

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. N DENGAN
DIAGNOSIS MEDIS POST OPERASI *CLOSE*
FRAKTUR RADIUS DEKSTRA DI RUANG
G1 RSPAL dr. RAMELAN SURABAYA**



Oleh :
DWI WAHYU ENDARTI, S.Kep
NIM. 2230035

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2023**

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. N DENGAN
DIAGNOSIS MEDIS POST OPERASI *CLOSE*
FRAKTUR RADIUS DEKSTRA DI RUANG
G1 RSPAL dr. RAMELAN SURABAYA**

Karya ilmiah akhir ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ners (Ns)



Oleh :
DWI WAHYU ENDARTI, S,Kep
NIM. 2230035

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
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 plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 17 Januari 2023

Dwi Wahyu Endarti, S.Kep
NIM. 2230035

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : Dwi Wahyu Endarti

NIM : 2230035

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny. N dengan Diagnosis Medis

Close Fraktur Radius Dekstra di Ruang G1 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

Pembimbing Lahan

Imroatul Farida. S. Kep., Ns., M. Kep
NIP. 03028

Amy Ardianti, S.Kep., Ns., M.Tr.Kep
Nip. 197901242006042001

Mengetahui
Ka. Prodi Pendidikan Profesi Ners
Stikes Hang Tuah Surabaya

Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 03.009

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Dwi Wahyu Endarti

NIM : 2230035

Program Studi : S1 Keperawatan

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny.N Dengan Diagnosis Medis
Close Fraktur Radius Dekstra Di Ruang G1 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 program studi Pendidikan Profesi Ners STIKES Hang Tuah Surabaya.

Penguji I : **Dwi Priyantini, S.Kep., Ns., M.Sc** _____
NIP. 03006

Penguji II : **Imroatul Farida, S.Kep.,Ns.,M.Kep** _____
NIP. 03028

Penguji III : **Amy Ardianti, S.Kep., Ns.,M.Tr.Kep** _____
NIP. 197901242006042001

Mengetahui,

**STIKES HANG TUAH SURABAYA
KA PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS**

Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 03.009

Ditetapkan di : Surabaya

Tanggal : 17 Januari 2023

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmad dan hidayah-Nya pada 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 sebesar – besarnya kepada :

1. Laksamana Pertama TNI dr. Gigih Imanta J., Sp.PD., Finasim, MM, selaku Kepala Rumah Sakit RSPAL dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan izin dan lahan praktik untuk penyusunan karya ilmiah akhir.
2. Dr. A. V. Sri Suhardiningsih, SKp., M.Kep, selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami menyelesaikan pendidikan Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu 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 memberi masukan serta saran yang baik dan dengan teliti pada skripsi ini.
5. Ibu Imroatul Farida, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Pembimbing, yang tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran serta perhatian dalam

memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.

6. Ibu Amy Ardianti, S.Kep., Ns.,M.Tr.Kep selaku Pembimbing ruangan yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan bimbingan dalam penyusunan dalam penyelesaian 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 Ny. 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 berdo'a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.

DAFTAR ISI

KARYA ILMIAH AKHIR	i
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR GAMBAR	ix
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR SINGKATAN	xi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Rumusan Masalah.....	4
1.2 Tujuan	4
1.1.1 Tujuan Umum	4
1.1.2 Tujuan Khusus	4
1.3 Manfaat Karya Tulis Ilmiah	5
1.4 Metode Penulisan.....	6
1.5 Sistematika Penulisan	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Konsep Dasar Penyakit.....	9
2.1.1 Definisi Penyakit.....	9
2.1.2 Etiologi.....	10
2.1.3 Anatomi Fisiologi Tulang	11
2.1.4 Patofisiologi	12
2.1.5 Manifestasi Klinis	14
2.1.6 Pemeriksaan Penunjang	15
2.1.7 Penatalaksanaan	16
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	18
2.2.1 Pengkajian.....	18
2.2.2 Diagnosis Keperawatan	26
2.2.3 Perencanaan	27
2.2.4 Pelaksanaan.....	28
2.2.5 Evaluasi.....	29
2.3 Kerangka Masalah	30
BAB 3 TINJAUAN KASUS	31
3.1 Pengkajian.....	31

3.1.1	Identitas Klien.....	31
3.1.2	Riwayat Penyakit Sekarang	31
3.1.3	Riwayat Penyakit Dahulu	32
3.1.4	Riwayat Penyakit Keluarga.....	32
3.1.5	Pemeriksaan Fisik	33
3.1.6	Sistem Integumen.....	35
3.1.7	Pola Aktivitas dan Tidur.....	35
3.1.8	Sistem Penginderaan.....	36
3.1.9	Sistem Endokrin.....	36
3.1.10	Sistem Reproduksi	36
3.1.11	Personal Hygiene	36
3.1.12	Psikososial.....	37
3.1.13	Pemeriksaan Penunjang	38
3.1.14	Terapi Medis	39
3.2	Diagnosa Keperawatan	39
3.3	Intervensi Keperawatan	42
3.4	Implementasi dan Evaluasi	43
BAB 4	PEMBAHASAN	49
4.1	Pengkajian.....	49
4.1.1	Identitas.....	49
4.1.2	Riwayat Penyakit Sekarang	51
4.1.3	Pemeriksaan Fisik	53
4.1.4	Pola Aktifitas dan Tidur	57
4.1.5	Pemeriksaan Penunjang	58
4.2	Diagnosa Keperawatan	58
4.3	Intervensi Keperawatan	61
4.4	Implementasi Keperawatan.....	63
4.5	Evaluasi Keperawatan.....	69
BAB 5	PENUTUP.....	72
5.1	Simpulan	72
5.2	Saran	74
	DAFTAR PUSTAKA.....	75
	LAMPIRAN.....	78

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Tulang Radius.....	12
Gambar 2.2 Mekanisme cedera.....	14

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Derajat Kekuatan Otot.....	25
--------------------------------------	----

DAFTAR SINGKATAN

ASEAN	: The Association of Southeast Asian Nations
GCS	: Glasgow Coma Scale
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
IRT	: Ibu Rumah Tangga
MRI	: Magnetic Resonance Imaging
PPOK	: Penyakit Paru Obstruksi Kronis
WHO	: World Health Organization

BAB 1

PENDAHULUAN

Fraktur merupakan terputus -nya kontinuitas tulang, retak/ patahnya tulang yang utuh, yang biasanya disebabkan oleh trauma/rudapaksa atau tenaga fisik yang ditentukan jenis dan luasnya trauma. Fraktur merupakan ancaman potensial atau aktual kepada integritas, seseorang akan mengalami beberapa gangguan fisiologis maupun psikologis yang dapat menimbulkan respon berupa nyeri. Sehingga semua kejadian fraktur otomatis akan mengeluhkan adanya rasa nyeri. Nyeri merupakan keadaan subjektif dimana seseorang dapat memperlihatkan akan adanya ketidaknyamanan secara verbal maupun non verbal. Nyeri akut adalah nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat dapat menghilang, yang tidak melebihi 6 bulan dan ditandai akan adanya peningkatan tegangan otot (Qomariyah et al., 2016). Seseorang dapat belajar menghadapi nyeri melalui aktivitas kognitif dan perilaku, seperti distraksi, guided imagery dan banyak tidur. Individu dapat berespons terhadap nyeri dan mencari intervensi fisik untuk mengatasi nyeri, seperti analgesik, masase, dan olahraga (Brunner & Suddarth., 2012).

Badan kesehatan dunia *World Health Organization* (WHO) 2018, terdapat 5,6 juta orang meninggal dunia dan 1,3 juta orang menderita patah tulang atau fraktur. Salah satu insiden fraktur tertutup yang paling banyak terjadi karena kecelakaan, dimana sekitar 40% dari insiden kecelakaan menyebabkan kejadian patah tulang atau fraktur. Kejadian fraktur tertutup diwilayah ASEAN (*The Association of Southeast Asian Nations*) memiliki prevalensi sekitar 42,6% dari insiden kecelakaan. Kejadian fraktur paling banyak sering terjadi pada laki-laki dibandingkan perempuan. Tingginya angka kejadian atau insiden fraktur yang

terjadi pada bagian ekstremitas bawah dan tertutup, salah satu penyebabnya karena benturan dengan tenaga yang kuat (Asfarotin et al., 2021). Kejadian fraktur di Indonesia sebesar 1,3 juta setiap tahunnya dengan jumlah penduduk 238 juta jiwa, hal ini merupakan kejadian terbesar di Asia Tenggara. Angka kejadian fraktur di Indonesia yang dilaporkan Depkes RI (2007) menunjukkan bahwa sekitar delapan juta orang mengalami kejadian fraktur dengan fraktur yang berbeda. Insiden fraktur di Indonesia sekitar 5,5 % dengan rentang setiap profesi antara 2,2 sampai 9% (Asfarotin et al., 2021). Fraktur di RSUD Dr. Soetomo menunjukkan fraktur didominasi oleh fraktur tertutup dibandingkan dengan fraktur terbuka (75.9%), dan paling sering disebabkan oleh kecelakaan lalu lintas (60.9%) (Bayusentono,dkk 2017). Angka kejadian penyakit fraktur di Ruang G1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya pada bulan Oktober – Desember 2022 didapatkan sebanyak 32 orang yang menderita fraktur.

Pasien mengalami fraktur disebabkan terjadi karena hantaman langsung sehingga sumber tekanan lebih besar daripada yang bisa diserap, ketika tulang mengalami fraktur maka struktur sekitarnya akan ikut. Trauma atau cedera memegang proporsi terbesar penyebab fraktur (Sastra & Despitasari, 2018). . Fraktur merupakan ancaman potensial atau aktual kepada integritas, seseorang akan mengalami beberapa gangguan fisiologis maupun psikologis yang dapat menimbulkan respon berupa nyeri. Sehingga semua kejadian fraktur otomatis akan mengeluhkan adanya rasa nyeri. Nyeri adalah keadaan subjektif dimana seseorang dapat memperlihatkan akan adanya ketidaknyamanan secara verbal maupun non verbal. Nyeri akut adalah nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat dapat menghilang, yang tidak melebihi 6 bulan dan ditandai akan adanya peningkatan

tegangan otot. manifestasi klinik dari fraktur ini berupa nyeri. Nyeri pada penderita fraktur bersifat tajam dan menusuk (Brunner & Suddarth., 2012). Seseorang dapat belajar menghadapi nyeri melalui aktivitas kognitif dan perilaku, seperti distraksi, guided imagery dan banyak tidur. Individu dapat berespons terhadap nyeri dan mencari intervensi fisik untuk mengatasi nyeri, seperti analgesik, masase, dan olahraga. Gerakan tubuh dan ekspresi wajah dapat mengindikasikan adanya nyeri, seperti gigi mengatup, menutup mata dengan rapat, wajah meringis, merengek, menjerit dan imobilisasi tubuh. Penanganan nyeri dengan melakukan teknik relaksasi merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengurangi nyeri. Beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa relaksasi nafas dalam sangat efektif dalam menurunkan nyeri pasca operasi. Teknik relaksasi dapat menurunkan nyeri dengan merilekskan ketegangan otot yang menunjang nyeri. Teknik relaksasi terdiri atas nafas abdomen dengan frekuensi lambat, berirama. Pasien dapat memejamkan matanya dan bernafas dengan perlahan dan nyaman (Asfarotin et al., 2021)

Perawat mempunyai peran penting dalam pemberian pereda nyeri yang adekuat, yang prinsipnya mencakup mengurangi ansietas, mengkaji nyeri secara regular, memberi analgesik dengan tepat untuk meredakan nyeri secara optimal, dan mengevaluasi keefektifannya. Penatalaksanaan nyeri yang efektif adalah aspek penting dalam asuhan keperawatan. Peran perawat keluarga, membantu keluarga untuk menyelesaikan masalah kesehatan dengan cara meningkatkan kesanggupan keluarga melakukan fungsi dan tugas keperawatan kesehatan keluarga (Sastra & Despitasari, 2018).

1.1 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah, maka penulis berniat membuat karya tulis ilmiah tentang asuhan keperawatan pasien dengan *Close Fraktur Radius Dekstra*, untuk itu penulis merumuskan permasalahan sebagai berikut “Bagaimana pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Close Fraktur Radius Dekstra* di ruang G1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya?”

1.2 Tujuan

1.1.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengelola pasien dengan *Post Operasi Close Fraktur Radius Dekstra* di ruang G1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

1.1.2 Tujuan Khusus

1. Mampu merumuskan pengkajian keperawatan pada Ny. N dengan diagnosa medis *Post Operasi Close Radius Dekstra* di ruang G1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
2. Mampu merumuskan diagnose keperawatan pada Ny. N dengan diagnosa medis *Post Operasi Close Radius Dekstra* di ruang G1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
3. Mampu merumuskan perencanaan keperawatan pada Ny. N dengan diagnose medis *Post Operasi Close Radius Dekstra* di ruang G1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

4. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada Ny. N dengan diagnose medis *Post Operasi Close Radius Dekstra* di ruang G1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
5. Mampu mengevaluasi tindakan keperawatan pada Ny. N dengan diagnose medis *Post Operasi Close Radius Dekstra* di ruang G1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
6. Mampu mendokumeentasikan tindakan keperawatan pada Ny. N dengan diagnose medis *Post Operasi Close Radius Dekstra* di ruang G1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

1.3 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 dibawah ini:

1. Secara Teoritis

Memberikan asuhan keperawatan secara cepat, tepat dan efisien akan menghasilkan keluaran klinis yang baik, menurunkan angka kejadian *morbidity, disability* dan mortalitas pada pasien *Post Operasi Close Fraktur Radius Dekstra*.
2. Secara Praktis
 - a. Bagi Institusi Rumah Sakit

Masukkan untuk menyusun kebijakan atau pedoman pasien dengan *Post Operasi Close Fraktur Radius Dekstra* 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

Digunakan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada pasien dengan *Post Operasi Close Fraktur Radius Dekstra* serta meningkatkan pengembangan profesi keperawatan.

c. Bagi Keluarga dan Klien

Keluarga mampu merawat pasien dengan *Post Operasi Close Fraktur Radius Dekstra* di rumah agar disability tidak berkepanjangan.

d. Bagi Penulis Selanjutnya

Bahan penulisan ini bisa di pergunakan sebagai perbandingan atau gambaran tentang asuhan keperawatan pasien dengan *Post Operasi Close Fraktur Radius Dekstra* sehingga selanjutnya mampu mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang terbaru.

1.4 Metode Penulisan

1. Metoda

Studi kasus yaitu metoda yang memusatkan perhatian pada satu objek 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

Observasi merupakan data yang diambil melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan, reaksi, sikap dan perilaku pasien yang dapat diamati.

c. Pemeriksaan

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

3. Sumber Data

a. Data Primer

Data primer merupakan data yang diperoleh langsung dari pasien.

b. Data Sekunder

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

c. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan merupakan mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis dan masalah yang dibahas.

1.5 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 dan abstraksi.
2. Bagian inti meliputi 5 bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini:
 - a. Bab 1: pendahuluan yang berisi tentang latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan manfaat penulisan, dan sistematika penulisan studi kasus.
 - b. Bab 2: tinjauan pustaka yang berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnose *Post Operasi Close Fraktur Radius Dekstra*.
 - c. Bab 3: tinjauan kasus hasil yang berisi tentang data hasil pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.
 - d. Bab 4: pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi data, teori dan opini serta analisis.
 - e. Bab 5: simpulan dan saran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini membahas mengenai konsep, landasan teori dan berbagai aspek meliputi : 1) Konsep *Close Fraktur*, 2) Konsep Asuhan Keperawatan pada *Post Operasi Close Fraktur*

2.1 Konsep Dasar Penyakit

2.1.1 Definisi Penyakit

Fraktur adalah terputusnya kontinuitas tulang, retak atau patahnya tulang yang utuh, yang biasanya disebabkan oleh trauma/rudapaksa atau tenaga fisik yang ditentukan jenis dan luasnya trauma (Lukman dan Ningsih, 2013). Fraktur adalah gangguan komplet atau tak-komplet pada kontinuitas struktur tulang dan didefinisikan sesuai jenis keluasannya (Desiartama & Aryana, 2017).

Fraktur adalah setiap retak atau patah tulang yang disebabkan oleh trauma, tenaga fisik, kekuatan, sudut, keadaan tulang dan jaringan lunak disekitar tulang yang akan menentukan apakah fraktur yang terjadi disebut lengkap atau tidak lengkap. Gangguan kesehatan yang banyak dijumpai dan menjadi salah satu masalah dipusatpusat pelayanan kesehatan di seluruh dunia salah satunya adalah fraktur (Lela & Reza, 2018). Fraktur adalah terputusnya kontinuitas tulang dan ditentukan sesuai jenis dan luasnya. Fraktur adalah patah tulang biasanya disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik. Fraktur radius adalah fraktur yang terjadi pada tulang radius akibat jatuh dan tangan menyangga dengan siku ekstensi (Brunner & Suddarth., 2012).

2.1.2 Etiologi

Menurut (Apleys, 2018) Fraktur ditimbulkan dari berbagai faktor antara lain stress, cidera dan melemahnya fungsi tulang akibat abnormalitas misalnya fraktur patologis, adapun penyebab terjadinya fraktur sebagai berikut :

- a. Trauma langsung, akibat terjadinya benturan dalam tulang bisa mengakibatkan fraktur.
- b. Trauma tidak langsung, tidak terjadi ditempat benturan tetapi terjadi ditempat lain, sehingga kekuatan trauma diteruskan sumbu tulang ke tempat lain.
- c. Kondisi patologis terjadi, lantaran adanya penyakit pada bagian tulang degeneratif dan kanker tulang.

Fraktur radius distal adalah salah satu dari macam fraktur yang biasa terjadi pada pergelangan tangan. Umumnya terjadi karena jatuh dalam keadaan tangan menumpu dan biasanya terjadi pada anak-anak dan lanjut usia. Bila seseorang jatuh dengan tangan yang menjulur, tangan akan tiba-tiba menjadi kaku, dan kemudian menyebabkan tangan memutar dan menekan lengan bawah. Jenis luka yang terjadi akibat keadaan ini tergantung usia penderita. Pada anak-anak dan lanjut usia, akan menyebabkan fraktur tulang radius. Fraktur radius distal merupakan 15 % dari seluruh kejadian fraktur pada dewasa. Penyebab paling umum fraktur adalah :

- Benturan/trauma langsung pada tulang antara lain : kecelakaan lalu lintas/jatuh.
- Kelemahan/kerapuhan struktur tulang akibat gangguan penyakit seperti osteoporosis, kanker tulang yang bermetastase (Sjamsuhidajat dan Jong W, 2013).

disusun atas berbagai macam organ yang tersusun sedemikian rupa satu dengan lainnya, sehingga membentuk tubuh manusia seutuhnya (Wilujeng, 2015).

2.1.4 Patofisiologi

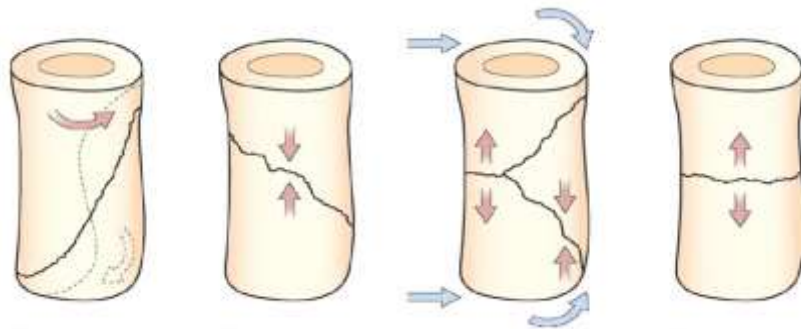
Fraktur umumnya terjadi karena kegagalan tulang menahan tekanan akibat trauma. Trauma tersebut dapat bersifat langsung atau tidak langsung. Trauma langsung menyebabkan tekanan langsung pada tulang dan terjadi fraktur pada daerah tekanan. Fraktur yang terjadi biasanya bersifat komunitif ataupun transverse dan jaringan lunak juga mengalami kerusakan. Sementara itu, pada trauma yang tidak langsung trauma dihantarkan ke daerah yang lebih jauh dari daerah fraktur dan biasanya jaringan lunak tetap utuh (Rasjad, 2013).

Meskipun hampir sebagian besar fraktur disebabkan kombinasi beberapa gaya (memutar, membengkok, kompresi, atau tegangan), pola garis fraktur pada hasil pemeriksaan sinar X akan menunjukkan mekanisme yang dominan. Tekanan pada tulang dapat berupa:

1. Berputar (*twisting*) yang menyebabkan fraktur bersifat spiral
2. Kompresi yang menyebabkan fraktur oblik pendek
3. Membengkok (*bending*) yang menyebabkan fraktur dengan fragmen segitiga 'butterfly'
4. Regangan (*tension*) cenderung menyebabkan patah tulang transversal; di beberapa situasi dapat menyebabkan avulsi sebuah fragmen kecil pada titik insersi ligamen atau tendon.

Setelah terjadinya fraktur komplit, biasanya fragmen yang patah akan mengalami perpindahan akibat kekuatan cedera, gravitasi, ataupun otot yang melekat pada tulang tersebut. Perpindahan yang terjadi yaitu sebagai berikut:

1. Translasi (*shift*) – fragmen bergeser ke samping, ke depan, atau ke belakang.
2. Angulasi (*tilt*) – fragmen mengalami angulasi dalam hubungannya dengan yang lain.
3. Rotasi (*twist*) – Satu fragmen mungkin berbutar pada aksis longitudinal; tulang terlihat lurus.
4. Memanjang atau memendek – fragmen dapat terpisah atau mengalami overlap.



Gambar 2.2 Mekanisme cedera: (a) spiral (twisting); (b) oblik pendek (kompresi); (c) pola ‘butterfly’ segitiga (bending); (d) transversal (tension). Pola spiral dan oblik panjang biasanya disebabkan trauma tidak langsung energi rendah; pola bending dan transversal disebabkan oleh trauma langsung energi tinggi

Sumber : (Rasjad, 2013)

Pada kebanyakan aktifitas, sisi dorsal dari radius cenderung mengalami tension, sisi volar dari radius distal cenderung mengalami kompresi, hal ini disebabkan oleh bentuk integritas dari korteks pada sisi distal dari radius, dimana sisi dorsal lebih tipis dan lemah sedangkan pada sisi volar lebih tebal dan kuat. Beban yang berlebihan dan mekanisme trauma yang terjadi pada pergelangan tangan akan menentukan bentuk garis fraktur yang akan terjadi (Rasjad, 2013).

2.1.5 Manifestasi Klinis

- a. Nyeri hebat pada daerah fraktur dan nyeri bertambah bila ditekan/diraba.
- b. Tidak mampu menggerakkan lengan/tangan.
- c. Spasme otot.
- d. Perubahan bentuk/posisi berlebihan bila dibandingkan pada keadaan normal.
- e. Ada/tidak adanya luka pada daerah fraktur.
- f. Kehilangan sensasi pada daerah distal karena terjadi jepitan syaraf oleh fragmen tulang.
- g. Krepitasi jika digerakkan.
- h. Perdarahan.
- i. Hematoma.
- j. Syok
- k. Keterbatasan mobilisasi (Brunner & Suddarth., 2012).

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan menggunakan X-Ray

Pemeriksaan x-ray atau rontgen adalah salah satu teknik pencitraan medis menggunakan radiasi sinar X untuk melihat gambar organ dalam tubuh. X-Ray juga dapat dijadikan pemeriksaan penunjang dari penegakkan diagnosis di samping pemeriksaan laboratorium.

2. Menggunakan CT scan

CT scan adalah prosedur diagnosis yang menggunakan komputer dan mesin sinar-X yang berputar untuk membuat gambar penampang tubuh. CT Scan dijadikan penegakan diagnosis kelainan otot dan tulang, seperti tumor atau keretakan pada tulang, menentukan lokasi tumor dan infeksi, atau bekuan darah.

3. Menggunakan MRI

Magnetic Resonance Imaging (MRI) merupakan pemeriksaan organ tubuh yang dilakukan dengan menggunakan teknologi magnet dan gelombang radio. Pemeriksaan MRI digunakan untuk menghasilkan gambar organ, tulang, atau jaringan lunak tubuh, termasuk sistem saraf.

4. Menggunakan Angiografi

Angiografi adalah prosedur pemeriksaan dengan bantuan foto Rontgen untuk melihat kondisi pembuluh darah arteri dan vena. Angiografi membantu dokter untuk menentukan gangguan dan tingkat kerusakan pembuluh darah (Nana D. Arvind, Joshi Atul, 2015).

2.1.7 Penatalaksanaan

1. Medis

Ada beberapa prinsip dasar yang harus dipertimbangkan pada saat menangani fraktur :

a. Rekognisi

Pengenalan riwayat kecelakaan, patah atau tidak, menentukan perkiraan yang patah, kebutuhan pemeriksaan yang spesifik, kelainan bentuk tulang dan ketidakstabilan, tindakan apa yang harus cepat dilakukan misalnya pemasangan bidai.

b. Reduksi

Usaha dan tindakan untuk memanipulasi fragmen tulang yang patah sedapat mungkin kembali seperti letak asalnya. Cara penanganan secara reduksi : Pemasangan gips Untuk mempertahankan posisi fragmen tulang yang fraktur. Reduksi tertutup (closed reduction external fixation) Menggunakan gips sebagai fiksasi eksternal untuk memper-tahankan posisi tulang dengan alat-alat : skrup, plate, pen, kawat, paku yang dipasang di sisi maupun di dalam tulang. Alat ini diangkat kembali setelah 1-12 bulan dengan pembedahan.

c. Debridemen

Untuk mempertahankan/memperbaiki keadaan jaringan lunak sekitar fraktur pada keadaan luka sangat parah dan tidak beraturan.

d. Rehabilitasi

Memulihkan kembali fragmen-fragmen tulang yang patah untuk mengembalikan fungsi normal. Perlu dilakukan mobilisasi Kemandirian bertahap.

2. Keperawatan

Tindakan yang harus diperhatikan agar ekstremitas dapat berfungsi sebaik-baiknya maka penanganan pada trauma ekstremitas meliputi 4 hal (4 R) yaitu :

a. Recognition

Untuk dapat bertindak dengan baik, maka pada trauma ekstremitas perlu diketahui kelainan yang terjadi akibat cedernya. Baik jaringan lunak maupun tulangnya dengan cara mengenali tanda-tanda dan gangguan fungsi jaringan yang mengalami cedera. Fraktur merupakan akibat dari sebuah kekerasan yang dapat menimbulkan kerusakan pada tulang ataupun jaringan lunak sekitarnya. Dibedakan antara trauma tumpul dan tajam. Pada umumnya trauma tumpul akan memberikan kememaran yang “diffuse” pada jaringan lunak termasuk gangguan neurovaskuler yang akan menentukan ekstremitas.

b. Reduction

Tindakan mengembalikan ke posisi semula, tindakan ini diperlukan agar sebaik mungkin kembali ke bentuk semula agar dapat berfungsi kembali sebaik mungkin . Penyembuhan memerlukan waktu dan untuk mempertahankan hasil reposisi (retaining) penting dipikirkan tindakan berikutnya agar rehabilitasi dapat memberikan hasil sebaik mungkin.

c. Retaining

Tindakan imobilisasi untuk memberi istirahat pada anggota gerak yang sehat mendapatkan kesembuhan. Imobilisasi yang tidak adekuat dapat memberikan dampak pada penyembuhan dan rehabilitasi.

d. Rehabilitasi

Mengembalikan kemampuan dari anggota/alat yang sakit/cedera agar dapat berfungsi kembali. Falsafah lama mengenai rehabilitasi ialah suatu tindakan setelah kuratif dan hanya mengatasi kendala akibat sequaele atau kecacatan; padahal untuk mengembalikan fungsi sebaiknya rehabilitasi, yang menekankan pada fungsi, akan lebih berhasil bila dapat dilaksanakan secara dini, mencegah timbulnya kecacatan (Rasjad, 2013).

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

1. Pengkajian

Pengkajian adalah langkah pertama yang paling penting dalam proses keperawatan. Pengkajian terdiri dari pengumpulan informasi subjektif dan objektif dan peninjauan informasi riwayat pasien pada rekam medik (Lukman dan Ningsih, 2013).

2. Identitas

Kebanyakan fraktur femur terjadi pada pria muda yang mengalami kecelakaan kendaraan bermotor atau jatuh dari ketinggian dan pada lansia juga bisa terjadi karena degenerasi tulang (osteoporosis) (Lukman dan Ningsih, 2013).

3. Keluhan utama

Pada umumnya keluhan utama pada kasus fraktur adalah rasa nyeri. Biasanya hasil pemeriksaan pergerakan yang didapat adalah adanya gangguan keterbatasan gerak tangan, didapatkan ketidakmampuan menggerakkan tangan dan penurunan kekuatan otot ekstremitas atas dalam melakukan pergerakan. Karena timbulnya nyeri dan keterbatasan gerak, semua bentuk kegiatan klien menjadi berkurang dan kebutuhan klien perlu banyak dibantu oleh orang lain (Lukman dan Ningsih, 2013).

4. Riwayat penyakit sekarang

Pengumpulan data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari fraktur yang nantinya membantu dalam membuat rencana tindakan terhadap klien, berupa kronologi terjadinya penyakit tersebut. Pada pasien fraktur/ patah tulang dapat disebabkan oleh trauma/ kecelakaan, degeneratif dan patologis yang didahului dengan perdarahan, kerusakan jaringan sekitar yang mengakibatkan nyeri, bengkak, kebiruan, pucat/ perubahan warna kulit dan kesemutan (Padila, 2012).

5. Riwayat penyakit dahulu

Pada pengkajian ini ditemukan kemungkinan penyebab fraktur dan memberi petunjuk berapa lama tulang tersebut akan menyambung. Penyakit-penyakit tertentu seperti kanker tulang menyebabkan fraktur patologis yang sering sulit untuk menyambung. Selain itu, penyakit diabetes dengan luka sangat beresiko terjadinya osteomielitis akut maupun kronik dan juga diabetes menghambat proses penyembuhan tulang (Padila, 2012).

6. Riwayat penyakit keluarga

Penyakit keluarga yang berhubungan dengan penyakit tulang seperti diabetes, osteoporosis yang sering terjadi pada beberapa keturunan, dan kanker tulang yang cenderung diturunkan secara genetik. Kemungkinan lain anggota keluarga yang mengalami gangguan seperti yang dialami klien atau gangguan tertentu yang berhubungan secara langsung dengan gangguan hormonal seperti:

- a. Obesitas
- b. Gangguan pertumbuhan dan perkembangan
- c. Kelainan pada kelenjar tiroid
- d. Diabetes melitus
- e. Infertilitas (Purwanto, 2016).

7. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Meliputi pengkajian kesadaran dan tanda-tanda vital klien. Pada fase awal cedera disertai perubahan nadi, perfusi yang tidak baik (akral dingin pada sisi lesi), dan CRT < 3 detik pada bagian distal kaki yang merupakan respons terhadap pembengkakan pada bagian proksimal betis (Muttaqin, 2012).

8. Dada / thorax

a. Paru / B1

Dikaji bentuk dada, adanya retraksi intercosta, kesimetrisan dada saat inspirasi dan ekspirasi, adanya lesi, fokal fremitus antara dada kanan dan kiri, adanya nyeri tekan, perkusi paru umumnya sonor, dan auskultasi suara nafas adakah suara nafas tambahan .

b. Jantung/ B2

Dikaji adanya bayangan vena di dada, adanya kardiomegali, palpasi jantung normalnya berada di ICS 5 sepanjang 1 cm, perkusi jantung normalnya pekak, dan auskultasi jantung normalnya bunyi jantung 1 di ICS 5 midklavikula ICS 4 terdengar tunggal dan bunyi jantung 2 di ICS2 sternum kanan dan kiri terdengar tunggal (Padila, 2013).

c. Persyarafan / B3

Pada pemeriksaan Nervus kepala umumnya pasien fraktur tidak mengalami gangguan. Dapat dikaji untuk penyebaran dan ketebalan rambut, bentuk kepala, adanya lesi, adanya edema, dan nyeri tekan (Padila, 2013).

Pada pemeriksaan mata umumnya pasien fraktur tidak mengalami gangguan. Namun dapat dikaji kesimetrisan antara mata kanan dan kiri, adanya strabismus dan nistagmus, adanya ptosis, warna konjungtiva apakah anemis atau tidak, warna sklera, dan reflek pupil (Padila, 2012).

Pada pemeriksaan hidung umumnya pasien fraktur tidak mengalami gangguan. Dari pemeriksaan hidung dapat diamati posisi septum, rongga hidung (adanya lesi, perdarahan, secret, polip), dan ada

tidaknya nyeri tekan (Padila, 2013).

Pada pemeriksaan telinga umumnya pasien fraktur tidak mengalami gangguan. Namun dapat dikaji kesimetrisan telinga kanan dan kiri, adanya lesi, adanya perdarahan, adanya serumen, dan adanya nyeri tekan pada telinga (Padila, 2013).

Pada pemeriksaan mulut umumnya pasien fraktur tidak mengalami gangguan. Dapat dikaji ada tidaknya kelainan kongenital, bibir sumbing, warna bibir ada sianosis atau tidak, adanya lesi, kesimetrisan ovula, dan ada tidaknya pembengkakan tonsil (Padila, 2013).

Pada pemeriksaan leher umumnya pasien fraktur tidak mengalami gangguan. Dari pemeriksaan leher dapat dikaji mengenai kesimetrisan leher, adanya pembesaran kelenjar tiroid, adanya pembengkakan vena jugularis, dan adanya nyeri tekan (Padila, 2013).

d. Pola eliminasi/ B4

Pola eliminasi dapat dikaji dengan melihat frekuensi, konsistensi, warna serta bau feses pada pola eliminasi alvi. Sedangkan pada pola eliminasi urin dikaji frekuensi, kepekatannya, warna, bau, dan jumlah urine. Pada kedua pola ini juga dikaji ada kesulitan atau tidak dalam BAK maupun BAB. Masalah perkemihan, khususnya infeksi dan retensi urine, lazim disebabkan oleh imobilisasi dan stasis urine. Retensi urine sering terjadi sesudah pembedahan (Lukman dan Ningsih, 2013).

e. Abdomen/ B5

Pada pemeriksaan abdomen umumnya pasien fraktur tidak mengalami gangguan. Dapat dikaji adanya lesi dan jaringan parut, adanya massa atau ascites, auskultasi bising usus, perkusi abdomen normalnya timpani, palpasi adanya nyeri tekan (Padila, 2013).

f. Ekstremitas/B6

Hasil pemeriksaan yang didapat adalah adanya gangguan/keterbatasan gerak tangan, didapatkan ketidakmampuan menggerakkan tangan dan penurunan kekuatan otot ekstremitas atas dalam melakukan pergerakan. Adanya nyeri tekan (*tenderness*) dan krepitasi pada daerah paha. Klien fraktur mengalami komplikasi *delayed union*, *non-union*, dan *malunion*. Kondisi yang paling sering ditemukan di klinik adalah *malunion* terutama pada klienfraktur yang telah lama dan mendapat intervensi dari dukun patah. Padapemeriksaan *look*, akan ditemukan adanya pemendekan ekstremitas dan derajat pemendekan akan lebih jelas dengan cara mengukur kedua sisi tungkai dari spina iliaka ke maleolus (Mutaqin, 2012). Derajat kekuatan otot dapat ditentukan dengan :

Tabel 2.1 Derajat Kekuatan Otot

Skala	Presentase kekuatan normal	Karakteristik
0	0	Paralisis sempurna
1	10	Tidak ada gerakan kontraksi otot dapat dipalpasi atau dilihat
2	25	Gerakan otot penuh melawan gravitasi dengan topangan
3	50	Gerakan yang normal melawan gravitasi
4	75	Gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan melawan tahanan minimal
5	100	Kekuatan normal, Gerakan penuh yang normal, melawan gravitasi dan tahanan penuh

9. Pola aktivitas

Semua bentuk kegiatan klien menjadi berkurang dan kebutuhan klien perlu banyak dibantu oleh orang lain karena adanya keterbatasan gerak atau kehilangan fungsi motorik pada bagian yang terkena (dapat segera atau sekunder, akibat pembengkakan atau nyeri) (Lukman & Ningsih, 2012).

10. Pola istirahat tidur

Pengkajian dilaksanakan pada lamanya tidur, suasana lingkungan, kebiasaantidur, dan kesulitan tidur serta penggunaan obat tidur. Semua klien fraktur timbul rasa nyeri dan keterbatasan gerak, sehingga hal ini dapat menimbulkan kesulitan dalam istirahat-tidur akibat dari nyeri (Lukman & Ningsih, 2012).

11. Riwayat psikososial

Merupakan respon emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya dan peran klien dalam keluarga dan masyarakat serta respon atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-hari (Padila, 2012 dalam Andini, 2018). Mungkin klien akan merasakan cemas yang diakibatkan oleh rasa nyeri dari fraktur, perubahan gaya hidup, kehilangan peran baik dalam keluarga maupun dalam masyarakat, dampak dari hospitalisasi rawat inap dan harus beradaptasi dengan lingkungan yang baru serta ketakutan terjadi kecacatan pada dirinya.

12. Pola kesehatan sehari – hari

Pola nutrisi

Asupan nutrisi yang seimbang, khususnya kalori, protein, kalsium, dan serat tambahan, memungkinkan pemulihan fraktur dan luka bedah serta memberikan energi lebih banyak untuk mobilisasi dan rehabilitasi. Vitamin C diketahui sangat penting dalam proses penyembuhan dan terbukti bahwa suplemen vitamin C mempercepat pemulihan. Cara paling mudah memberikan nutrisi tambahan adalah memotivasi pasien untuk makan lebih banyak dengan memastikan bahwa makanan tersedia dalam bentuk yang sesuai, jumlah yang tepat, pada waktu yang tepat, dan secara fisik pasien mampu untuk makan (Kneale & Peter, 2011).

2.2.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan ini merupakan kesimpulan atas pengkajian yang dilakukan terhadap pasien, diagnosis keperawatan ini adalah masalah keperawatan pasien sebagai akibat atau respon pasien terhadap penyakit yang ia alami. Diagnosis Keperawatan ini dapat ditegakkan dalam 3 (tiga) kategori/jenis, yaitu : aktual, potensial/resiko, resiko tinggi (Purwanto,2016).

1. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan Muskuloskeletal D.0054 (PPNI, 2017).
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post operasi) D.0077 (PPNI, 2017).
3. Resiko Infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit D.0142 (PPNI, 2017).

2.2.3 Perencanaan

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka Mobilitas Fisik Meningkat dengan kriteria hasil : Pergerakan ekstermitas meningkat, Kekuatan otot meningkat, Rentang Gerak (ROM) meningkat, Nyeri menurun, Kecemasan menurun, Kaku sendi menurun, Gerakan tidak terkoordinasi menurun, Gerakan terbatas menurun, Kelemahan fisik menurun (PPNI, 2019).

Rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi mobilitas fisik antara lain :

1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, 2) Kondisi umum selama melakukan ambulasi, 3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi, 4) Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi, 5) Anjurkan melakukan ambulasi dini (SIKI, 2018)

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka Tingkat Nyeri Menurun dengan kriteria hasil : Keluhan nyeri menurun, meringis menurun, Sikap protektif menurun, Gelisah menurun, Kesulitan tidur menurun, ketegangan otot menurun, pola tidur membaik (PPNI, 2019).

Rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi nyeri antara lain : 1) Identifikasi skala nyeri, 2) Identifikasi respons non verbal, 3) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, 4) Kolaborasi pemberian analgetik, *jika perlu* (SIKI, 2018).

3. Risiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam maka Tingkat Infeksi menurun : Kemerahan menurun, Nyeri menurun, Bengkak menurun(PPNI, 2019).

Rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi resiko infeksi antara lain :

1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, 2) Jelaskan tanda dan gejala infeksi, 3) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi, 4) Kolaborasi pemberian analgesic (SIKI, 2018)

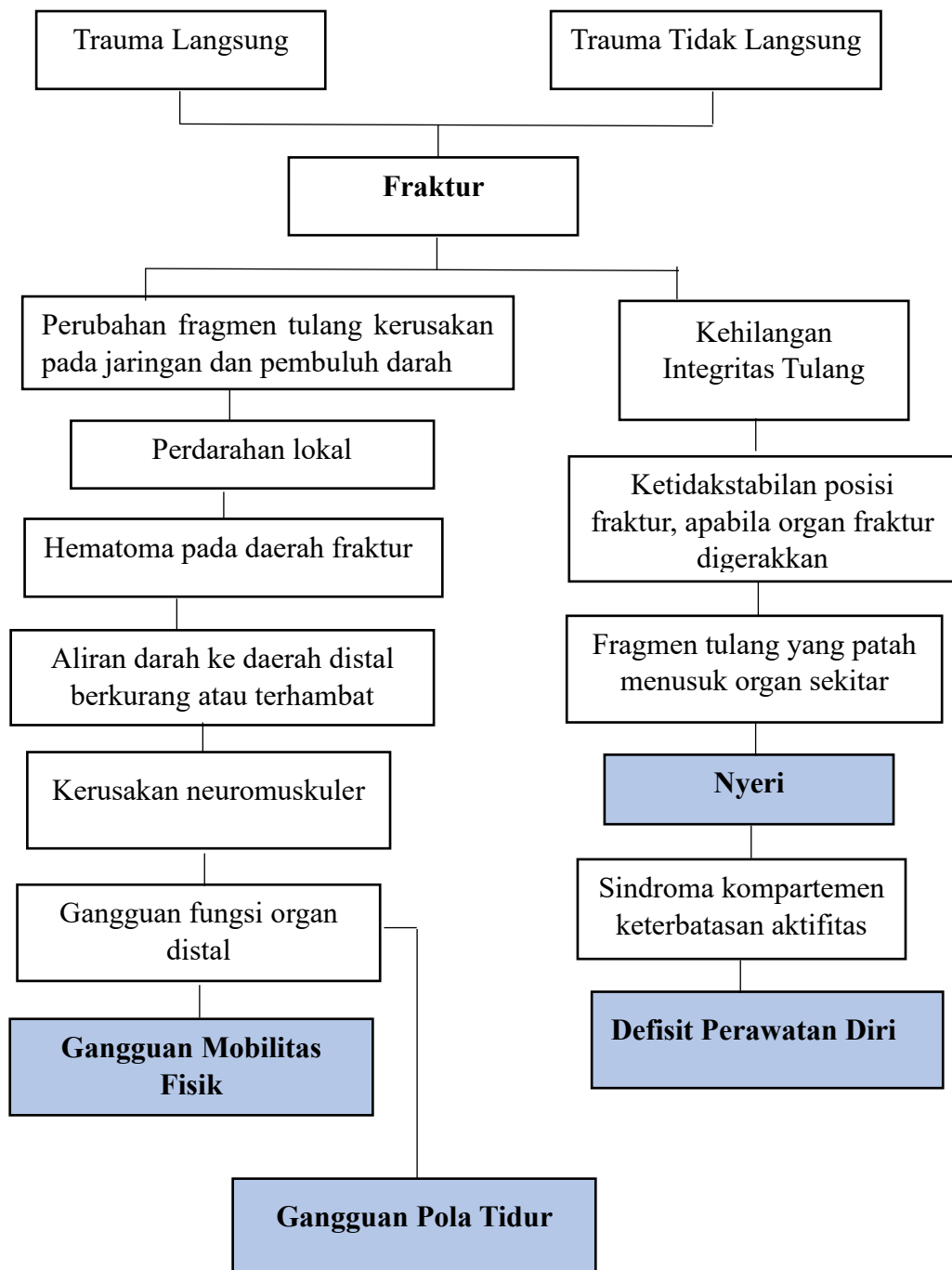
2.2.4 Pelaksanaan

Implementasi keperawatan merupakan langkah berikutnya dalam proses keperawatan. Semua kegiatan yang digunakan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien harus direncanakan untuk menunjang tujuan pengobatan medis, dan memenuhi tujuan rencana keperawatan. Implementasi rencana asuhan keperawatan berarti perawat mengarahkan, menolong, mengobservasi dan mendidik semua personil keperawatan dan pasien, termasuk evaluasi perilaku dan pendidikan, merupakan supervisi keperawatan yang penting (Hidayah, 2014).

2.2.5 Evaluasi

Evaluasi adalah tahapan terakhir dari asuhan keperawatan, dimana pada tahapan ini mengevaluasi apakah tindakan yang dilakukan sudah efektif atau belum untuk mengatasi masalah keperawatan pasien atau dengan kata lain, tujuan tersebut tercapai atau tidak. Evaluasi ini sangat penting karena manakala setelah dievaluasi ternyata tujuan tidak tercapai atau tercapai sebagian, maka harus di reassesment kembali kenapa tujuan tidak tercapai. Dalam evaluasi menggunakan metode SOAP (*subyektif, obyektif, assessment, planning*)(Dinarti, & Muryanti, 2017).

2.3 Kerangka Masalah



Sumber : (Andra, S. W., & Yessie, 2013)

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Bab ini membahas terkait asuhan keperawatan pada Ny. N dengan diagnosis medis *Post Operasi Close Fraktur Radius Dekstra* meliputi : 1) Pengkajian, 2) Diagnosis Keperawatan 3) Intervensi Keperawatan, 4) Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas Klien

Ny. N berjenis kelamin perempuan berusia 45 tahun, nomor rekam medis 70-9x-xx, bearagama Islam. Pendidikan terakhir Ny. N adalah Sekolah Menengah Atas (SMA), pkerjaan Ny N adalah Ibu Rumah Tangga (IRT). Status pernikahan Ny. N adalah menikah dan mempunyai anak 1.

3.1.2 Riwayat Penyakit Sekarang

Ny. N pada tanggal 16 September 2022 kurang lebih pukul 08.00 WIB pada saat akan buang air kecil di kamar mandi, lalu terpeleset mengalami patah tulang dan dibawa ke tukang pijat.

Pada tanggal 28 September 2022 Ny. N mengeluh nyeri dan foto rontgen di Rumah Sakit di Wiyung. Dari rumah sakit wiyung dirujuk ke Poli Orthopedi RSPAL dr. Ramelan Surabaya. Pada saat di RSPAL dr. Ramelan dilakukan foto rontgen di dapatka hasil: Radiologi didapatkan fraktur lama os Radius Dekstra 1/3 distal, non union dan fraktur lama proc styloideus os ulna Dekstra (Fragmen). Dari poli disarankan untuk tindakan operasi lalu MRS dan dibawa ke G1. Pada tanggal 30 November 2022 pukul 19.00 WIB pasien datang di G1 dengan keluhan nyeri di tangan kanan dan di cek TTV, S: 36.6, TD: 120/70, RR:

20 x/menit, N: 90 x/menit, SpO₂: 98%. Dengan Skala nyeri P: Akibat jatuh dikamar mandi pada 16 September 2022, Q: Cekot-Cekot, R: Tangan Kanan, S: 4 (Rentang Skala 0 – 10), T: Saat digerakkan. Terpasang infus Ns disebelah kiri.

Pada tanggal 01 Desember 2022 pukul 08.00 pasien melakukan operasi tangan kanan. Pada pukul 12.00 pasien di jemput dari ruang RR untuk pindah ke ruangan G1. Pada pukul 16.00 dilakukan pengkajian didapatkan TTV TD: 110/70,S : 36.6^oC, RR: 20 x/menit, N: 87 x/menit, SpO₂: 98%. Dengan Skala nyeri P: Post operasi akibat terjatuh di kamar mandi 3 bulan yang lalu, Q: Cekot-Cekot, R: Tangan Kanan, S: 4 (Rentang Skala 0 – 10), T: Saat digerakkan. Terpasang infus RL 14 Tpm di tangan sebelah kiri. Ny. N tampak lemas akibat efek dari anastesi. Di ruang G1 mendapatkan terapi obat Ranitidine Injeksi 3x1/IV, Cefobactam 1gr 3x1/IVInjeksi, Keterolac 30mg Ethica Injeksi 3x1/IV. Dilakukan skin test antibiotik cefobactam dicek ada alergi obat atau tidak.

3.1.3 Riwayat Penyakit Dahulu

Riwayat Penyakit Dahulu Ny. N mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit seperti jantung, diabetes mellitus, hipertensi, ataupun PPOK (Penyakit Paru Obstruksi Kronis).

3.1.4 Riwayat Penyakit Keluarga

Riwayat Penyakit Keluarga Ny. N mengatakan tidak ada keluarga yang mempunyai riwayat penyakit kanker, jantung, diabetes mellitus, ataupun PPOK (Penyakit Paru Obstruksi Kronis). Riwayat Alergi Ny. N tidak memiliki alergi obat/makanan.

3.1.5 Pemeriksaan Fisik

1. B1 (*Breath*)

Ny. N bentuk dada normo chest, pergerakan dada simetris, tidak ada otot bantu nafas, RR : 20 x/ menit, irama nafas iregular, SPO2 98% tidak terpasang alat bantu pernafasan O2, suara nafas vesikuler, tidak ada tarikan dinding dada, tidak ada ronkhi (-/-), wheezing (-/-), tidak ada batuk, tidak ada sputum, terdengar suara sonor saat diperkusi.

2. B2 (*Blood*)

Ny. N setelah dilakukan pengkajian Tanda-Tanda Vital didapatkan TD: 120.70 mmHg, Ictus cordis teraba ics 5, nyeri dada (-), perdarahan (-), perdarahan kelenjar getah benih (-), konjungtiva ananemis, sklera putih, pembesaran getah benih, CRT < 2 detik, odema pada pergelangan tangan kanan (+), akral hangat, Bunyi jantung : S1 – S2 tunggal, Bunyi jantung tambahan (-)

3. B3 (*Brain*)

Ny. N pada saat pengkajian kesadaran composmentis dengan GCS E4V5M6. Pada kondisi pasien pemeriksaan status neurologis nervus kranialis, yaitu: Nervus cranial I Ny. N mampu membedakan antara bau makanan dan obat, Nervus cranial II Ny. N dapat melihat lapang pandang secara normal, Nervus cranial III pasien mampu membuka kelopak mata, Nervus cranial IV Ny. N mampu menggerakkan bola mata, Nervus cranial V Ny. N mampu mengunyah dengan baik, Nervus cranial VI Ny. N mampu menggerakkan bola mata ke arah lateral, Nervus cranial VII otot wajah Ny. N simetris tidak ada masalah, Nervus cranial VIII Ny. N dapat mendengar dengan baik, Nervus cranial IX Ny. N tidak ada kesulitan menelan, Nervus cranial X Ny. N dapat menelan, Nervus cranial XI

Ny. N tidak dapat menahan bahu, Nervus cranial XII Ny. N dapat menjulurkan lidah, Pupil isokor 3 mm/3 mm, refleks cahaya +/+, reflek patologis : reflek babinski-/-, reflek chaddock -/-, reflek Gordon -/-, reflek fisiologis : patella +/+.

Hasil pengkajian dari sistem sensorik didapatkan Ny. N mengatakan nyeri di tangan kanan, Sistem motorik didapatkan gangguan pergerakan pada tangan kanan dan sistem otonom didapatkan tangan terdapat balutan elastis banded dan tampak odema di jari – jari tangan.

4. B4 (*Bledder*)

Ny. N tidak menggunakan kateter, tidak ada distensi kandung kemih, tidak ada nyeri tekan. Pasien minum sebanyak 1500ml/24 jam dan kencing sekitar 1500 ml/24 jam warna kuning keruh.

5. B5 (*Bowl*)

Ny. N setelah dilakukan pemeriksaan tidak ada distensi abdomen serta bising usus normal dengan BB pasien 70 kg, Ny. N tidak ada keluhan mual dan muntah, tidak ada nyeri tekan dan di dapatkan kondisi mulut bersih, membran mukosa lembab, Ny. N tidak menggunakan gigi palsu, tidak ada peradangan pada faring, Ny. N makan 3x/hari, diit TKTP (Tinggi Kalori Tinggi Protein) , habis 1/2 porsi sendok, makanan tambahan buah, minum 1500cc/hari jenis air putih, bentuk perut distended pasien BAB 1x/hari, konsistensi lembek, warna kecoklatan, dari hasil palpasi ditemukan tidak ada nyeri tekan abdomen, tidak ada pembesaran hepar dan lien. Dan pada pemeriksaan perkusi didapatkan suara timpani dan terdapat bising usus 16x/menit pada pemeriksaan auskultasi.

6. B6 (*Bone*)

Ny. N setelah dilakukan pemeriksaan inspeksi, pemeriksaan rambut berwarna hitam, kulit kepala bersih, kulit berwarna sawo matang, Pada pemeriksaan palpasi turgor kulit menurun, tidak ada suara krepitasi, deformitas tulang radius kanan , skala kekuatan otot ekstremitas: ekstremitas atas dextra 2222, ekstremitas atas sinistra 5555, ekstremitas bawah dextra 5555, ekstremitas bawah sinistra 5555. Ny. N mengatakan jika bergerak rasanya nyeri pada area tangan , lebih banyak posisi terlentang setelah operasi dan gerakan terbatas. Ny. N mengeluh nyeri, tampak meringis dan kesulitan untuk tidur.

3.1.6 Sistem Integumen

Pemeriksaan sistem integumen didapatkan hasil pemeriksaan pada kulit berwarna sawo matang, tidak ada kelainan pada kulit kepala, turgor kulit < 2 detik, tidak terdapat keloid, tidak terdapat dekubitus, serta akral teraba hangat pucat.

3.1.7 Pola Aktivitas dan Tidur

Ny. N sebelum masuk rumah sakit biasanya tidur siang 2 jam pukul 10.00 – 12.00 jam dan, 7 – 8 jam pada malam hari pada pukul 21.00 – 05.00 WIB. Saat dirumah sakit Ny. N tidur siang 1 jam pukul 11.00 – 12.00 jam dan, 4 jam pada malam hari pada pukul 00.00 – 04.00 WIB. Ny. N mengatakan sering terbangun karena nyeri pada tangan kanan.

3.1.8 Sistem Pengindraan

Ny. N setelah dilakukan pemeriksaan sistem pengindraan penglihatan didapatkan hasil pemeriksaan pada mata simetris, reflek cahaya (+/+), sklera anikterik, pupil bulat isokor, konjungtiva anemis, Ny. N tidak menggunakan kacamata, Ny. N mampu melihat jam yang ada di dinding. Pada pemeriksaan sistem pengindraan pendengaran didapatkan hasil pemeriksaan pada telinga simetris, telinga bersih, tidak terdapat kelainan pendengaran, pasien mampu merespon dan menjawab setiap pertanyaan yang diajukan perawat dengan baik, serta tidak menggunakan alat bantu dengar. Pada pemeriksaan sistem pengindraan penciuman didapatkan hasil pemeriksaan pada hidung simetris, tidak terdapat polip, tidak terdapat sinusitis terdapat septum di tengah, tidak terdapat gangguan pada penciuman, pasien mampu mencium bau minyak kayu putih.

3.1.9 Sistem Endokrin

Ny. N setelah dilakukan pemeriksaan sistem endokrin didapatkan hasil pemeriksaan tidak teraba pembesaran kelenjar thyroid, Ny N tidak memiliki riwayat DM dengan GDP 98 mg/dL (80 – 125) dan GDP 2 Jam PP 105 mg/dL (<120).

3.1.10 Sistem Reproduksi

Ny. N seorang perempuan dan mengatakan tidak ada masalah pada area genitalia, area genetalia bersih, tidak ada lesi, dan tidak ada edema, Ny. N memiliki suami dan 1 orang anak berjenis kelamin laki - laki.

3.1.11 Personal Hygiene

Ny. N mengatakan sebelum masuk RS mandi 2x sehari, keramas seminggu 2x dengan shampo, menggosok gigi 2x pada pagi dan sore hari, mengganti pakaian

sehari 2x, menggunting kuku seminggu sekali. Saat di RS Ny. N mengatakan hanya di seka setiap pagi dan mengganti pakaian sehari 1x dibantu oleh keluarga, sejak masuk RS pasien belum keramas, dan menggosok gigi 1x sehari.

3.1.12 Psikososial

- a. Ideal diri : Ny. N berharap cepat pulang ke rumah agar bisa bertemu dengan keluarga dan kerabat
- b. Gambaran diri : Ny. N mengatakan dirumah adalah seorang ibu yang mengurus 1 anak
- c. Peran diri : Ny. N ingin cepat pulang berkumpul bersama keluarga. Kegiatan pasien saat waktu luang, pasien berkumpul dengan keluarga (menonton TV dan mengobrol). Keluarga merupakan sistem pendukung pasien saat sakit maupun sehat, hubungan pasien dengan orang lain baik
- d. Harga diri : Ny. N cepat ingin sembuh.
- e. Identitas diri : Ny. N adalah seorang perempuan berumur 45 tahun, SMRS pasien adalah seorang Ibu dan istri yang tinggal dengan suami dan anaknya, saat MRS Ny. N adalah seorang pasien diruang G1.
- f. Citra tubuh : Ny. N menyukai seluruh anggota bagian tubuhnya
- g. Orang paling : Ny. N mengatakan orang yang paling dekat dengan dirinya adalah suami dan anak.dekat
- h. Hubungan dengann lingkungan sekitar : Ny. N mengatakan selalu mengikuti kegiatan di masyarakat.
- i. Keyakinan dan nilai : Ny. N mengatakan memeluk agama islam
- j. Koping dan toleransi stres : Ny. N mengatakan jatuh dari kamar mandi 3 bulan lalu dibawa ke tukang pijat sebelum dibawa ke RS. Ny. N mengatakan

belum pernah sakit seperti ini sebelumnya. Ny. N merasa khawatir dengan penyakitnya jika akan bertambah parah. Ny. N berharap agar lekas sembuh dan cepat pulang.

- k. Masalah utama selama MRS (penyakit, biaya) : Tidak ada
- l. Kehilangan perubahan yang terjadi sebelumnya : Ya, pasien lebih banyak tidur dan duduk di bed
- m. Kemampuan adaptasi : baik

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

3.1.13 Pemeriksaan Penunjang

Hasil Pemeriksaan Laboratorium Pemeriksaan laboratorium DL, KK, FH pada tanggal 03-11-2022 didapatkan Darah Lengkap Eritrosit $1510^6/\mu\text{L}$ (3.50-5.00), Trombosit PCT $0.2850^3/\mu\text{L}$ (1.08-2.82), GDP 98 mg/dL (<100), GDP 2 jam PP 105mg/dL(<120).

Imunologi Reagen I Non Reaktif, HbSAg(RPHA) negatif, Hepatitis Anti HCV negatif. Radiologi didapatkan fraktur lama os Radius Dekstra 1/3 distal, non union dan fraktur lama proc styloideus os ulna Dekstra (Fragmen).

3.1.14 Terapi Medis

Pada tanggal 01 – 12 -2022 pasien mendapatkan terapi inj. Ranitidine 2x1ml/ IV, inj. Cefobactam 1gr 2x1/IV, inj. Keterolac 30mg Ethica 3x1/IV, infus WB-NaCl 0,9 500 ml, Infusan Ringer Lactate, inj.Cefazoline 1 gr/IV.

3.2 Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan Muskuloskeletal
2. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur
4. Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal

3.3 Analisa Data

1. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan Muskuloskeletal yang ditandai dengan pasien mengatakan jika bergerak rasanya nyeri pada area tangan , lebih banyak posisi terlentang setelah operasi dan gerakan terbatas. Masa otot normal, ROM aktif, Tulang : ada kelainan , Tangan Radius Kanan, nyeri (+),

kekuatan otot	2 2 2 2	5 5 5 5
	5 5 5 5	5 5 5 5

Keterangan : 5 = mampu melawan tahanan normal, 4 = mampu melawan tahanan ringan, 3 = mampu melawan grafitasi, 2 = mampu menggerakkan sendi, 1 = terdapat kontraksi otot, 0 = tidak ada kontraksi otot.

2. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik ditandai dengan Pasien mengatakan mengeluh nyeri pada bagian tangan sebelah kanan, pasien terlihat meringik kesakitan karena luka post operasi dengan skala 4, P : Post operasi akibat terjatuh di kamar mandi 3 bulan yang lalu, Q : Cekot – cekot, R : Tangan Kanan, S : Skala nyeri 4 (skala 1-10), T : Hilang timbul.
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur ditandai dengan pasien mengatakan mengeluh sulit tidur, sering terbangun saat tidur, mengeluh tidak puas tidur dan istirahat tidak cukup
4. Defisit perawatan diri ditandai dengan gangguan muskuloskeletal ditandai dengan Ny. N mengatakan sebelum masuk RS mandi 2x sehari, keramas seminggu 2x dengan shampo, menggosok gigi 2x pada pagi dan sore hari, mengganti pakaian sehari 2x, menggunting kuku seminggu sekali. Saat di RS Ny. N mengatakan hanya di seka setiap pagi dan mengganti pakaian sehari 1x dibantu oleh keluarga, sejak masuk RS pasien belum keramas, dan menggosok gigi 1x sehari

3.4 Prioritas Masalah

Dari hasil pengkajian didapatkan diagnosa :

1. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan Muskuloskeletal yang ditandai dengan pasien mengatakan jika bergerak rasanya nyeri pada area tangan , lebih banyak posisi terlentang setelah operasi dan gerakan terbatas. Masa otot normal, ROM aktif, Tulang : ada kelainan , Tangan Radius Kanan, nyeri (+),

kekuatan otot	2 2 2 2	5 5 5 5
	5 5 5 5	5 5 5 5

Keterangan : 5 = mampu melawan tahanan normal, 4 = mampu

melawan tahanan ringan, 3 = mampu melawan grafitasi, 2 = mampu menggerakkan sendi, 1 = terdapat kontraksi otot, 0 = tidak ada kontraksi otot.

2. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik ditandai dengan Pasien mengatakan mengeluh nyeri pada bagian tangan sebelah kanan, pasien terlihat meringik kesakitan karena luka post operasi dengan skala 4, P : Post operasi akibat terjatuh di kamar mandi 3 bulan yang lalu, Q : Cekot – cekot, R : Tangan Kanan, S : Skala nyeri 4 (skala 1-10), T : Hilang timbul
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur ditandai dengan pasien mengatakan mengeluh sulit tidur, sering terbangun saat tidur, mengeluh tidak puas tidur dan istirahat tidak cukup.

3.5 Intervensi Keperawatan

1. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan Muskuloskeletal

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik pasien dapat meningkat. Mobilitas Fisik meningkat Luaran utama : Mobilitas fisik (SLKI, Hal 65) Nyeri menurun, Gerakan terbatas menurun, Kelemahan fisik menurun. Dukungan Ambulasi (SIKI Hal 22) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, Kondisi umum selama melakukan ambulasi, Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi, Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi, Anjurkan melakukan ambulasi dini.

2. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang Luaran Utama : Tingkat Nyeri (SLKI Hal 145) Keluhan nyeri menurun, Meringis menurun, Gelisah menurun. Manajemen Nyeri (SIKI Hal 22) Identifikasi skala nyeri, Identifikasi respons non verbal, Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Teknik Relaksasi nafas dalam), Kolaborasi pemberian analgetik, *jika perlu*

3. Gangguan Pola Tidur Berhubungan Dengan Kurang Kontrol Tidur

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan pola tidur membaik. Luaran Utama : Pola Tidur (SLKI Hal 96) keluhan pola tidur membaik. Keluhan sulit tidur membaik, keluhan sering terjaga membaik, keluhan tidak puas tidur membaik, keluhan istirahat tidak cukup membaik.

Dukungan Tidur (SIKI Hal 44). Identifikasi faktor pengganggu tidur, identifikasi pola aktivitas dan tidur, modifikasi lingkungan dan tetapkan jadwal rutin tidur, anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur, ajarkan relaksasi non farmakologi (Teknik tarik nafas dalam)

3.6 Implementasi dan Evaluasi

1. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan Muskuloskeletal
Pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien sesuai dengan kondisi pasien, implementasi dilakukan pada hari ke 1 tanggal 01 Desember 2022. Implementasi yang dilakukan untuk meningkatkan mobilitas fisik pasien agar meningkat : 1) Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, Kondisi umum selama melakukan ambulasi, 2) Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi, 3) Menjelaskan tujuan dan prosedur ambulasi, 4) Menganjurkan melakukan ambulasi dini (Membantu pasien latihan untuk menggerakkan jari – jari tangan)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada hari ke - 1 tanggal 01 Desember 2022 didapatkan evaluasi yaitu Ny. N mengatakan belum bisa menggerakkan jari – jari tangan, merasa cemas jika menggerakkan jari – jari karena post operasi. Tampak luka tertutup elastis banded, fisik Ny. N terlihat k/u lemah , GCS: 456, kesadaran: composmentis), kekuatan otot ekstermitas atas dekstra 2222, ekstermitas atas sinistra 5555, ekstermitas bawah dekstra 5555 dan ekstermitas bawah sinistra 5555. Assasment masalah belum teratasi. Planning intervensi dilanjutkan.

Implementasi dilakukan pada hari ke 2 tanggal 02 Desember 2022. Implementasi yang dilakukan untuk meningkatkan mobilitas fisik pasien agar meningkat : 1) Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, Kondisi umum selama melakukan ambulasi, 2) Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi, 3) Menjelaskan tujuan dan prosedur ambulasi, 4) Menganjurkan melakukan ambulasi dini (latihan untuk menggerakkan jari – jari tangan)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada hari ke - 2 tanggal 02 Desember 2022 didapatkan evaluasi yaitu Ny. N mengatakan mulai bisa menggerakkan jari – jari tangan, sedikit cemas jika menggerakkan jari – jari karena post operasi. Tampak luka tertutup elastis banded, fisik Ny. N terlihat k/u cukup , GCS: 456, kesadaran: composmentis), kekuatan otot ekstermitas atas dekstra 2222, ekstermitas atas sinistra 5555, ekstermitas bawah dekstra 5555 dan ekstermitas bawah sinistra 5555. Assasment masalah belum teratasi. Planning intervensi dilanjutkan.

Implementasi dilakukan pada hari ke 3 tanggal 03 Desember 2022. Implementasi yang dilakukan untuk meningkatkan mobilitas fisik pasien agar meningkat : 1) Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, Kondisi umum selama melakukan ambulasi, 2) Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi, 3) Menjelaskan tujuan dan prosedur ambulasi, 4) Menganjurkan melakukan ambulasi dini (latihan untuk menggerakkan jari – jari tangan).

Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada hari ke - 3 tanggal 03 Desember 2022 didapatkan evaluasi yaitu Ny. N mengatakan mulai bisa menggerakkan jari – jari tangan, cemas berkurang jika menggerakkan jari – jari. Tampak luka tertutup elastis banded, fisik Ny. N terlihat k/u cukup , GCS: 456, kesadaran: composmentis), kekuatan otot ekstermitas atas dekstra 3333, ekstermitas atas sinistra 5555, ekstermitas bawah dekstra 5555 dan ekstermitas bawah sinistra 5555. Assasment masalah teratasi sebagian. Planning intervensi dilanjutkan.

2. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik

Pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien sesuai dengan kondisi pasien, implementasi dilakukan pada hari ke 1 tanggal 01 Desember 2022. Implementasi yang dilakukan untuk menurunkan tingkat nyeri pasien : 1) Mengidentifikasi skala nyeri, 2) Mengidentifikasi respons non verbal, 3) Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Teknik relaksasi nafas dalam), 4) Mengkolaborasi pemberian analgetic (Anti inflamasi ketorolac 30mg 3x1/IV dan cefobactam 1gr 2x1/IV).

Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada hari ke - 1 tanggal 01 Desember 2022 didapatkan evaluasi yaitu Ny. N mengatakan nyeri di tangan kanan dengan skala nyeri 4 (skala 1-10) P: Nyeri pada bagian tangan kanan setelah di operasi, Q: Rasa nyeri seperti ditusuk – tusuk, R: Rasa sakit hanya ada di satu titik bagian tangan sebelah kanan , S: Skala nyeri 4, T: Hilang timbul sakitnya, saat mengerakan tangan. Ny N tampak meringis, bersikap menghindari rasa nyeri, Ny. N tampak gelisah dengan luka setelah operasi. Assasment masalah belum teratasi. Planning intervensi dilanjutkan.

Implementasi dilakukan pada hari ke- 2 tanggal 02 Desember 2022. Implementasi yang dilakukan untuk menurunkan tingkat nyeri pasien : 1) Mengidentifikasi skala nyeri, 2) Mengidentifikasi respons non verbal, 3) Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Teknik relaksasi nafas dalam), 4) Mengkolaborasi pemberian analgetic (Anti inflamasi ketorolac 30mg 3x1/IV dan cefobactam 1gr 2x1/IV).

Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada hari ke - 2 tanggal 02 Desember 2022 didapatkan evaluasi yaitu Ny. N mengatakan nyeri di tangan kanan dengan skala nyeri 3 (skala 1-10) P: Nyeri pada bagian tangan kanan setelah di operasi, Q: Rasa nyeri seperti ditusuk – tusuk, R: Rasa sakit hanya ada di satu titik bagian tangan sebelah kanan , S: Skala nyeri 3, T: Hilang timbul sakitnya, saat mengerjakan tangan. Ny N tampak meringis, bersikap menghindari rasa nyeri, Ny. N tampak masih gelisah dengan luka setelah operasi. Assasment masalah belum teratasi. Planning intervensi dilanjutkan.

Implementasi dilakukan pada hari ke - 3 tanggal 03 Desember 2022. Implementasi yang dilakukan untuk menurunkan tingkat nyeri pasien : 1) Mengidentifikasi skala nyeri, 2) Mengidentifikasi respons non verbal, 3) Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Teknik relaksasi nafas dalam), 4) Mengkolaborasi pemberian analgetic (Anti inflamasi ketorolac 30mg 3x1/IV dan cefobactam 1gr 2x1/IV).

Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada hari ke - 3 tanggal 03 Desember 2022 didapatkan evaluasi yaitu Ny. N mengatakan nyeri di tangan kanan berkurang dengan skala nyeri 3 (skala 1-10) P: Nyeri pada bagian tangan kanan setelah di operasi, Q: Rasa nyeri seperti ditusuk – tusuk, R: Rasa sakit hanya ada

di satu titik bagian tangan sebelah kanan , S: Skala nyeri 3, T: Hilang timbul sakitnya, saat mengerjakan tangan. Ny N tampak meringis, bersikap menghindari rasa nyeri, Ny. N tampak masih gelisah dengan luka setelah operasi. Assasment masalah teratasi sebagian. Planning intervensi dilanjutkan.

3. Gangguan Pola Tidur Berhubungan Dengan Kurang Kontrol Tidur

Pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien sesuai dengan kondisi pasien, implementasi dilakukan pada hari ke 1 tanggal 01 Desember 2022. Implementasi yang dilakukan untuk memperbaiki pola tidur pasien: 1) Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, 2) Mengidentitikasi pola aktivitas dan tidur, 3) Memodifikasi lingkungan dan tetapkan jadwal rutin tidur, 4) Menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur, 5) Mengajarkan relaksasi non farmakologi(Teknik tarik nafas dalam).

Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada hari ke - 1 tanggal 01 Desember 2022 didapatkan evaluasi yaitu Ny. N mengatakan masih sulit tidur, masih sering terbangun pada malam hari, tadi malam hanya tidur sekitar 4 jam. Ny. N tampak lesu, lingkaran mata terlihat hitam, Ny. N tampak mampu menirukan anjuran untuk melakukan relaksasi nafas dalam sebelum tidur. Assasment masalah belum teratasi. Planning intervensi dilanjutkan.

Implementasi dilakukan pada hari ke - 2 tanggal 02 Desember 2022. Implementasi yang dilakukan untuk memperbaiki pola tidur pasien: 1) Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, 2) Mengidentitikasi pola aktivitas dan tidur, 3) Memodifikasi lingkungan dan tetapkan jadwal rutin tidur, 4) Menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur, 5) Mengajarkan relaksasi non farmakologi (Teknik tarik nafas dalam).

Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada hari ke - 2 tanggal 02 Desember 2022 didapatkan evaluasi yaitu Ny. N mengatakan masih sulit tidur, masih terbangun pada malam hari, tadi malam hanya tidur sekitar 5 jam. Ny. N tampak lesu, lingkaran mata terlihat masih hitam, Ny. N tampak mampu menirukan anjuran untuk melakukan relaksasi nafas dalam sebelum tidur. Assasment masalah belum teratasi. Planning intervensi dilanjutkan.

Implementasi dilakukan pada hari ke - 3 tanggal 03 Desember 2022. Implementasi yang dilakukan untuk memperbaiki pola tidur pasien: 1) Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, 2) Mengidentitikasi pola aktivitas dan tidur, 3) Memodifikasi lingkungan dan tetapkan jadwal rutin tidur, 4) Menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur, 5) Mengajarkan relaksasi non farmakologi(Teknik tarik nafas dalam).

Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada hari ke – 3 tanggal 03 Desember 2022 didapatkan evaluasi yaitu Ny. N mengatakan sulit tidur sedikit berkurang, masih terbangun pada malam hari, tadi malam hanya tidur sekitar 6 jam. Ny. N tampak tidak lesu, lingkaran mata hitam berkurang, Ny. N tampak mampu menirukan anjuran untuk melakukan relaksasi nafas dalam sebelum tidur. Assasment masalah teratasi sebagian. Planning intervensi dilanjutkan.

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antar tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada Ny. N dengan diagnose medis *Post Operasi Close Fraktur Radius Dekstra* di Ruang G1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya serta menyertakan literatur untuk memperkuat alasan tersebut. Adapun pembahasan berupa pustaka data yang diperoleh dari pelaksanaan asuhan keperawatan dan opini yang meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, penatalaksanaan, dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

4.1.1 Identitas

Pengkajian keperawatan adalah tahap dasar dari seluruh proses keperawatan dengan tujuan mengumpulkan informasi dan data-data pasien. Supaya dapat mengidentifikasi masalah – masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien, Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang pasien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah – masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan (Dermawan, 2012).

Pengkajian pada kasus didapatkan data bahwa pasien adalah seorang ibu berusia 45 tahun tinggal dengan suami dan anak. Menurut (Platini et al., 2020) menjelaskan bahwa dampak fraktur yaitu terjadinya kecacatan, bahkan bisa mengarah ke kematian. Hal ini mengakibatkan pada usia produktif apabila terjadi fraktur maka akan memengaruhi aktivitas dan produktivitas. Tidak hanya usia produktif saja, namun semua usia apabila mengalami cedera seperti fraktur

terutama ekstermitas bawah maka akan mengalami penurunan fungsi yang dapat berakibat fatal apabila terlambat tertangani, dan proporsi kasus terbanyak pada fraktur yaitu akibat kecelakaan pada laki-laki dengan usia produktif. Hal ini sejalan dengan penelitian dari (Alfarisi et al., 2018) yang menyatakan bahwa pada usia dewasa dengan jarak antara usia 26 tahun – 45 tahun sangat rentan terjadinya fraktur, di karenakan pada usia ini mempunyai aktifitas lebih di banding dengan usia lainnya. Usia adalah salah satu faktor yang dapat menentukan lama proses penyembuhan, dimana waktu penyembuhan pada usia anak lebih cepat daripada pada usia dewasa.

Hal ini sejalan dengan pendapat (Triono & Murinto, 2015) yang menyatakan bahwa fraktur lebih sering terjadi pada laki-laki daripada perempuan dengan umur dibawah 45 tahun sering berhubungan dengan olahraga, pekerjaan atau luka yang disebabkan oleh kendaraan bermotor namun pada usia diatas 45 tahun perempuan lebih sering mengalami fraktur daripada laki-laki yang berhubungan dengan meningkatnya insiden osteoporosis yang terkait dengan perubahan hormon pada menopause.

Penulis berasumsi bahwa Usia dewasa ini merupakan masa berjayanya untuk melakukan aktivitas yang berat dan dapat mengakibatkan kerapuhan pada tulang, sehingga dapat menyebabkan fraktur pada usia anak – anak penyembuhan lebih cepat dibandingkan pada usia dewasa.

4.1.2 Keluhan Utama

Ny. N mengeluh nyeri pada area tangan pasca operasi post operasi close fraktur radius dekstra. P : Post operasi akibat terjatuh di kamar mandi 3 bulan yang lalu, Q : Cekot – cekot, R : Tangan Kanan, S : Skala nyeri 4 (skala 1-10), T : Hilang timbul. Pasien post operasi insisi (penyayatan jaringan) mengalami nyeri dengan berbagai tingkatan Hampir 80% pasien post operasi pembedahan mengalami keluhan nyeri akut setelah pengaruh obat anastesi yang hilang, nyeri akan bertambah dengan adanya suatu peradangan atau infeksi. Waktu pemulihan pasien post operasi membutuhkan waktu rata-rata 72,45 menit, sehingga pasien akan mengalami nyeri yang hebat pada dua jam pertama setelah operasi akut akibat pengaruh obat anastesi yang hilang. Hampir 75% pasien post operasi pembedahan mengalami keluhan nyeri. (Wati & Ernawati, 2020).

Penulis berasumsi bahwa nyeri yang dirasakan oleh pasien pasca operasi merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang bersifat subjektif akibat kerusakan jaringan.

4.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang

Ny. N keluhan utama dengan keluhan nyeri di tangan kanan, menurut Ny.N keluhan nyeri yang dirasa bisa hilang setelah dilakukannya teknik tradisional seperti pijat, namun nyeri yang dirasa tidak mereda sehingga Ny. N berinisiatif untuk melakukan ke pengecekan kondisi yang dirasa, hasil foto rotgen menunjukkan adanya fraktur lama os Radius Dekstra 1/3 distal, non union dan fraktur lama proc styloideus os ulna Dekstra (Fragmen). Nyeri merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang bersifat

subjektif akibat kerusakan jaringan. Perbedaan rentang skala nyeri pada pasien berbeda-beda mulai dari nyeri yang sangat hebat, nyeri sedang hingga nyeri ringan, ini tergantung bagaimana pengalaman seseorang terhadap nyeri sebelumnya (Wati & Ernawati, 2020).

Hal ini sejalan dengan penelitian dari (Purnaning et al., 2020) yang menjelaskan adanya penatalaksanaan atau penanganan fraktur dapat didahului dengan rekognisi atau pengenalan derajat fraktur, reduksi sebagai usaha untuk manipulasi fragmen tulang patah untuk kembali ketempat asalnya, retensi untuk mempertahankan fragmen selama penyembuhan, dan rehabilitasi untuk mengembalikan fungsi tulang yang mengalami fraktur. Sebagian besar fraktur tidak mengalami penyulit apabila dilakukan penanganan yang tepat. Tata laksana yang sesuai pada pasien diharapkan mampu memulihkan pasien tanpa disabilitas setelahnya. Hal ini tentu saja dilakukan oleh dokter ahli orthopaedi dan dilakukan di fasilitas kesehatan atau RS yang mendukung.

Penulis berasumsi bahwa kondisi yang dialami oleh Ny. N merupakan ketidakpahaman dalam penanganan kejadian fraktur, sehingga penanganan awal yang mengakibatkan kondisi tersebut menjadi lebih parah.

4.1.4 Pemeriksaan Fisik

1. B1 (*Breathing*)

Ny. N bentuk dada normo chest, pergerakan dada simetris, tidak ada otot bantu nafas, RR : 20 x/ menit, irama nafas iregular, SPO2 98% tidak terpasang alat bantu pernafasan O2, suara nafas vesikuler, tidak ada tarikan dinding dada, tidak ada ronkhi (-/-), wheezing (-/-), tidak ada batuk, tidak ada sputum, terdengar suara sonor saat diperkusi. Hal ini sejalan dengan (Lopes et al., 2014) membahas tentang penanganan nyeri pada pasien fraktur adalah sangat penting, karena jika nyerinya tidak ditangani akan mempengaruhi sistem pernafasan, Nafas seseorang dipengaruhi efektifitas transportasi oksigen kedalam paru-paru dan kemudian jantung, semakin efektif transportasi oksigen maka semakin tenang napas seseorang. Hasil penelitian menunjukkan seseorang yang sedang mendengarkan musik dapat lebih tenang sehingga proses pertukaran oksigen dapat berjalan dengan lancar dan nafas memiliki ritme dan irama yang stabil.

Penulis berasumsi bahwa pada pasien fraktur yang telah dilakukan operasi tidak ada masalah pada gangguan pernapasan, karena pasien dapat bernapas dengan baik tanpa ada hambatan.

2. B2 (*Blood*)

Pengkajian didapatkan hasil sebagai berikut : Ny. N setelah dilakukan pengkajian Tanda-Tanda Vital didapatkan TD: 120.70 mmHg, Ictus cordis teraba ics 5, nyeri dada (-), perdarahan (-), perdarahan kelenjar getah benih (-), konjungtiva ananemis, sklera putih, pembesaran getah benih, CRT < 2 detik, odema pada pergelangan tangan kanan (+), akral hangat, Bunyi jantung : S1 – S2 tunggal, Bunyi jantung tambahan (-). Menurut penulis oedem yang ada pada

pergelangan tangan yang dialami Ny.N ditandai dengan pecahnya pembuluh darah akibat fraktur radius dan pasca operasi pembedahan sehingga adanya pembengkakan di sekitar area luka. Hal ini didukung pada penelitian dari (Andri et al., 2020) yang membahas tentang penatalaksanaan fraktur yang dapat mengakibatkan masalah atau komplikasi seperti kesemutan, nyeri, kekakuan otot, bengkak atau edema serta pucat pada anggota gerak yang dioperasi.

Penulis berasumsi bahwa masalah tersebut dapat disebabkan oleh beberapa faktor salah satunya adalah kurang atau tidak dilakukannya mobilisasi dini pasca pembedahan. Hal ini dapat menjadikan mobilisasi dini yaitu untuk memperbaiki sirkulasi, mencegah terjadinya masalah atau komplikasi setelah operasi serta mempercepat proses pemulihan pasien.

3. B3 (*Brain*)

Saat pengkajian kesadaran pasien compos mentis dengan GCS E4V5M6, ditemukannya masalah pada status neurologis nervus kranialis XI yang menjelaskan pasien tidak dapat menopang bahunya dikarenakan rasa nyeri pasca operasi, Pupil isokor 3 mm/3 mm. Hasil pengkajian dari sistem sensorik didapatkan Ny. N mengatakan nyeri di tangan kanan, Sistem motorik didapatkan gangguan pergerakan pada tangan kanan dan sistem otonom didapatkan tangan terdapat balutan elastis banded dan tampak odema di jari – jari tangan.

Menurut (Permana et al., 2015) Rasa nyeri post operasi yang dialami pasien, membuat pasien memiliki persepsi takut untuk menggerakkan ekstremitas yang cedera, sehingga pasien cenderung untuk tetap terbaring lama, membiarkan tubuh tetap kaku. Untuk mencegah tidak terjadinya kekakuan otot dan tulang pada daerah yang dilakukan operasi, serta mengurangi rasa nyeri yang dialami pasien

maka tindakan yang dapat dilakukan adalah mobilisasi contohnya yaitu dengan melakukan *Range Of Motion*.

Penulis berasumsi bahwa pasien masih dalam proses pemulihan pasca operasi fraktur radius dengan skala nyeri 4, sehingga nyeri yang dirasa dapat menghambat proses mobilisasi dan kemungkinan mempengaruhi kekakuan otot diarea bahu.

4. B4 (*Bladder*)

Pada pemeriksaan perkemihan pasien dapat berkemih secara mandiri dan dibantu oleh keluarga. Saat palpasi tidak teraba adanya distensi kandung kemih dan tidak ada nyeri tekan.. Hal ini sejalan dengan (Manengkey et al., 2019) yang menjelaskan kesanggupan pasien post operasi fraktur untuk menjalani aktivitas mandiri tergantung pada dirinya sendiri walaupun hanya ekstremitas atas atau bawah atau salah satunya tetapi pasien tersebut memiliki koping yang buruk kemungkinan besar sangat bergantung pada bantuan dari orang lain.

Penulis berasumsi bahwa pada pasien ini, belum mengalami gangguan pada proses perkemihan, dikarenakan ekstremitas bawah pasien dapat melakukan mobilisasi mandiri dan mampu berkemih secara mandiri.

5. B5 (*Bowel*)

Pada saat inspeksi didapatkan mukosa bibir kering, mulut bersih, tidak ada perdarahan pada mulut dan gusi, pasien mengeluh mual dan muntah 1x. Bentuk abdomen pasien datar dan tidak ada pembesaran abdomen atau asites. Saat auskultasi didapatkan bising usus 16x/menit dan saat diperkusi terdengar suara timpani. Hal ini sejalan dengan penelitian dari (Simbolon & Saragih, 2018) yang menjelaskan bahwa respon mual dan muntah yang dialami oleh pasie pasca operasi adalah salah satu reaksi yang paling umum setelah operasi. Sekitar 30% pasien yang

menerima anestesi umum memiliki beberapa bentuk gangguan pencernaan dalam 24 jam pertama setelah operasi. Pasien dengan riwayat penyakit lebih mungkin untuk mengembangkan mual dan muntah setelah operasi. Tidak menutup kemungkinan pasien dengan obesitas mungkin berisiko karena banyak anestesi yang ditahan oleh sel - sel lemak dan tetap dalam tubuh lebih lama.

Penulis berasumsi bahwa adanya respon anestesi yang merupakan penyebab dari pasca operasi penderita akan merasakan mual bahkan hingga muntah.

6. B6 (*Bone*)

Pada pemeriksaan muskuloskeletal didapatkan Pada pemeriksaan palpasi turgor kulit menurun, tidak ada suara krepitasi, deformitas tulang radius kanan, skala kekuatan otot ekstremitas: ekstremitas atas dextra 2222, ekstremitas atas sinistra 5555, ekstremitas bawah dextra 5555, ekstremitas bawah sinistra 5555, Ny. N mengatakan jika ingin melakukan mobilisasi rasanya nyeri pada area tangan, dan lebih banyak posisi supinasi setelah operasi dan gerakan terbatas.

Hal ini sejalan dengan (Wijaya et al., 2018) yang menjelaskan bahwa Fraktur merupakan suatu keadaan dimana terjadinya disintegritas tulang atau terputusnya kontinuitas jaringan tulang yang ditentukan sesuai jenis dan luasnya. Fraktur terjadi jika tulang dikenai stres yang lebih besar dari yang dapat diabsorpsi, apabila tekanan eksternal yang datang lebih besar dari yang dapat diserap tulang, maka terjadilah trauma pada tulang yang mengakibatkan rusaknya atau terputusnya kontinuitas tulang dan biasanya menimbulkan respon nyeri yang hebat hingga berisiko syok jika terjadi pendarahan yang tidak terbandung.

Penulis berasumsi bahwa keadaan pasien yang mengalami fraktur dapat merasakan nyeri yang hebat bahkan hingga pasca operasi masih merasakan nyeri

hebat, ini dibuktikan dengan adanya respon patologis dari fraktur yang dapat menimbulkan respon nyeri hebat hingga dapat menimbulkan perdarahan jika tidak segera ditangani, dan beresiko syok jika terjadi perdarahan yang terus menerus.

4.1.5 Pola Aktifitas dan Tidur

Pada saat pengkajian didapatkan Ny. N mengatakan sering terbangun karena nyeri pada tangan kanan bahkan pasca operasi masih merasa nyeri. Hal ini menunjukkan respon nyeri yang dirasa seseorang berbeda-beda termasuk pada bagaimana cara menghadapi stresor nyeri tersebut. Penelitian ini sejalan dengan (Andri et al., 2019) menjelaskan bahwa Operasi terhadap fraktur dapat menyebabkan rasa nyeri. Setelah operasi pasien mengalami nyeri hebat, nyeri setelah operasi tidak dapat diatasi dengan baik, sekitar 50 % pasien tetap mengalami nyeri sehingga dapat mengganggu kenyamanan pasien. Nyeri pasca operasi dapat menimbulkan perubahan fisiologis seperti naiknya tekanan darah, naiknya laju denyut jantung, vasokonstriksi pembuluh darah akibat terganggunya aliran darah ke organ tubuh, meningkatkan aktifitas pernafasan, kehilangan banyak air, dan kelelahan.

Penulis berasumsi bahwa pada pasien pasca operasi akan mengalami nyeri dari mulai nyeri yang ringan hingga nyeri yang sangat hebat hal ini dapat mengganggu kenyamanan pola aktivitas dan tidur pasien.

4.1.6 Pemeriksaan Penunjang

Ny. N telah melakukan serangkaian pemeriksaan dimulai dari pemeriksaan Darah Lengkap, Kimia Klinik, Faal Hemostatis, HbsAg, dan yang sangat dibutuhkan adanya foto rontgen untuk menjelaskan adanya fraktur pada tangannya. Secara teori pemeriksaan radiologis diperlukan untuk menentukan keadaan, lokasi serta ekstensi fraktur. Dari hasil Pemeriksaan radiologi telah memberikan tampilan jelas sehingga diagnosis pada kasus bisa ditegakkan. Selanjutnya pada pasien ini diperlukan pemeriksaan laboratorium sebagai pemeriksaan penunjang untuk mengetahui apakah terdapat tanda infeksi ataupun terdapat hal yang dapat menyebabkan terhalangnya operasi sehingga dari hasil laboratorium darah lengkap menunjukkan tidak ada penyulit dalam melakukan operasi dikarenakan hasil pemeriksaan laboratorium pasien normal (Munir et al., 2021).

4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai respon individu, keluarga, atau masyarakat yang diperoleh melalui proses pengumpulan data terhadap masalah kesehatan yang aktual maupun potensial guna menjaga status kesehatan. Diagnosa keperawatan yang diangkat pada Ny. N terdapat 3 diagnosa keperawatan yaitu :

1. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan Muskuloskeletal

Ny. N mengatakan jika melakukan mobilisasi pasien merasa nyeri pada area tangan kanannya, pasien juga lebih banyak posisi terlentang setelah operasi dan gerakan terbatas. Hal ini sejalan dengan penelitian dari (Fitamania et al., 2022) yang menjelaskan bahwa penyembuhan hambatan mobilitas fisik pada fraktur setelah dilakukan operasi penyembuhan tulang

maka harus secepat mungkin dilakukan range of motion(ROM). Latihan rentang gerak (ROM) adalah pergerakan maksimal mungkin bisa dilakukan oleh sendi tersebut.

Peneliti berasumsi bahwa keadaan yang dialami pasien berpengaruh dalam mobilisasinya, sehingga perlu bantuan dari keluarga atau alat bantu sehingga dapat mempermudah mobilisasi seperti aktivitas sehari-hari dan perlu sesering mungkin untuk melatih rentang gerak pada tangan yang fraktur pasca operasi sehingga perlunya pemahaman melatih agar tidak menjadi kekakuan otot atau sendi.

2. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik

Nyeri merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang bersifat subjektif akibat kerusakan jaringan. Perbedaan rentang skala nyeri pada pasien berbeda-beda mulai dari nyeri yang sangat hebat, nyeri sedang hingga nyeri ringan, ini tergantung bagaimana pengalaman seseorang terhadap nyeri sebelumnya. Manajemen nyeri merupakan prosedur penatalaksanaan untuk penanganan nyeri, terdapat dua manajemen dalam penanganan nyeri yaitu secara farmakologi maupun non farmakologi. Tindakan farmakologis biasanya diberikan dengan pemberian analgetik untuk menghilangkan rasa nyeri yang sangat hebat yang berlangsung selama berjam-jam bahkan sampai sehari-hari (Purnaning et al., 2020).

Penulis berasumsi bahwa orang yang merasakan nyeri akan selalu berfokus pada respon nyeri tersebut, dari yang menjauhkan penyebab nyeri hingga memberikan kenyamanan untuk mengurangi rasa nyeri tersebut.

3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur

Berdasarkan penjelasan Ny.N pada saat pengkajian didapatkan pasien mengeluh sulit tidur, seringnya terbangun saat tidur, mengeluh tidak puas tidur dan istirahat tidak cukup. Pasien yang telah mengalami tindakan pembedahan sering terjadi pada gangguan tidur. Pasien sering terbangun selama malam pertama setelah pembedahan akibat berkurangnya pengaruh anestesi. Gangguan pola tidur dapat diatasi dengan terapi farmakologi dan nonfarmakologi. Tindakan nonfarmalogi untuk mengatasi kebutuhan tidur terdiri dari beberapa tindakan penanganan, meliputi : teknik relaksasi, terapi musik, dan terapi menggunakan aroma terapi (Agustina et al., 2019).

Penulis berasumsi hospitalisasi yang dirasakan oleh Ny.N hal yang wajar dikarenakan semua pasien yang sedang dirawat dan mengalami keluhan yang sama akan merasakan hal yang sama, namun tergantung bagaimana coping yang dimiliki dalam menghadapi perasaan tersebut, disisi lain Ny. N juga merasakan nyeri yang hebat dan berkurang setelah pasca operasi.

4.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan pasien. Intervensi asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada kedua klien belum menggunakan standar intervensi keperawatan indonesia (SIKI) dan standar luaran keperawatan indonesia (SLKI). adapun tindakan pada standar intervensi keperawatan indonesia terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi (SIKI, 2018). Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada Ny. N berikut penjabarannya ;

1. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan Muskuloskeletal
Tujuan dari perencanaan diagnosa adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik pasien dapat meningkat. Asumsi penulis berpendapat semakin sering dilakukannya mobilisasi dini sehingga dapat menurunkan intensitas kekakuan otot setelah paska pembedahan.

Mobilitas Fisik meningkat Luaran utama : Mobilitas fisik (SLKI, Hal 65)
Nyeri menurun, Gerakan terbatas menurun, Kelemahan fisik menurun.
Dukungan Ambulasi (SIKI Hal 22) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, Kondisi umum selama melakukan ambulasi, Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi, Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi, Anjurkan melakukan ambulasi dini.

2. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik

Tujuan dari perencanaan diagnosa adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang Luaran Utama : Tingkat Nyeri (SLKI Hal 145) Keluhan nyeri menurun, Meringis menurun, Gelisah menurun. Asumsi penulis berpendapat bahwa nyeri yang dirasa pada seorang individu berbeda-beda namun suatu hal yang sama yaitu bagaimana cara menghadapi nyeri tersebut, salah satunya dengan cara manajemen nyeri, dan anggapan individu terhadap nyeri tersebut. Manajemen Nyeri (SIKI Hal 22) Identifikasi skala nyeri, Identifikasi respons non verbal, Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri(Teknik Relaksasi nafas dalam), Kolaborasi pemberian analgetik, *jika perlu*

3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan pola tidur membaik. Luaran Utama : Pola Tidur (SLKI Hal 96) keluhan pola tidur membaik. Keluhan sulit tidur membaik, keluhan sering terjaga membaik, keluhan tidak puas tidur membaik, keluhan istirahat tidak cukup membaik. Asumsi peneliti berpendapat yang dialami oleh Ny.N ini adalah termasuk dalam kecemasan sehingga kualitas tidur terganggu dan merasakan nyeri yang dirasa.

Dukungan Tidur (SIKI Hal 44). Identifikasi faktor pengganggu tidur, identifikasi pola aktivitas dan tidur, modifikasi lingkungan dan tetapkan jadwal rutin tidur, anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur, ajarkan relaksasi non farmakologi (Teknik tarik nafas dalam).

4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah suatu kegiatan yang terencana, bukan hanya suatu aktifitas dan dilakukan secara sungguh-sungguh berdasarkan acuan norma-norma tertentu untuk mencapai tujuan kegiatan. Implementasi pada pasien Ny.N dilakukan oleh penulis dari tanggal 01 – 03 Desember 2022

1. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan Muskuloskeletal

Tindakan yang dilakukan kepada pasien adalah menganjurkan untuk ambulasi dini. Didapatkan pada saat pengkajian pasien merasa cemas jika menggerakkan jari – jari tangan kanannya, dan untuk mobilisasi masih dibantu oleh keluarga. Hal ini dikarenakan Ny. N merasakan ketidaknyamanan saat mobilisasi sehingga untuk menggerakkan daerah bekas post operasi harus perlahan agar tidak merasakan nyeri. Selanjutnya Ny.N diberikan pemahaman terkait ambulasi dini *Range Of Motion (ROM)*, sehingga kekakuan otot setelah post operasi terminimalisir dan memudahkan Ny. N untuk beraktivitas walaupun masih perlu bantuan dari keluarga. Hal ini sejalan dengan penelitian dari (Fitamania et al., 2022) yang menjelaskan ROM sering diartikan sebagai latihan gerak atau mobilisasi dan dapat membantu pasien yang mengalami keterbatasan gerak dan mendapatkan kembali kekuatan otot untuk bergerak. Untuk itu perlu adanya proses penyembuhan salah satunya dengan melakukan mobilisasi. Ambulasi dini sangat penting dilakukan pada pasien-pasien pasca operasi karena jika pasien membatasi pergerakannya di tempat tidur dan sama sekali tidak melakukan ambulasi pasien akan semakin sulit untuk mulai berjalan. Teknik latihan Range Of Motion terbukti dapat mencegah gangguan mobilitas fisik dengan

peningkatan otot dan kekakuan sendi menurun. Kaji klien dan rencanakan program latihan yang sesuai untuk klien 2) Memberitahu klien tentang tindakan yang akan dilakukan, area digerakkan dan peran klien dalam latihan 3) Jaga privacy klien 4) Jaga/atur pakaian yang menyebabkan hambatan pergerakan 5) Angkat selimut sebagaimana diperlukan 6) Anjurkan klien berbaring dalam posisi yang nyaman 7) Lakukan latihan sebagaimana dengan cara berikut: Latihan sendi jari-jari tangan : a. Pasien dalam posisi telentang, b. Perawat memegang pergelangan tangan pasien dengan satu tangan, tangan lainnya membantu pasien membuat gerakan mengepal/menekuk jari-jari tangan dan kemudian meluruskan jari-jari tangan pasien, c. Perawat memegang telapak tangan dan keempat jari pasien dengan satu tangan, tangan lainnya memutar ibu jari tangan, d. Tangan perawat membantu melebarkan jari-jari pasien kemudian merapatkan kembali, e. Instruksikan agar pasien tetap rileks, f. Lakukan pengulangan sebanyak 10 kali. 8) Kaji pengaruh/efek latihan pada klien terutama hemodinamik klien 9) Atur klien pada posisi yang nyaman 10) Benahi selimut dan line (Kemenkes, 2014).

Peneliti berasumsi latihan ROM pada pasien pasca operasi secara intens dapat mengurangi kekakuan pada otot dan kekakuan pada sendi.

2. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik

Kekuatan implementasi dari kolaborasi tindakan medik dengan pemberian analgetic (Anti inflamasi ketorolac 30mg 3x1/IV dan cefobactam 1gr 2x1/IV) dilakukan tindakan keperawatan injeksi melalui infus dengan tindakan awal mencuci tangan, l lakukan 6 prinsip benak (benar obat, dosis, pasien, cara, waktu dan dokumentasi), masukkan obat dan keluarkan udara dengan cara menengakkan spuit dengan posisi jarum tertutup, letakkan spuit ke dalam bak instrumen, tentukan area penusukan, matikan aliran infus sementara, desinfeksikan area penusukan dengan alchohol swab, masukkan jarum dengan jarum menghadap keatas, lakukan aspirasi bila ada darah, masukkan obat secara perlaha, setelah obat masuk atur infus kembali sesuai advis dokter (Maysanjaya, 2020). Tindakan keperawatan dengan cara injeksi melalui infus di ruangan tidak berbeda dengan penelitian diatas hanya saja bedanya terkadang dengan cara dilipat selang infusnya atau terkadang dimatikan infus dan atur ulang seperti semula.

Tindakan keperawatan yang dilakukan adalah Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Teknik relaksasi nafas dalam) untuk mengalihkan nyeri yang dirasakan. Teknik relaksasi nafas dalam akan lebih efektif bila dikombinasikan dengan beberapa teknik lainnya, seperti *guided imagery*. *Guided imagery* merupakan teknik yang menggunakan imajinasi seseorang untuk mencapai efek positif tertentu. Teknik ini dimulai dengan proses relaksasi pada umumnya yaitu meminta pasien untuk perlahan-lahan menutup matanya dan fokus pada nafas mereka, pasien didorong untuk relaksasi mengosongkan pikiran dan memenuhi pikiran

dengan bayangan untuk membuat damai dan tenang. Pada saat implementasi didapatkan dari hari 1 hingga hari ke 3 skala nyeri berkurang, namun saat menggerakkan tangan. Ny N tampak meringis, bersikap menghindari rasa nyeri, Ny. N tampak masih gelisah dengan luka setelah operasi. Nyeri yang dirasakan sebelum dilakukan teknik relaksasi nafas dalam yang sering muncul adalah rata-rata pada skala sedang disebabkan fraktur yang dialami cukup kompleks, dengan ciri-ciri responden meringis, menyeringai, dapat mendeskripsikan nyeri yang dirasa dan menunjukkan lokasi nyeri serta dapat mengikuti perintah dengan baik (Lela & Reza, 2018). Terapi relaksasi nafas dalam sebagai berikut :

1. Tahap Pra interaksi a. Membaca status klien b. Mencuci tangan c. Menyiapkan alat.
2. Tahap Orientasi a. Memberikan salam terapeutik b. Validasi kondisi klien c. Menjaga privasi klien d. Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan kepada klien dan keluarga.
3. Tahap Kerja a. Berikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya jika ada yang kurang jelas. b. Atur posisi pasien agar rileks tanpa beban fisik. c. Instruksikan pasien untuk tarik nafas sedalamdalamnya melalui hidung sehingga rongga paru berisi udara. d. Instruksikan klien untuk menahan napas selama 2- 3 detik. e. Instruksikan klien untuk menghembuskan napas secara perlahan melalui mulut, pada waktu yang bersamaan minta pasien untuk memusatkan perhatian pada sensasi rileks yang dirasakan. f. Instruksikan pasien untuk bernafas dalam, kemudian menghembuskan secara perlahan dan merasakan saat ini udara mengalir dari tangan, kaki, menuju keparu-paru

kemudian udara dan rasakan udara mengalir keseluruh tubuh. g. Latih dan informasikan kepada klien untuk melakukan teknik relaksasi napas sebanyak 5 – 10 kali atau sampai rasa nyeri berkurang atau hilang. h. Setelah pasien merasakan ketenangan, minta pasien untuk melakukan secara mandiri dan instruksikan pasien untuk mengulangi teknikteknik ini apa bila rasa nyeri kembali lagi. 4. Tahap terminasi a. Evaluasi hasil kegiatan b. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya c. Akhiri kegiatan dengan baik d. Cuci tangan .

5. Dokumentasi a. Catat waktu pelaksanaan tindakan b. Catat respon klien sebelum dan sesudah dilakukan tindakan. c. Paraf dan nama jelas perawat pelaksana (Widianti, 2022).

Asumsi penulis nyeri akut juga dapat menggunakan terapi relaksasi genggam jari dan relaksasi tarik nafas dalam, dengan demikian pasien dapat mengalihkan rasa nyeri yang dirasa namun juga perlunya tindakan kolaborasi farmakologis untuk pemberian analgesik agar nyeri tersebut dapat teratasi.

3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur

Tindakan yang dilakukan kepada pasien adalah dukungan untuk tidur. Hal ini menjadikan Ny. N mampu mengatur pola tidurnya meskipun yang menghambat dan mengakibatkan pola tidur terganggu adalah kecemasan dan nyeri yang dirasakan. Masalah – masalah pola tidur terlihat dikarenakan terdapatnya nyeri sesudah tindakan operasi. Gangguan pola tidur adalah rasa mengantuk yang berlebihan terhadap siang hari, sukar tidur terhadap kala tidur yang di idamkan (Gunawan, 2016).

Faktor-faktor yang pengaruhi pola tidur sanggup menunjukkan terdapatnya kapabilitas individu untuk tidur dan meraih jumlah istirahat cocok bersama dengan kebutuhannya. Adapun tindakan yang diberikan yaitu memodifikasi lingkungan klien baik dari pencahayaan, suhu, maupun kebisingan agar klien merasa nyaman dengan lingkungannya, melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan dengan cara mengatur posisi klien sesuai dengan keinginannya yaitu semifowler, menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit karena saat 70 sakit tubuh perlu istirahat lebih banyak dari orang yang tidak sakit, menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur agar waktu tidur klien terjadwal dan tidak terganggu, menganjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur agar kualitas dan kuantitas tidur klien meningkat (Agustina et al., 2019).

Peneliti berasumsi memodifikasi lingkungan yang aman dan nyaman agar terciptanya kualitas tidur pasien dapat terpenuhi.

4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi, yaitu penilaian hasil dan proses. Penilaian hasil menentukan seberapa jauh keberhasilan yang dicapai sebagai keluaran dari tindakan. Penilaian proses menentukan apakah ada kekeliruan dari setiap tahapan proses mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan, dan evaluasi itu sendiri (Kurniati, 2019).

Hasil evaluasi yang dilakukan peneliti pada pasien Ny. N post operasi terdapat 3 diagnosa keperawatan yaitu :

1. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan Muskuloskeletal

Hasil evaluasi keperawatan hari ke - 3 tanggal 03 Desember 2022 didapatkan evaluasi yaitu Ny. N mengatakan mulai bisa menggerakkan jari – jari tangan, cemas berkurang jika menggerakkan jari – jari. Tampak luka tertutup elastis banded, fisik Ny. N terlihat k/u cukup , GCS: 456, kesadaran: composmentis), kekuatan otot ekstermitas atas dekstra 3333, ekstermitas atas sinistra 5555, ekstermitas bawah dekstra 5555 dan ekstermitas bawah sinistra 5555. Assasment masalah teratasi sebagian. Planning intervensi dilanjutkan.

Penulis berasumsi bahwa pada diagnosa ini Ny. N dapat menggerakkan jari tangannya, meskipun tidak langsung dapat bergerak, hal ini menunjukkan Ny. N mengaplikasikan ambulasi dini dengan baik, selanjutnya dapat dilakukan intervensi selanjutnya.

2. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik

Hasil evaluasi keperawatan pada hari ke - 3 tanggal 03 Desember 2022 didapatkan evaluasi yaitu Ny. N mengatakan nyeri di tangan kanan berkurang dengan skala nyeri 3 (skala 1-10) P: Nyeri pada bagian tangan kanan setelah di operasi, Q: Rasa nyeri seperti ditusuk – tusuk, R: Rasa sakit hanya ada di satu titik bagian tangan sebelah kanan , S: Skala nyeri 3, T: Hilang timbul sakitnya, saat mengerjakan tangan. Ny N tampak meringis, bersikap menghindari rasa nyeri, Ny. N tampak masih gelisah dengan luka setelah operasi. Assasment masalah teratasi sebagian. Planning intervensi dilanjutkan.

Penulis berasumsi bahwa pada diagnosa ini Ny. N mengatakan nyeri berkurang hingga turun nyeri skala 3 dibandingkan sebelum operasi yaitu skala nyeri 4 (1-10). Dengan demikian Ny. N memahami bagaimana mengatas rasa nyeri yang dirasa meskipun tidak hilang seluruhnya.

3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur

Hasil evaluasi keperawatan pada hari ke – 3 tanggal 03 Desember 2022 didapatkan evaluasi yaitu Ny. N mengatakan sulit tidur sedikit berkurang, masih terbangun pada malam hari, tadi malam hanya tidur sekitar 6 jam. Ny. N tampak tidak lesu, lingkaran mata hitam berkurang, Ny. N tampak mampu menirukan anjuran untuk melakukan relaksasi nafas dalam sebelum tidur. Assasment masalah teratasi sebagian. Planning intervensi dilanjutkan.

Penulis berasumsi bahwa pada diagnosa ini Ny. N mengatakan pola tidur sudah membaik meskipun terkadang masih terbangun dimalam har karna merasakan nyeri, namun tidak dapat teratasi, sehingga intervensi selanjutnya bisa dilanjutkan.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Post Operasi Fraktur Radius Dekstra di ruang G1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis bisa menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

5.1 Simpulan

Dari hasil yang telah diuraikan tentang asuhan keperawatan pada Ny. N dengan diagnosis medis Post Operasi Close Fraktur Radius Dekstra, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pada saat pengkajian didapatkan pasien mengalami post operasi tangan kanan. pasien mengatakan jika bergerak rasanya nyeri pada area tangan skala nyeri P: Post operasi akibat terjatuh di kamar mandi 3 bulan yang lalu, Q: Cekot-Cekot, R: Tangan Kanan, S: 4 (Rentang Skala 0 – 10), T: Saat digerakkan., tampak meringis dan kesulitan untuk tidur, lebih banyak posisi terlentang setelah operasi dan gerakan terbatas, deformitas tulang radius kanan , skala kekuatan otot ekstremitas: ekstremitas atas dextra 2222, ekstremitas atas sinistra 5555, ekstremitas bawah dextra 5555, ekstremitas bawah sinistra 5555. Sehingga penulis mengangkat diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan Muskuloskeletal.

2. Pada pasien ini muncul beberapa diagnosa yaitu : gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan musculoskeletal, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dan gangguan pola tidur berhubungan dengan control tidur.
3. Pada saat pengkajian Ny. N mengatakan mengeluh sulit tidur, sering terbangun saat tidur, mengeluh tidak puas tidur dan istirahat tidak cukup, sehingga penulis mengangkat diagnose Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan kontrol tidur.
4. Rencana tindakan keperawatan yang terdapat dalam tinjauan pustaka tidak semua tercantum pada tinjauan kasus, tetapi disesuaikan dengan diagnosis dan etiologi dari masalah keperawatan tersebut. Rencana tindakan keperawatan yang telah dibuat tidak semua dapat dilaksanakan. Pelaksanaan tindakan keperawatan menyesuaikan dengan kondisi pasien dan fasilitas yang menunjang.
5. Evaluasi dan analisis tindakan keperawatan pada pasien dengan masalah keperawatan Gangguan mobilitas fisik ,nyeri ,dan gangguan pola tidur dapat teratasi.
6. Pendokumentasian tindakan keperawatan dilakukan dalam tertulis yang diletakan pada catatan perkembangan pasien agar dapat terbaca dan dapat diketahui secara jelas perkembangan pada Ny. N

5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut:

1. Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan klien, keluarga, dan tim kesehatan lainnya.
2. Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan yang cukup serta dapat bekerja sama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan pada klien.
3. Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang profesional alangkah baiknya diadakan suatu seminar atau suatu pertemuan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada klien.

DAFTAR PUSTAKA

- Alfarisi, R., Rihadah, S. R., & Anggunan. (2018). Hubungan Usia, Jenis Kelamin Dan Lokasi Fraktur Dengan Lama Perawatan Pada Pasien Fraktur Terbuka Di Rsud Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2017. *Jurnal Ilmu Kedokteran Dan Kesehatan*, 5, 270–276.
- 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/10.31539/joting.v2i1.1129>
- Agustina, D., Widyastuti, Y., & Wardani, I. K. (2019). Upaya Peningkatan Kualitas Tidur Dengan Pemberian Aroma Terapi Mawar Pada Pasien Post Op Fraktur. *Jurnal Publikasi ITS*, 1–5.
- Alfarisi, R., Rihadah, S. R., & Anggunan. (2018). Hubungan Usia, Jenis Kelamin Dan Lokasi Fraktur Dengan Lama Perawatan Pada Pasien Fraktur Terbuka Di Rsud Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2017. *Jurnal Ilmu Kedokteran Dan Kesehatan*, 5, 270–276.
- Andra, S. W., & Yessie, M. P. (2013). *KMB 1 Keperawatan Medikal Bedah Keperawatan Dewasa Teori dan Contoh Askep*. Nuha Medika.
- 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/10.31539/joting.v2i1.1129>
- Andri, J., Panzilion, P., & Sutrisno, T. (2019). Hubungan antara Nyeri Fraktur dengan Kualitas Tidur Pasien yang di Rawat Inap. *Jurnal Kesmas Asclepius*, 1(1), 55–64. <https://doi.org/10.31539/jka.v1i1.633>
- Apleys, G. . & salomon L. (2018). *Sytem of Ortopaedic And Trauma. 10 e*.
- Asfarotin, T., Fajriyah, N. N., & Faradisi, F. (2021). Literature Review : Pengaruh Kompres Air Dingin Untuk Menurunkan Intensitas Nyeri Pada Pasien Fraktur Tertutup. *Prosiding Seminar Nasional Kesehatan*, 1, 2070–2074. <https://doi.org/10.48144/prosiding.v1i.974>
- Brunner & Suddarth. (2012). *Buku Ajar Medikal Bedah*. EGC.
- Dermawan, D. (2012). *Proses Keperawatan Penerapan Konsep & Kerangka Kerja Yogyakarta* (1st ed.). Gosyen Publishing.
- Desiartama, A., & Aryana, W. (2017). Gambaran Karakteristik Pasien Fraktur Femur Akibat Kecelakaan Lalu Lintas Pada Orang Dewasa Di Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar Tahun 2013. *E-Jurnal Medika*, 6(5), 1–4.
- Dinarti, & Muryanti, Y. (2017). *Bahan Ajar Keperawatan: Dokumentasi Keperawatan*. EGC.
- Fitamania, J., Astuti, D., & Puspasari, F. D. (2022). Literature Review Efektifitas

Latihan Range Ofmotion (Rom) Terhadap Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien. *Journal of Nursing and Health (JNH)*, 7(2), 159–168.

<http://journal.unair.ac.id/journal-of-orthopaedic-and-traumatology-surabaya-media-104.html>. (2017). 6(1).

Kemenkes, R. (2014). Kementerian kesehatan ri. *Pedoman Gizi Olahraga Prestasi*, 5201590(021), 5201590.

Kurniati, D. (2019). *Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan*.

Kustoyo, B., Harahap, V., Radiodiagnostik, D., Radioterapi, D., Kesehatan, F., & Efarina, U. (2019). Radiografi Os Antebrachi 1/3 Distal Di Instalasi Radiologi Rumah Sakit Efarina Etaham Berastagi Kabupaten Karo. *Morenal Unefa : Jurnal Radiologi*, 7(1), 35–40. <https://jurnal.unefa.ac.id/index.php/jmorenal/article/view/13>

Lela, A., & Reza, R. (2018). Pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan nyeri pada pasien fraktur. *Jurnal Kesehatan*, 9(2), 262–266.

Lopes, M., Alimansur, M., & Santoso, E. (2014). Pengaruh Terapi Musik Terhadap Perubahan Tanda-Tanda Vital Pada Pasien Post Operasi Fraktur Yang Mengalami Nyeri. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 2(ISSN 2303-1433), 12–19.

Lukman dan Ningsih, N. (2013). *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal*. Salemba Medika.

Manengkey, O., Timah, S., & Kohdong, N. M. (2019). Perbandingan Pemberian Kompres Dingin Dan Hangat Terhadap Nyeri Pada Pasien Fraktur Ekstremitas Tertutup Di Instalasi Gawat Darurat Rs Bhayangkara Tk III Manado. *Journal Of Community and Emergency*, 7(2), 244–254.

Maysanjaya, I. M. D. (2020). Klasifikasi Pneumonia pada Citra X-rays Paru-paru dengan Convolutional Neural Network. *Jurnal Nasional Teknik Elektro Dan Teknologi Informasi*, 9(2), 190–195. <https://doi.org/10.22146/jnteti.v9i2.66>

Munir, M. A., Nasir, M., & Zaqifah, R. (2021). Open fracture dislocation tarsometatarsal ii-iii pedis dextra (lisfranc fracture dislocation). *Jurnal Medical Profession (MedPro)*, 3(1), 288–293.

Mutaqin, K. S. dan A. (2012). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Perkemihan*. Salemba Medika.

Nana D. Arvind, Joshi Atul, L. M. D. (2015). *Plating of the Distal Radius*, *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeon*. Vol.13; 3, 159–171.

Padila. (2012). *Keperawatan Medikal Bedah*. Nuha Medika.

Padila. (2013). *Asuhan Keperawatan Penyakit Dalam*. Nuha Medika.

Permana, O., Nurchayati, S., & Herlina. (2015). Pengaruh ROM terhadap intensitas nyeri pada pasien post op fraktur extermitas bawah. *Journal of Medicine*, 2(2), 1327–1334.

Platini, H., Chaidir, R., & Rahayu, U. (2020). Karakteristik Pasien Fraktur

- Ekstermitas Bawah. *Jurnal Keperawatan 'Aisyiyah*, 7(1), 49–53. <https://doi.org/10.33867/jka.v7i1.166>
- PPNI, T. P. S. D. (2017). *SDKI (Standart Diagnosa Keperawatan Indonesia)*.
- PPNI, T. P. S. D. (2019). *Standart Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)* (1st ed.).
- Purnaning, D., Taufik, A., & Zulkarnaen, D. A. (2020). Penyuluhan Penanganan Tepat Kasus Patah Tulang Pada Masyarakat Di Desa Senggigi. *Pepadu*, 2, 2–3.
- Qomariyah, S. I. N., Maharani, & W, D. P. (2016). *Asuhan Keperawatan Pada Sdr "E" Dengan Nyeri Akut Pada Closed Fraktur Shaft Femur Dextra 1/3 Proximal (Laporan Kasus Diruang Asoka Rsud Jombang)*. 11(1), 778–783.
- Rasjad, C. (2013). *Trauma Pengantar Ilmu Bedah Orthopedi*. Bintang Lamumpatue.
- Sastra, L., & Despitasi, L. (2018). Pengaruh Terapi Dingin Cryotherapy Terhadap Penurunan Nyeri Pada Fraktur Ekstremitas Tertutup. *Jurnal Kesehatan Hesti Wira Sakti*, 6(2), 28–36. <https://jurnal.poltekkes-soepraoen.ac.id/index.php/HWS/article/view/242>
- SIKI, T. P. P. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (II)*. Dewan Pengurus Pusat.
- Simbolon, P., & Saragih, H. (2018). Pengaruh Ambulasi Dini Terhadap Pemulihan Peristaltik Pada Pasien Post Operasi Dengan Anestesi Umum Di Ruang Rawat Bedah Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan. *Jurnal Kesehatan STIKes Santa Elisabeth Medan*, 7(1), 1199–1208.
- Sjamsuhidajat dan Jong W. (2013). *Buku Ajar Ilmu Bedah* (Ed 2). EGC.
- Triono, P., & Murinto. (2015). Aplikasi Pengolahan Citra Untuk Mendeteksi Fraktur Tulang Dengan Metode Deteksi Tepi Canny. *Jurnal Informatika*, 9(2), 1115–1123.
- Wati, F., & Ernawati, E. (2020). Penurunan Skala Nyeri Pasien Post-Op Appendectomy Menggunakan Teknik Relaksasi Genggam Jari. *Ners Muda*, 1(3), 200. <https://doi.org/10.26714/nm.v1i3.6232>
- Widianti, S. (2022). Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Fraktur (Studi Literatur). *Jurnal Kesehatan Dan Pembangunan*, 12(23), 92–99.
- Wijaya, I. P. A., Wati, D. K., Pudjiadi, A., Latief, A., Francisco, A. R. L., Ogasawara, H., Megawahyuni, A., Hasnah, H., & Azhar, M. U. (2018). Factors Influence Pain Intensity Patient Post Operation Lower Limb Fracture In BRSU Tabanan. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 2(1), 8.
- Wilujeng, I. D. (2015). Korelasi Antara Panjang Tulang Radius dengan Tinggi Badan pada Pria. *J Agromed Unila, Volume 2*, 170–174.

Lampiran 2 MOTTO DAN PERSEMBAHAN


“Man Jadda Wa Jadda” Barang siapa yang bersungguh - sungguh akan
mendapatkannya.

Karya yang sederhana ini akan saya persembahkan kepada:


1. Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan memberikan kekuatan sehingga proposal ini telah selesai dengan waktu yang tepat.
2. Orang tua saya, Ayah dan Mama yang selalu memberi dukungan kepada saya baik semangat, materi, dan doa.
3. Bagus Prio Budi U. A.Md.Kep yang tidak pernah bosan mendengarkan keluh kesah saya dan selalu memberikan semangat, memotivasi selama menjalani proses penyelesaian KIA.
4. Untuk Sobat kos 21 saya Andini Budi L dan Prinka Arifiyah H. yang selalu setia menemani, menghibur, dan selalu menjadi tempat berkeluh kesah saya dalam menyelesaikan tugas akhir ini.
5. Untuk Hanina Salsabila yang selalu mendengarkan dan selalu membantu saya dalam mengerjakan KIA ini.
6. Teruntuk diri saya sendiri, terima kasih sudah mampu berjuang hingga detik ini. Tetap semangat, selalu berusaha dan tak lupa berdoa. Karena di depan masih banyak tantangan dan harapan yang sedang menunggu untuk diperjuangkan.

Lampiran 3

SOP Rawat Luka

	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL RAWAT LUKA
Pengertian	Membersihkan luka, mengobati dan menutup luka dengan memperhatikan teknik steril (Ghofar, 2012)
Tujuan	Menurut Ghofar (2012) a. Mencegah masuknya kuman dan kotoran ke dalam luka. b. Mencegah penyebaran oleh cairan dan kuman yang berasal dari luka ke daerah sekitar. c. Mengobati luka dengan obat yang telah di tentukan.
Indikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Luka bersih <ol style="list-style-type: none"> a. Luka bersih tidak terkontaminasi dan luka steril b. Balutan kotor dan basah akibat eksternal ada rembesan atau eksudat c. Ingin mengkaji keadaan luka d. Mempercepat debridemen jaringan nekrotik 2. Luka kotor <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien yang luka decubitus b. Pasien yang luka gangrene c. Pasien yang luka venous
Kontraindikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Luka bersih <ol style="list-style-type: none"> a. Pada luka dengan ditandai adanya pus, necrose dan serum b. Balutan tidak kotor dan tidak ada rembesan atau eksudat 2. Luka kotor <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien yang tidak mengalami decubitus b. Pasien yang mobilisasi
Persiapan alat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Seperangkat set perawatan luka steril 2. Larutan pembersih yang di resepkan 3. Gunting verban/plester 4. Sarung tangan sekali pakai 5. Plester, pengikat atau balutan sesuai kebutuhan 6. Bengkok 7. Perlak pengalas 8. Kantong untuk sampah 9. Troli

Persiapan pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Informed consent</i> 2. Posisikan pasien supinasi 3. Posisikan pasien senyaman mungkin
Persiapan lingkungan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Privacy terjaga 2. Penerangan ruangan cukup 3. Tenang
Langkah-langkah	<ol style="list-style-type: none"> A. Tahap pra interaksi <ol style="list-style-type: none"> 1. Membaca rekam medis pasien dan catatan untuk rencana perawatan luka 2. Mengeksplorasi perasaan, analisis kekuatan dan keterbatasan profesional pada diri sendiri B. Tahap Orientasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam, memasukkan dengan menanyakan nama, alamat, dan umur pasien 2. Memanggil nama pasien sesuai dengan persetujuan pasien 3. Menjelaskan tujuan, prosedur dan lamanya tindakan pada pasien/keluarga pasien 4. Memberikan kesempatan pada pasien untuk bertanya sebelum tindakan dimulai 5. Meminta persetujuan 6. Menjaga privacy pasien dengan menutup tirai 7. Mencuci tangan sebelum melakukan tindakan C. Tahap Kerja <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyusun semua peralatan yang diperlukan di troli dekat pasien (tidak membuka peralatan steril dulu) 2. Meletakkan bingkok didekat pasien 3. Memasangkan perlak penghalas 4. Mengatur posisi klien dan mengintruksikan klien untuk tidak menyentuh area luka atau peralatan steril 5. Menggunakan sarung tangan sekali pakai dan melepaskan plester, ikatan atau balutan dengan menggunakan pinset 6. Jika balutan lengket pada luka, melepaskan balutan dengan memberikan larutan steril/NaCl 7. Observasi karakter dan jumlah drainase pada balutan 8. Buang balutan kotor pada bingkok, lepaskan sarung tangan dan bulang pada tempatnya 9. Buka bak instrumen balutan steril. Balutan, gunting dan pinset, harus tetap pada bak intrumen steril.

	<ol style="list-style-type: none"> 10. Kenakan sarung tangan steril 11. Inspeksi luka. Perhatikan kondisinya, letak drain, integritas balutan atau penutup kulit, dan karakter drainase. 12. Membersihkan luka dengan larutan antiseptic yang diresepkan 13. Menggunakan satu kassa untuk satu kali usapan 14. Membersihkan luka dari area kurang terkontaminasi ke area terkontaminasi 15. Gunakan kassa baru untuk mengeringkan luka atau insisi 16. Berikan salep antiseptic bila dipesanan 17. Pasang kassa steril kering pada insisi atau letak luka 18. Menggunakan plester diatas balutan, fiksasi dengan ikatan atau balutan 19. Melepaskan sarung tangan dan membuang pada tempat sampah medis 20. Membantu klien pada posisi yang nyaman <p>D. Tahap Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi perasaan klien setelah dilakukan tindakan 2. Menyimpulkan hasil tindakan 3. Melakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya 4. Mencuci dan membereskan alat setelah digunakan 5. Mencuci tangan setelah melakukan tindakan <p>E. Dokumentasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mencatat tanggal dan jam perawatan luka 2. Mencatat nama, alamat dan umur klien 3. Mencatat hasil tindakan sesuai dengan SOAP 4. Paraf dan nama petugas/perawat yang melakukan tindakan <p>Standar Operasional Prosedur</p>
<p>Evaluasi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Respon pasien 2. Tanda-tanda penyembuhan luka. 3. Karakteristik drainage. 4. Tanda-tanda inflamasi. 5. Tingkat nyeri.
<p>Gambar</p>	 <p>The diagram, titled "WOUND HEALING", illustrates the four stages of wound healing in cross-section:</p> <ul style="list-style-type: none"> Bleeding: Shows a wound with a "Blood dot" on the surface and a "Blood vessel" at the base. Inflammation: Shows a "Scab" forming over the wound, with "Macrophage" cells present in the tissue. Proliferation: Shows "Fibroblasts proliferating" within the wound bed. Remodeling: Shows a "Freshly healed epidermis" and "Freshly healed dermis". <p>A text box on the right states: "Healthy wound healing involves fibroblasts, the main connective tissue cells present in the body, and macrophages, which form in response to infection."</p>

Referensi	<p><i>Ghofar, Abdul. (2012). Pedoman Lengkap Keterampilan Perawatan Klinik. Yogyakarta : Mitra Buku</i></p> <p><i>Yunita, Sintiya. 2019. Penerapan Prosedur Perawatan Luka Pada Pasien Dengan Gangguan Integritas Jaringan Akibat Diabetes Mellitus Di Rsud Dr. Chasbullah Abdulmadjid Kota Bekasi. Jakarta: Poltekkes Kemenkes Jakarta III</i></p>
-----------	---