahap Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Akhiri kegiatan dengan memberikan reward. Ex: terimakasih ibu atas kerjasamanya 2. Mengingatkan kepada pasien kalau membutuhkan perawat, perawat ada di ruang keperawatan. Ex: jika ibu membutuhkan kami silahkan pencet bel atau datang di ruang keperawatan 3. Mengucapkan salam terapiutik. Ex: wassalamualaikum/selamat pagi/siang/malam 4. Catat tindakan yang dilakukan dan hasil serta respon klien pada lembar catatan perkembangan klien
REFERENSI	(Tamin, 2020)

SGAS Pembimbing dan Kelompok Mahasiswa



YAYASAN NALA
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya
RUMAH SAKIT PUSAT TNI-AL dr. RAMELAN
Jl. Gadung No. 1 Surabaya 60144 Telp./Fax. (031) 8411721
www.stikeshangtuah-sby.ac.id email : info@stikeshangtuah-sby.ac.id

SURAT - TUGAS

Nomor : **SGAS/ 3 /I/2023/SHT**

Pertimbangan : Bahwa dalam rangka pelaksanaan Ujian Karya Ilmiah Akhir (KIA) mahasiswa Prodi Pendidikan Profesi Ners STIKES Hang Tuah Surabaya TA. 2022/2023 perlu dikeluarkan Surat Tugas sebagai Penguji.

Dasar : Program Kerja Prodi Pendidikan Profesi Ners STIKES Hang Tuah Surabaya TA. 2022/2023.

DI - TUGASKAN

Kepada : **Daftar Nama Dosen dan Mahasiswa STIKES Hang Tuah Surabaya Sesuai Daftar Lampiran**

Untuk : 1. Selain tugas dan jabatan yang ada, ditunjuk sebagai penguji Ujian Karya Ilmiah Akhir (KIA) mahasiswa Prodi Pendidikan Profesi Ners STIKES Hang Tuah Surabaya TA. 2022/2023.

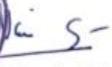
2. Dalam melaksanakan tugasnya agar berkoordinasi dengan pihak-pihak yang terkait dan memperhatikan protokol kesehatan pencegahan penyebaran Covid-19 yang berlaku.

3. Melaporkan hasil pelaksanaan tugas kepada Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya pada kesempatan pertama melalui Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners.

4. Melaksanakan tugas ini dengan penuh rasa tanggung jawab.

Selesai.

Dikeluarkan di : Surabaya
Pada tanggal : **9 Januari 2023**

STIKES Hang Tuah Surabaya
Ketua



Dr. A. Wasil Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes.
NIP. 04015

Tembusan :

1. Ketua Pengurus Yayasan Nala
2. Puket I, II STIKES Hang Tuah Surabaya
3. Ka Prodi Dik. Profesi Ners SHT Sby

Lampiran. 5 Lembar Pengajuan Ujian Karya Ilmiah Akhir (KIA)

LEMBAR PENGAJUAN UJIAN KARYA ILMIAH AKHIR (KIA)

Lampiran. 6 Lembar Bimbingan

**LEMBAR BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR MAHASISWA PRODI
PROFESI NERS STIKES HANG TUAH SURABAYA
TAHUN 2022/2023**