

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny. N DENGAN DIAGNOSIS
MEDIS POST OPERASI OPEN REDUCTION INTERNAL FIXATION
CLOSE FRAKTUR RADIUS ULNA SINISTRA HARI KE-0
DI RUANG C1 RSPAL dr. RAMELAN SURABAYA**



Oleh:
NUR HIDAYANTI, S.Kep
NIM. 2230082

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

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny. N DENGAN DIAGNOSIS
MEDIS POST OPERASI OPEN REDUCTION INTERNAL FIXATION
CLOSE FRAKTUR RADIUS ULNA SINISTRA HARI KE-0
DI RUANG C1 RSPAL dr. RAMELAN SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat
Untuk Memperoleh Gelar Ners**



**Oleh:
NUR HIDAYANTI, S.Kep
NIM. 2230082**

**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 di rujuk, 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, 20 Januari 2023



Nur Hidayanti, S.Kep
NIM. 2230082

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Nur Hidayanti, S.Kep

NIM : 2230082

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. N Dengan Diagnosis Medis
Post Operasi Open Reduction Internal Fixation Close Fraktur Radius
Ulna Sinistra Hari Ke-0 Di Ruang C1 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 KLINIK



Christina Yulastuti, S.kep., Ns., M.Kep
NIP. 03017

Novi Indriyatie R., S.Kep., Ns
NIP. 198604162008122002

**Mengetahui,
Stikes Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners**

Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP. 03009

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya
Tanggal : 20 Januari 2023

HALAMAN PENGESAHAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Nur Hidayanti, S.Kep

NIM : 2230082

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. N Dengan Diagnosis Medis
Post Operasi Open Reduction Internal Fixation Close Fraktur Radius
Ulna Sinistra Hari Ke-0 Di Ruang C1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Tulis Ilmiah 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 : Merina Widyastuti, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 03033**

..  ..

**Penguji II : Christina Yulastuti, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 03017**

.....


**Penguji III : Novi Indriyatie R., S.Kep., Ns.,
NIP. 198604162008122002**

.....


**Mengetahui,
Stikes Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners**

**Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP. 03009**

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 20 Januari 2023

KATA PENGANTAR

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

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

1. Laksamana Pertama (Purn), Dr. A. V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes. Selaku Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami menyelesaikan pendidikan Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya
2. Laksamana TNI dr. Gigih Imanta J., Sp.PD., Finasim., M.M Selaku Kepala Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Surabaya yang telah memberi Ijin dan lahan praktik untuk penyusunan Karya Ilmiah Akhir
3. Puket 1, Puket 2, Puket 3 STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya
4. 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.

5. Merina Widyastuti. S.Kep., Ns., M.Kep., Selaku Penguji yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk mengikuti dan menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Ibu Christina Yuliasuti, S.Kep., Ns., M.Kep Selaku Pembimbing I yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
7. Ibu Novi Indriyatie R, S.Kep., Ns Selaku Pembimbing II yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan bimbingan dalam penyusunan dalam penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini
8. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan maka dalam penyempurnaan penulisan Karya Ilmiah Akhir ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulisan selama menjalani studi dan penulisaanya
9. Pasien Ny. N yang telah memberikan kesempatan untuk dilakukan asuhan keperawatan dalam mendukung pelaksanaan praktek keperawatan komprehensif dan penulisan Karya Ilmiah Akhir ini.
10. 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

11. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdoa semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.

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

Surabaya, 20 Januari 2023

Penulis,

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat	6
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	6
1.4.2 Manfaat Praktis	6
1.5 Metode Penulisan	7
1.6 Sistematika Penulisan	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	10
2.1 Konsep Fraktur.....	10
2.1.1 Anatomi Skeletal	10
2.1.2 Pengertian Fraktur	15
2.1.3 Etiologi Fraktur.....	16
2.1.4 Patofisiologi Fraktur	18
2.1.5 Klasifikasi Fraktur	19
2.1.6 Tanda dan gejala Fraktur	22
2.1.7 Penatalaksanaan Fraktur	23
2.1.8 Pemeriksaan penunjang Fraktur	27
2.1.9 Komplikasi Fraktur	28
2.2 Konsep Nyeri	30
2.2.1 Pengertian Nyeri	30

2.2.2	Klasifikasi Nyeri	30
2.2.3	Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri	32
2.2.4	Etiologi Nyeri	33
2.2.5	Tanda dan gejala Nyeri	33
2.2.6	Penatalaksanaan Nyeri	34
2.2.7	Mekanisme Nyeri	35
2.2.8	Menghitung skala Nyeri	36
2.3	Konsep Asuhan Keperawatan	39
2.3.1	Pengkajian Keperawatan	39
2.3.2	Diagnosa Keperawatan	43
2.3.3	Intervensi Keperawatan	44
2.3.4	Implementasi Keperawatan	47
2.3.5	Evaluasi Keperawatan	47
2.4	Konsep kerangka masalah	50
BAB 3 TINJAUAN KASUS.....		52
3.1	Pengkajian	52
3.2	Diagnosa Keperawatan	64
3.2.1	Analisa Data	65
3.2.2	Prioritas Masalah.....	65
3.3	Intervensi Keperawatan.....	66
3.4	Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	70
BAB 4 PEMBAHASAN		76
4.1	Pengkajian	76
4.2	Diagnosa Keperawatan.....	85
4.3	Intervensi Keperawatan.....	88
4.4	Implementasi Keperawatan.....	91
4.5	Evaluasi Keperawatan.....	94
BAB 5 PENUTUP.....		96
5.1	Simpulan	96
5.2	Saran.....	97
DAFTAR PUSTAKA		99
LAMPIRAN.....		101

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Tabel Konsep Askep intervensi Keperawatan	44
Tabel 3.1 Tabel Hasil Laboratorium Pasien	61
Tabel 3.2 Tabel Pemberian terapi	63
Tabel 3.3 Tabel Diagnosa Keperawatan	64
Tabel 3.4 Tabel Prioritas Masalah	65
Tabel 3.5 Tabel Intervensi Keperawatan	66
Tabel 3.6 Tabel Implementasi dn Evaluasi Keperawatan.....	69

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Ekstremitas Atas.....	10
Gambar 2.2 Skala nyeri VAS.....	37
Gambar 2.3 Skala nyeri VRS.....	37
Gambar 2.4 Skala nyeri NRS.....	37
Gambar 2.5 Skala nyeri Wong Baker	38
Gambar 2.6 Kerangka masala pre operasi fraktur.....	50
Gambar 2.7 Kerangka masalah post operasi fraktur	51
Gambar 3.1 Genogram pasien	55

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 <i>Curriculum Vitae</i>	100
Lampiran 2 Motto	101
Lampiran 3 SPO ROM	102
Lampiran 4 SPO Manajemen Nyeri.....	109
Lampiran 5 Lembar Bimbingan Karya Ilmiah Akhir	111

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Fraktur adalah gangguan komplet atau tak komplet pada kontinuitas struktur tulang dan didefinisikan sesuai dengan jenis dan luasannya. Fraktur terjadi ketika tulang menjadi subjek tekanan yang lebih besar dari yang dapat diserapnya. Fraktur dapat disebabkan oleh hantaman langsung, kekuatan yang meremukkan, gerakan memuntir yang mendadak, atau bahkan karena kontraksi otot yang ekstrem. Ketika tulang patah, struktur disekitarnya juga terganggu, menyebabkan edema jaringan lunak, hemoragi ke otot dan sendi, dislokasi sendi, ruptur tendon, gangguan saraf, dan kerusakan pembuluh darah (Brunner & Suddarth, 2014). Fraktur ekstremitas atas cukup sering terjadi, biasanya disebabkan karena jatuh dengan tangan terlentang, misalnya fraktur pada antebrachii. Fraktur Antebrachii adalah terputusnya hubungan tulang radius dan ulna yang disebabkan oleh cedera pada lengan bawah, baik trauma langsung maupun trauma tidak langsung. Dibagi atas tiga bagian perpatahan yaitu bagian proksimal, medial, serta distal dari kedua corpus tulang tersebut. Fraktur antebrachi adalah terputusnya kontinuitas tulang radius dan tulang ulna. Yang dimaksud dengan antebrachi adalah batang (*shaft*) tulang radius dan ulna. Fraktur antebrachi merupakan suatu perpatahan pada tangan bawah yaitu pada tulang os radius dan os ulna dimana kedua tulang mengalami perpatahan (Purnama et. al., 2021). Otot akan mengalami spasme dan menarik fragmen fraktur keluar posisi. Selain itu priosteum dan pembuluh darah yang terdapat pada korteks dan sumsum tulang yang patah akan terganggu sehingga mengakibatkan cedera jaringan lunak lalu terjadi

perdarahan dan akibatnya akan terjadi nyeri. Nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (Wilujeng, 2015).

Badan kesehatan dunia World Health of Organization (WHO) tahun 2019 menyatakan bahwa insiden Fraktur semakin meningkat mencatat terjadi fraktur kurang lebih 15 juta orang dengan angka prevalensi 3,2%. Fraktur pada tahun 2018 terdapat kurang lebih 20 juta orang dengan angka prevalensi 4,2% dan pada tahun 2018 meningkat menjadi 21 juta orang dengan angka prevalensi 3,8% akibat kecelakaan lalu lintas (Mardiono, 2018). Data yang ada di Indonesia kasus fraktur paling sering yaitu fraktur femur sebesar 42% diikuti fraktur humerus sebanyak 17% fraktur radius ulna sebanyak 14% dimana penyebab terbesar adalah kecelakaan lalu lintas yang biasanya disebabkan oleh kecelakaan mobil, motor atau kendaraan rekreasi 65,6% dan jatuh 37,3% mayoritas adalah pria 73,8% (Aryana, 2018). Fraktur yang terjadi di Jawa Timur pada 2 tahun 2016 sebanyak 1.422 jiwa, pada tahun 2017 sebanyak 2.065 jiwa, pada tahun 2018 sebanyak 3.390 jiwa yang mengalami kejadian fraktur (Risikesdas, 2018). Data dari RSPAL dr. Ramelan Surabaya di Ruang C1 yang kami temukan selama praktek dua minggu sekitar 3 orang yang menderita fraktur radius ulna. Data diruang C1 sekitar 18 orang selama 3 bulan terakhir dihitung dari Bulan Agustus-November yang menderita Kasus Fraktur radius ulna.

Penyebab utama fraktur adalah peristiwa trauma tunggal seperti benturan, pemukulan, terjatuh, posisi tidak teratur atau miring, dislokasi, penarikan, kelemahan abnormal pada tulang Kekerasan akibat tarikan otot patah tulang sangat jarang terjadi

pada tulang, karena melelehnya struktur tulang akibat proses patologik yang disebabkan oleh kurangnya zat-zat nutrisi seperti vitamin D, kalsium, fosfor, ferrum (Noorisa, 2016). Tanda dan gejala bersifat khas dan bersifat klinis diagnosa mudah. Nyeri, kelainan bentuk, bengkak, dan hilangnya fungsi anggota tubuh selalu ada. Pemeriksaan fisik harus selalu sertakan evaluasi status dan aturan neurovascular keluar komplikasi seperti sindrom kompartemen. Pemeriksaan radiologis akan menunjukkan posisi dan jenis yang tepat dari fraktur (Science, 2015).

Penatalaksanaan pada fraktur dengan tindakan operatif atau pembedahan dengan pemasangan fiksasi internal dan fiksasi eksternal melalui proses operasi. Penatalaksanaan fraktur tersebut dapat mengakibatkan masalah atau komplikasi seperti kesemutan, nyeri, kekakuan otot bengkak atau edema serta pucat pada anggota gerak yang di operasi (Carpenito et al., 2016). Manajemen untuk mengatasi nyeri dibagi menjadi 2 yaitu manajemen farmakologi dan manajemen non farmakologi. Manajemen farmakologi yang menekankan pada pemberian obat yang mampu menghilangkan rasa nyeri, nyeri dapat diobati dengan pemberian analgesik. Analgesik adalah sejenis obat yang meringankan rasa sakit, contohnya santagesik, tramadol, ketorolac. Secara non farmakologi yaitu dengan terapi musik. Musik dapat mempengaruhi sistem otonom yang mengeluarkan hormon salah satunya endorphin sebagai penahan rasa sakit alamiah dari tubuh (Susanti et al., 2022). manajemen non farmakologi teknik yang dilakukan dengan cara pemberian kompres hangat, teknik relaksasi, imajinasi terbimbing, distraksi, stimulus saraf elektrik transkutan, stimulus terapi musik dan massage yang dapat membuat nyaman karena akan merileksasikan otot otot sehingga sangat efektif untuk meredakan nyeri (Mediarti, 2015). Nyeri yang dirasakan sesudah

dilakukan teknik relaksasi napas dalam yang sering muncul pada pasien fraktur adalah nyeri ringan dengan ciri-ciri yang tidak menimbulkan gelisah dan secara objektif dapat berkomunikasi dengan baik. Hal ini disebabkan melalui pemberian teknik relaksasi napas dalam menciptakan kenyamanan, pasien merasa rileks dengan kegiatan tersebut mampu meningkatkan suplai oksigen dalam sel tubuh yang akhirnya dapat mengurangi nyeri yang dialami (Aini and Reskita, 2018). Berdasarkan uraian diatas, maka penulis tertarik untuk melakukan studi kasus asuhan keperawatan yang dituangkan dalam karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada pasien ny. N dengan diagnosis medis Post Operasi Open Reduction Internal Fixation Close Fraktur Radius Ulna Sinistra Hari Ke-0 Di Ruang C1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas yang menjadi rumusan masalah adalah Bagaimana pelaksanaan “Asuhan Keperawatan pada pasien ny. N dengan diagnosis medis Post Operasi Open Reduction Internal Fixation Close Fraktur Radius Ulna Sinistra Hari Ke-0 Di Ruang C1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya”.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Memberikan gambaran pelaksanaan asuhan keperawatan Pada Ny. N dengan diagnosis medis Post Operasi Open Reduction Internal Fixation Close Fraktur Radius Ulna Sinistra Di Ruang C1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian asuhan keperawatan pada ny. N dengan diagnosis medis Post Operasi Open Reduction Internal Fixation Close Fraktur Radius Ulna Sinistra Di Ruang C1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya
2. Mahasiswa mampu merumuskan analisa masalah, prioritas masalah dan diagnose keperawatan pada ny. N dengan diagnosis medis Post Operasi Open Reduction Internal Fixation Close Fraktur Radius Ulna Sinistra Di Ruang C1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya
3. Mahasiswa mampu menyusun rencana tindakan asuhan keperawatan pada ny. N dengan diagnosis medis Post Operasi Open Reduction Internal Fixation Close Fraktur Radius Ulna Sinistra Di Ruang C1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya
4. Mahasiswa mampu melakukan tindakan asuhan keperawatan pada ny. N dengan diagnosis medis Post Operasi Open Reduction Internal Fixation Close Fraktur Radius Ulna Sinistra Di Ruang C1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya
5. Mahasiswa mampu mengevaluasi tindakan keperawatan pada ny. N dengan diagnosis medis Post Operasi Open Reduction Internal Fixation Close Fraktur Radius Ulna Sinistra Di Ruang C1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya
6. Mahasiswa mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada ny. N dengan diagnosis medis Post Operasi Open Reduction Internal Fixation Close Fraktur Radius Ulna Sinistra Di Ruang C1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

1.4 Manfaat

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

1.4.1 Manfaat Teoritis

Dengan pemberian asuhan keperawatan secara cepat, tepat dan efisien akan menghasilkan keluaran klinik yang baik, menurunkan angka kejadian morbidity, disability, dan mortalitas pada pasien dengan Post Operasi Orif Fraktur Radius Ulna

1.4.2 Manfaat Praktisi

1. Bagi Institusi Rumah Sakit

Hasil karya tulis ilmiah ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di Rumah Sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pasien dengan Post Operasi Orif Fraktur Radius Ulna dengan baik.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil karya ilmiah ini dapat digunakan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada pasien dengan Post Operasi Orif Fraktur Radius Ulna serta meningkatkan pengembangan profesi keperawatan.

3. Bagi Keluarga dan pasien

Hasil karya ilmiah ini dapat digunakan sebagai bahan penyuluhan kepada keluarga tentang deteksi dini penyakit Post Operasi Orif Fraktur Radius Ulna sehingga keluarga mampu menggunakan pelayanan medis secara maksimal.

4. Bagi Penulis Selanjutnya

Hasil karya ilmiah ini dapat digunakan sebagai perbandingan atau gambaran tentang asuhan keperawatan pasien dengan Post Operasi Orif Fraktur Radius Ulna sehingga penulis selanjutnya mampu mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang terbaru.

1.5 Metode Penulisan

1. Metode

Metode yang digunakan dalam karya tulis ilmiah akhir ini adalah dengan metode deskriptif dimana penulis mendeskripsikan satu objek tertentu yang diangkat pada pasien Ny.N pada tanggal 28 November 2022 yang meliputi studi kepustakaan, yang mempelajari mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

2. Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara

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

b. Observasi

Data yang diambil melalui proses pemantauan kondisi pasien sebelum operasi dan sesudah operasi.

c. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnose dan penanganan selanjutnya.

3. Sumber Data

a. Data Primer

Data primer data yang diperoleh dari pasien dan keluarga dalam wawancara.

b. Data Sekunder

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

4. Data kepustakaan

Data kepustakaan dari jurnal dan penelitian sebelumnya yang berhubungan dengan judul karya ilmiah dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami karya tulis ilmiah ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian, yaitu :

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.
2. Bagian inti, terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB 1 : Pendahuluan berisi latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika karya tulis ilmiah.

- BAB 2 : Tinjauan pustaka berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pada ny. N dengan diagnosis medis Post Operasi Open Reduction Internal Fixation Close Fraktur Radius Ulna Sinistra Di Ruang C1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya, serta kerangka masalah.
- BAB 3 : Tinjauan kasus berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian,diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.
- BAB 4 : Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada dilapangan
- BAB 5 : Penutup berisi tentang simpulan dan saran.
3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB 2

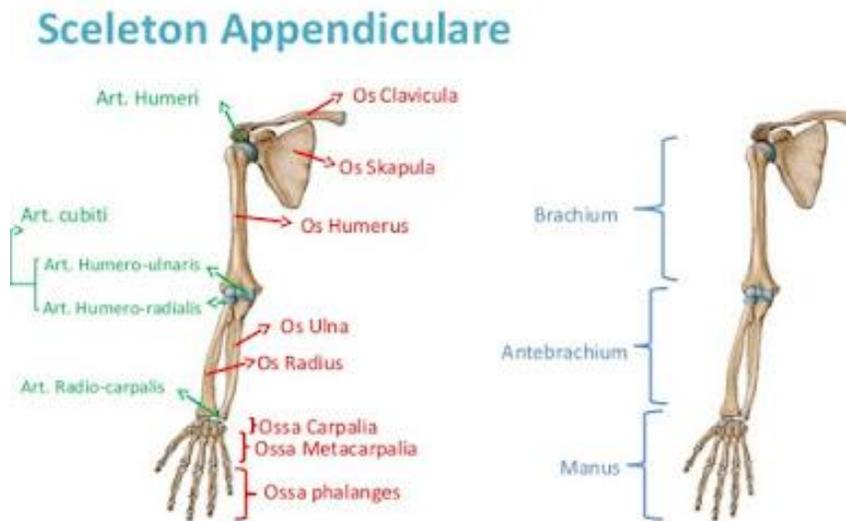
TINJAUAN PUSTAKA

Bab 2 Tinjauan Pustaka menguraikan tentang konsep dan landasan teori dan berbagai aspek meliputi : 1) Konsep Fraktur, 2) Konsep Nyeri, 3) Konsep Asuhan Keperawatan Fraktur, dan 4) Konsep Kerangka Masalah

2.1 Konsep Fraktur

2.1.1 Anatomi Sistem Skeletal

Anatomi ekstremitas atas terdiri atas tulang Scapula, Tulang Klavikula, Tulang Humerus, Tulang Radius, Tulang Ulna, Tulang Carpal.



Gambar 2.1 Anatomi Ekstremitas atas
Sumber: Purnomo 2019

Kerangka anggota gerak atas dikaitkan dengan kerangka badan dengan perantaraan gelang bahu yang terdiri dari skapula dan klavikula. Tulang-tulang yang membentuk kerangka lengan antara lain: gelang bahu (skapula dan klavikula), humerus, ulna dan radius, karpalia, metakarpalia dan falangus. Gelang bahu yaitu

persendian yang menghubungkan lengan dengan badan. Pergelangan ini mempunyai mangkok sendi yang tidak sempurna oleh karena bagian belakangnya terbuka. Bagian ini di bentuk oleh dua buah tulang yaitu skapula dan klavikula. a. Bagian-bagian Tulang Ekstremitas Tulang-tulang ekstremitas atas terdiri atas tulang skapula, klavikula, humerus, radius, ulna, karpal, metakarpal, dan tulang-tulang phalangs (Purnomo, 2019)

1. Tulang Skapula

Skapula (tulang belikat) terdapat di bagian punggung sebelah luar atas, mempunyai tulang iga I sampai VIII, bentuknya hampir segitiga. Di sebelah atasnya mempunyai bagian yang di sebut spina skapula. Sebelah atas bawah spina skapula terdapat dataran melekuk yang di sebut fosa supraskapula dan fosa infraskapula. Ujung dari spina skapula di bagian bahu membentuk taju yang di sebut akromion dan berhubungan dengan klavikula dengan perantara persendian. Di sebelah bawah medial dari akromion terdapat sebuah taju menyerupai paruh burung gagak yang disebut dengan prosesus korakoid. Di sebelah bawahnya terdapat lekukan tempat kepala sendi yang di sebut kavum glenoid.

2. Tulang Klavikula

Klavikula adalah tulang yang melengkung membentuk bagian anterior dari gelang bahu. Untuk keperluan pemeriksaan dibagian atas batang dan dua ujung. Ujung medial disebut extremitas sternal dan membuat sendi dengan sternum. Ujung lateral disebut extremitas akrominal, yang bersendi pada prosesus akrominal dari scapula. Klavikula merupakan tulang yang berartikulasi dengan skapula di sisi lateral dan dengan manubrium di sisi medial yang berfungsi sebagai penahan skapula yang mencegah humerus bergeser terlalu jauh.

3. Tulang Humerus

Humerus merupakan tulang panjang pada lengan atas, yang berhubungan dengan skapula melalui fossa glenoid. Di bagian proksimal, humerus memiliki beberapa bagian antara lain leher anatomis, leher surgical, tuberkel mayor, tuberkel minor dan sulkus intertuberkular. Di bagian distal, humerus memiliki beberapa bagian antara lain condyles, epicondyle lateral, capitulum, trochlear, epicondyle medial dan fossa olecranon (di sisi posterior). Tulang ulna akan berartikulasi dengan humerus di fossa olecranon, membentuk sendi engsel. Pada tulang humerus ini juga terdapat beberapa tonjolan, antara lain tonjolan untuk otot deltoid. Secara anatomis tulang humerus terbagi menjadi tiga bagian yaitu :

- a. Bagian atas humerus/ kaput (ujung atas) Sepertiga dari ujung atas humerus terdiri atas sebuah kepala yang membuat sendi dengan rongga glenoid dari skapla dan merupakan bagian dari banguan sendi bahu. Di bawahnya terdapat bagian yang lebih ramping disebut leher anatomik. Di sebelah luar ujung atas di bawah leher anatomik terdapat sebuah benjolan yaitu tuberositas mayor dan di sebelah depan terdapat sebuah benjolan lebih kecil yaitu tuberositas minor. Di antara tuberositas terdapat celah bisipital (sulkus intertuberkularis) yang membuat tendon dari otot bisep. Di bawah tuberositas terdapat leher chirurgis yang mudah terjadi fraktur.
- b. Corpus humerus (badan humerus) Sebelah atas berbentuk silinder tetetapi semakin ke bawah semakin pipih. Di sebelah lateral batang, tepat di atas pertengahan disebut tuberositas deltoideus (karena menerima insersi otot deltoid). Sebuah celah benjolan oblik melintasi sebelah belakang, batang, dari sebelah medial ke sebelah

lateral dan memberi jalan kepada saraf radialis atau saraf muskulo-spiralis sehingga disebut celah spiralis atau radialis

- c. Bagian bawah humerus/ ujung bawah. Berbentuk lebar dan agak pipih di mana permukaan bawah sendi dibentuk bersama tulang 10 lengan bawah. Trokhlea yang terlatidak di sisi sebelah dalam berbentuk gelendong-benang tempat persendian dengan ulna dan di sebelah luar terdapat kapitulum yang bersendi dengan radius. Pada kedua sisi persendian ujung bawah humerus terdapat epikondil yaitu epikondil lateral dan medial.

4. Tulang Radius

Radius adalah tulang disisi lateral lengan bawah. Merupakan tulang pipa dengan sebuah batang dan dua ujung dan lebih pendek dari pada ulna. Di daerah proksimal, radius berartikulasi dengan ulna, sehingga memungkinkan terjadinya gerak pronasi-supinasi. Sedangkan di daerah distal, terdapat prosesus 11 styloid dan area untuk perlekatan tulang-tulang karpal antara lain tulang scaphoid dan tulang lunate.

5. Tulang Ulna

Ulna adalah sebuah tulang pipa yang mempunyai sebuah batang dan dua ujung. Tulang itu adalah tulang sebelah medial dari lengan bawah dan lebih panjang dari radius. Kepala ulna berada disebelah ujung bawah. Di daerah proksimal, ulna berartikulasi dengan humerus melalui fossa olecranon (di bagian posterior) dan melalui prosesus coronoid (dengan trochlea pada humerus). Artikulasi ini berbentuk sendi engsel, memungkinkan terjadinya gerak fleksi-ekstensi. Ulna juga berartikulasi dengan radial di sisi lateral. Artikulasi ini berbentuk sendi kisar, memungkinkan terjadinya

gerak pronasi-supinasi. Di daerah distal, ulna kembali berartikulasi dengan radial, juga terdapat suatu prosesus yang disebut sebagai prosesus styloid.

6. Tulang Karpal

Tulang karpal terdiri dari 8 tulang pendek yang berartikulasi dengan ujung distal ulna dan radius, dan dengan ujung proksimal dari tulang metakarpal. Antara tulang-tulang karpal tersebut terdapat sendi geser. Ke delapan tulang tersebut adalah scaphoid, lunate, triquetrum, piriformis, trapezium, trapezoid, capitate, dan hamat

a. Metakarpal

Metakarpal terdiri dari 5 tulang yang terdapat di pergelangan tangan dan bagian proksimalnya berartikulasi dengan bagian distal tulang-tulang karpal. Persendian yang dihasilkan oleh tulang karpal dan metakarpal membuat tangan menjadi sangat fleksibel. Pada ibu jari, sendi pelana yang terdapat antara tulang karpal dan metakarpal memungkinkan ibu jari tersebut melakukan gerakan seperti menyilang telapak tangan dan memungkinkan menjepit/menggenggam sesuatu. Khusus di tulang metakarpal jari 1 (ibu jari) dan 2 (jari telunjuk) terdapat tulang sesamoid.

b. Falang

Falang juga tulang panjang, mempunyai batang dan dua ujung. Batangnya mengecil diarah ujung distal. Terdapat empat belas falang, tiga pada setiap jari dan dua pada ibu jari. Sendi engsel yang terbentuk antara tulang phalangs membuat gerakan tangan menjadi lebih fleksibel terutama untuk menggenggam sesua. Phalanx terdiri dari tulang pipa pendek yang berjumlah 14 buah dan dibentuk

dalam lima bagian tulang yang saling berhubungan dengan metacarpal. Setiap jari memiliki tiga phalanx, yaitu phalanx proximal, phalanx medial, dan phalanx distal.

- 1) Phalanx I: terdiri dari 3 bagian yaitu basis (proximal), corpus (medial) dan troclea (basis distal).
- 2) Phalanx II: bagiannya sama dengan phalanx I yaitu basis (proximal), corpus (medial), dan troclea (basis distal).
- 3) Phalanx III: phalanx terkecil dan terujung dengan ujung distal mempunyai tonjolan yang sesuai dengan tempat kuku yang disebut tuberositas unguicularis

2.1.2 Pengertian

Fraktur adalah terputusnya kontinuitas dari struktur tulang, tulang rawan dan lempeng pertumbuhan yang disebabkan oleh trauma dan non trauma. Tidak hanya keretakan atau terpisahnya korteks, kejadian fraktur lebih sering mengakibatkan kerusakan yang komplis dan fragmen tulang terpisah. Tulang relatif rapuh, namun memiliki kekuatan dan kelenturan untuk menahan tekanan. Fraktur dapat diakibatkan oleh cedera atau trauma langsung dan berupa trauma tidak langsung, stres yang berulang, kelemahan tulang yang abnormal atau disebut juga fraktur patologis. Close fraktur adalah patah tulang yang tidak menyebabkan robeknya kulit (Hoppenfield & Stanley, 2011).

Fraktur radius ulna adalah terputusnya kontinuitas tulang yang terjadi pada tulang radius dan tulang ulna akibat jatuh dan tangan menyangga dengan siku ekstensi dan patah tulang biasanya disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik. (Brunner & Suddarth. 2012, hal. 2372).

2.1.3 Etiologi

Fraktur radius 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 :

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

Etiologi fraktur Menurut (Wahid, 2013) fraktur dapat di sebabkan beberapa hal antara lain yaitu:

1. Kekerasan langsung

Kekerasan langsung menyebabkan patah tulang pada titik terjadinya kekerasan. Fraktur demikian sering bersifat fraktur terbuka dengan garis patahan melintang atau miring.

2. Kekerasan tidak langsung

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

3. Kekerasan akibat tarikan otot

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

Penyebab fraktur menurut (Aditya and Suranada, 2018) diakibatkan oleh Cedera traumatik :

1. Cedera langsung adalah pukulan langsung terhadap tulang sehingga tulang patah secara spontan.
2. Cedera tidak langsung adalah pukulan langsung berada jauh dari lokasi benturan, misalnya jatuh dengan tangan berjulur sehingga menyebabkan fraktur klavikula.
3. Fraktur yang disebabkan kontraksi keras yang mendadak

a. Fraktur patologik

Kerusakan tulang akibat proses penyakit dengan trauma minor mengakibatkan fraktur, seperti:

- 1) Tumor tulang (jinak atau ganas) adalah pertumbuhan jaringan baru yang tidak terkendali atau progresif.
- 2) Infeksi seperti osteomyelitis dapat terjadi sebagai akibat infeksi akut atau dapat timbul salah satu proses yang progresif, lambat dan sakit nyeri.
- 3) Rakhitis, suatu penyakit tulang yang disebabkan oleh defisiensi vitamin D
- 4) Stress tulang seperti pada penyakit polio dan orang yang bertugas di kemiliteran

2.1.4 Patofisiologi

Patofisiologi fraktur menurut (Black, Joyce, & Hawks, 2014) Fraktur biasanya disebabkan karena cedera/trauma/ruda paksa dimana penyebab utamanya adalah trauma langsung yang mengenai tulang seperti kecelakaan mobil, olah raga, jatuh/latihan berat. Keparahan dari fraktur bergantung pada gaya yang menyebabkan fraktur. Jika ambang fraktur suatu tulang hanya sedikit terlewati, maka tulang mungkin hanya retak saja bukan patah. Selain itu fraktur juga bisa akibat stress fatigue (kecelakaan akibat tekanan berulang) dan proses penyakit patologis. Perubahan fragmen tulang yang menyebabkan kerusakan pada jaringan dan pembuluh darah mengakibatkan pendarahan yang biasanya terjadi disekitar tempat patah dan kedalam jaringan lunak disekitar tulang tersebut, maka dapat terjadi penurunan volume darah dan jika COP menurun maka terjadilah perubahan perfusi jaringan.

Selain itu perubahan perfusi perifer dapat terjadi akibat dari edema di sekitar tempat patahan sehingga pembuluh darah di sekitar mengalami penekanan dan berdampak pada penurunan perfusi jaringan ke perifer. Akibat terjadinya hematoma maka pembuluh darah vena akan mengalami pelebaran sehingga terjadi penumpukan cairan dan kehilangan leukosit yang berakibat terjadinya perpindahan, menimbulkan inflamasi atau peradangan yang menyebabkan pembengkakan di daerah fraktur yang menyebabkan terhambatnya dan berkurangnya aliran darah ke daerah distal yang berisiko mengalami disfungsi neuromuskuler perifer yang ditandai dengan warna jaringan pucat, nadi lemah, sianosis, kesemutan di daerah distal. Nyeri pada fraktur juga dapat diakibatkan oleh fraktur terbuka atau tertutup yang mengenai serabut saraf sehingga menimbulkan gangguan rasa nyaman nyeri. Selain itu dapat mengenai tulang

dan dapat terjadi neurovaskuler yang menimbulkan nyeri gerak sehingga mobilitas fisik terganggu. Kerusakan pembuluh darah kecil atau besar pada waktu terjadinya fraktur mengakibatkan terjadinya perdarahan hebat yang menyebabkan tekanan darah menjadi turun, begitu pula dengan suplay darah ke otak sehingga kesadaran pun menurun yang berakibat syok hipovolemik. Ketika terjadi fraktur terbuka yang mengenai jaringan lunak sehingga terdapat luka dan kuman akan mudah masuk sehingga kemungkinan dapat terjadi infeksi dengan terkontaminasinya dengan udara luar dan lama kelamaan akan berakibat delayed union dan mal union sedangkan yang tidak terinfeksi mengakibatkan non union. Selain itu, akibat dari kerusakan jaringan lunak akan menyebabkan terjadinya kerusakan integritas kulit.

Sewaktu tulang patah, perdarahan biasanya terjadi di sekitar tempat patah dan kedalam jaringan lunak sekitar tulang tersebut. Jaringan lunak juga biasanya mengalami kerusakan. Reaksi peradangan biasanya timbul hebat setelah fraktur. Sel-sel darah putih dan sel mast berakumulasi sehingga menyebabkan peningkatan aliran darah ke tempat tersebut. Fagositosis dan pembersihan sisa-sisa sel mati dimulai. Di tempat patahan terbentuk fibrin (hematoma fraktur) yang berfungsi sebagai jala-jala untuk melakukan aktivitas osteoblast terangsang dan terbentuk tulang baru imatur yang disebut callus. Bekuan fibrin direabsorpsi dan sel-sel tulang baru mengalami remodeling untuk membentuk tulang sejati (Andra & Yessie, 2013).

2.1.5 Klasifikasi

Fraktur dapat diklasifikasikan menjadi fraktur tertutup dan fraktur terbuka. Fraktur tertutup memiliki kulit yang masih utuh diatas lokasi cedera, sedangkan fraktur terbuka dicirikan oleh robeknya kulit diatas cedera tulang. Kerusakan jaringan dapat

sangat luas pada fraktur terbuka, yang dibagi berdasarkan keparahannya (Black et al., 2014):

1. Derajat 1 : Luka kurang dari 1cm, kontaminasi minimal
2. Derajat 2 : Luka lebih dari 1 cm, kontaminasi sedang
3. Derajat 3 : luka melebihi 6 hingga 8 cm ada kerusakan luas pada jaringan lunak, saraf, tendon, kontaminasi banyak.

Klasifikasi fraktur Menurut (Wiaro & Giri, 2017) fraktur dapat dibagi kedalam tiga jenis antara lain:

1. Fraktur tertutup

Fraktur tertutup adalah jenis fraktur yang tidak disertai dengan luka pada bagian luar permukaan kulit sehingga bagian tulang yang patah tidak berhubungan dengan dunia luar.

2. Fraktur terbuka

Fraktur terbuka adalah suatu jenis kondisi patah tulang dengan adanya luka pada daerah yang patah, sehingga bagian tulang berhubungan dengan udara luar, biasanya juga disertai adanya pendarahan yang banyak. Tulang yang patah jika ikut menonjol keluar dari permukaan kulit, namun tidak semua fraktur terbuka membuat tulang menonjol keluar. Fraktur terbuka memerlukan pertolongan lebih cepat karena terjadinya infeksi dan faktor penyulit lainnya.

3. Fraktur kompleksitas

Fraktur jenis ini terjadi pada dua keadaan yaitu pada bagian ekstremitas terjadi patah tulang sedangkan pada sendinya terjadi dislokasi

Klasifikasi fraktur Menurut (Wiarso & Giri, 2017) jenis fraktur berdasarkan radiologisnya antara lain:

1. Fraktur transversal

Fraktur transversal adalah fraktur yang garis patahnya tegak lurus terhadap sumbu panjang tulang. Fraktur ini, segmen-segmen tulang yang patah direposisi atau direduksi kembali ke tempat semula, maka segmen-segmen ini akan stabil dan biasanya dikontrol dengan bidai gips

2. Fraktur kuminitif

Fraktur kuminitif adalah terputusnya keutuhan jaringan yang terdiri dari dua fragmen tulang.

3. Fraktur oblik

Fraktur oblik adalah fraktur yang garis patahnya membuat sudut terhadap tulang.

4. Fraktur segmental

Fraktur segmental adalah dua fraktur berdekatan pada satu tulang yang menyebabkan terpisahnya segmen sentral dari suplai darahnya, fraktur jenis ini biasanya sulit ditangani

5. Fraktur impaksi

Fraktur impaksi atau fraktur kopresi terjadinya ketika dua tulang menumbuh tulang yang berada diantara vertebra.

6. Fraktur spiral

Fraktur spiral timbul akibat torsi ekstremitas. Fraktur ini menimbulkan sedikit kerusakan jaringan lunak dan cenderung cepat sembuh dengan imobilisasi.

2.1.6 Tanda dan gejala

Tanda dan gejala menurut (Science, 2015):

1. Deformitas

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

2. Pembengkakan

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

3. Memar

Memar terjadi karena perdarahan subkutan pada lokasi fraktur

4. Spasme otot

Spasme otot involuntar berfungsi sebagai bidai alami untuk mengurangi gerakan lebih lanjut dari fragmen fraktur.

5. Nyeri

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

6. Ketegangan

Ketegangan diatas lokasi fraktur disebabkan oleh cederaa yang terjadi

7. Kehilangan fungsi

Hilangnya fungsi terjadi karena nyeri yang disebabkan fraktur atau karena hilangnya fungsi pengungkit lengan pada tungkai yang terkena. Kelumpuhan juga dapat terjadi dari cedera saraf.

8. Gerakan abnormal dan krepitasi

Manifestasi ini terjadi karena gerakan dari bagian tengah atau gesekan antar fragmen fraktur.

9. Perubahan neurovaskular

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

10. Syok

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

2.1.7 Penatalaksanaan

Prinsip menangani fraktur adalah mengembalikan posisi patahan ke posisi semula dan mempertahankan posisi itu selama masa penyembuhan patah tulang menurut (Putra Herwin Tri, 2018).

1. Cara pertama penangan adalah proteksi saja tanpa reposisi atau imobilisasi, misalnya menggunakan mitela. Biasanya dilakukan pada fraktur iga dan fraktur klavikula pada anak.

2. Cara kedua adalah imobilisasi luar tanpa reposisi, biasanya dilakukan pada patah tulang tungkai bawah tanpa dislokasi.
3. Cara ketiga adalah reposisi dengan cara manipulasi yang diikuti dengan imobilisasi, biasanya dilakukan pada patah tulang radius distal.
4. Cara keempat adalah reposisi dengan traksi secara terus-menerus selama masa tertentu. Hal ini dilakukan pada patah tulang yang apabila direposisi akan terdislokasi di dalam gips.
5. Cara kelima berupa reposisi yang diikuti dengan imobilisasi dengan fiksasi luar.
6. Cara keenam berupa reposisi secara non-operatif diikuti dengan pemasangan fiksator tulang secara operatif.
7. Cara ketujuh berupa reposisi secara operatif diikuti dengan fiksasi interna yang biasa disebut dengan ORIF (Open Reduction Internal Fixation).

Open Reduction Internal Fixation (ORIF) adalah suatu jenis operasi dengan pemasangan internal fiksasi yang dilakukan ketika fraktur tersebut tidak dapat direduksi secara cukup dengan close reduction, untuk mempertahankan posisi yang tepat pada fragmen fraktur.

Fungsi ORIF untuk mempertahankan posisi fragmen tulang agar tetap menyatu dan tidak mengalami pergerakan. Internal fiksasi ini berupa intra medullary nail, biasanya digunakan untuk fraktur tulang panjang dengan tipe fraktur transvers (Potter & Perry, 2016).

Open Reduction Internal Fixation (ORIF) adalah sebuah prosedur bedah medis, yang tindakannya mengacu pada operasi terbuka untuk mengatur tulang, seperti yang diperlukan untuk beberapa patah tulang, fiksasi internal mengacu pada

fiksasi sekrup dan piring untuk mengaktifkan atau memfasilitasi penyembuhan (Brunner & Suddarth, 2015).

Tujuan dilakukannya pembedahan Orif pada kasus fraktur menurut (Arif & Sari, 2019) antara lain:

- a) Memperbaiki fungsi dengan mengembalikan gerakan dan stabilitas
 - b) Mengurangi nyeri
 - c) Pasien dapat melakukan (Activities of Daily Living) ADL dengan bantuan yang minimal dan dalam lingkup keterbatasan pasien.
 - d) Sirkulasi yang adekuat dipertahankan pada ekstremitas yang terkena
 - e) Tidak ada kerusakan kulit
8. Cara yang terakhir berupa eksisi fragmen patahan tulang dengan prosthesis

Penatalaksanaan dengan Tindakan Keperawatan

Tindakan yang harus diperhatikan agar ekstremitas dapat berfungsi sebaik-baiknya maka penanganan pada trauma ekstremitas meliputi 4 hal 4R menurut (Nugroho, 2015) yaitu :

1. 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.

2. *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.

3. *Retaining*

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

4. *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.

2.1.8 Pemeriksaan penunjang

Adapun beberapa pemeriksaan penunjang menurut (Doenges dalam Jitowiyono, 2016) yang dilakukan untuk menegakkan diagnosa fraktur adalah sebagai berikut:

1. Pemeriksaan rontgen

Menentukan lokasi/luasnya fraktur/trauma. Untuk mendapatkan gambaran 3 dimensi keadaan dan kedudukan tulang yang sulit, maka diperlukan 2 proyeksi yaitu AP atau PA dan lateral. Dalam keadaan tertentu diperlukan proyeksi tambahan (khusus) ada indikasi untuk memperlihatkan pathologi yang dicari karena adanya superposisi. Perlu disadari bahwa permintaan X-ray harus atas dasar indikasi kegunaan pemeriksaan penunjang dan hasilnya dibaca sesuai dengan permintaan.

2. Scan tulang, scan CT/MRI

Memperlihatkan fraktur juga dapat digunakan untuk mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak.

3. Arteriogram

Dilakukan bila kerusakan vaskuler di curigai.

4. Hitung darah lengkap HT

Mungkin meningkat (hemokonsentrasi) atau menurun (pendarahan bermakna pada sisi fraktur) perdarahan bermakna pada sisi fraktur atau organ jauh pada multiple.

5. Kreatinin

Trauma otot meningkatkan beban kreatinin untuk klirens ginjal

6. Profil kagulasi

Penurunan dapat terjadi pada kehilangan darah, transfuse multiple, atau cedera hati.

2.1.9 Komplikasi

Komplikasi Fraktur menurut (Gemilang, 2021) terbagi menjadi 2 komplikasi kerusakan awal dan kerusakan lama antara lain:

1. Kerusakan Awal
 - a. Kerusakan Arteri

Pecahnya arteri karena trauma dapat ditandai dengan tidak adanya nadi, CRT (*capillary refill time*) menurun, sianosis pada bagian distal, hematoma melebar dan dingin pada ekstremita.

- b. Sindrom kompartemen

Komplikasi serius yang terjadi karena terjebaknya otot, tulang, saraf, pembuluh darah dalam jaringan parut. Ini disebabkan oleh edem atau perdarahan yang menekan otot, saraf, pembuluh darah atau tekanan luar seperti gips, pembekatan dan penyangga.

Tanda dan gejala sindrom kompartemen bisa disingkat menjadi 5P dalam dunia kedokteran. Berikut adalah tanda dan gejala sindroma kompartemen dari keluhan teringan sampai paling berat:

1) Pain.

Keluhan utama pada sindroma kompartemen merupakan nyeri yang dirasakan pada daerah yang terkena. Nyeri yang dirasakan merupakan nyeri yang merata, semakin berat dan tidak membaik jika diberikan anti nyeri.

2) Pallor

Perubahan suhu dan warna kulit pada daerah yang terkena menjadi hangat, pink, dan pembengkakan dapat terjadi disertai nyeri.

3) Parasthesia.

Penurunan sensitifitas pada kulit dapat terjadi pada sindroma kompartemen, penurunan sensasi seperti baal sampai ketahap mati rasa juga kadang terjadi pada penderita sindroma kompartemen

4) Pulseless.

Mulai memasuki tahap akhir sindroma kompartemen atau tahap berat, denyut nadi pembuluh darah bagian bawah dari bagian tubuh yang terkena akan menghilang yang menandakan bahwa aliran darah tidak mencapai daerah dibawahnya. Misalnya, jika terjadi kemungkinan sindroma kompartemen pada paha, maka jika tidak terdapat denyut nadi pada pembuluh darah di punggung kaki maka kemungkinan sudah terdapat sindroma kompartemen yang cukup berat.

5) Paralysis.

Paralise atau ketidakmampuan menggerakkan anggota gerak yang mengalami sindroma kompartemen merupakan tahap akhir pada sindroma kompartemen.

c. Fat Embolism Syndrome

Fat embolism syndrome merupakan suatu sindrom yang mengakibatkan komplikasi serius pada fraktur tulang panjang, terjadi karena sel-sel lemak yang dihasilkan bone marrow kuning masuk ke aliran

darah dan menyebabkan kadar oksigen dalam darah menurun. Ditandai dengan adanya gangguan pernafasan, takikardi, hipertensi, takipnea dan demam.

d. Infeksi

Infeksi terjadi pada kasus fraktur terbuka tetapi dapat terjadi juga pada penggunaan bahan lain dalam pembedahan, seperti pin (ORIF dan OREF) dan plat yang terpasang didalam tulang.

e. Nekrosis Avaskuler

Aliran darah ketulang rusak atau terganggu sehingga menyebabkan nekrosis tulang. Biasanya diawali dengan adanya iskemia volkman.

f. Syok

Syok terjadi karena kehilangan banyak darah dan meningkatnya permeabilitas kapiler sehingga menyebabkan oksigenasi menurun.

2. Kerusakan Lama

a. *Delayed Union*

Merupakan kegagalan fraktur terkonsolidasi sesuai dengan waktu yang dibutuhkan ruang untuk menyambung. Ini terjadi karena suplai darah ketulang menurun.

b. *Non Union*

Komplikasi ini terjadi karena adanya fraktur yang tidak sembuh antara 6 sampai 8 bulan dan tidak didapatkan konsolidasi sehingga terdapat infeksi.

c. *Mal Union*

Keadaan ketika fraktur menyembuh pada saatnya tapi terdapat deformitas (perubahan bentuk tulang) yang berbentuk angul.

2.2 Konsep Nyeri

2.2.1 Pengertian

Nyeri didefinisikan sebagai suatu pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang berhubungan dengan adanya atau potensi rusaknya jaringan atau keadaan yang menggambarkan kerusakan jaringan tersebut. Nyeri tersebut merupakan suatu gabungan dari komponen objektif (aspek fisiologi sensorik nyeri) dan komponen subjektif (aspek emosional dan psikologis) (Wardani, 2017).

2.2.2 Klasifikasi Nyeri

Nyeri dapat diklasifikasikan ke dalam beberapa golongan berdasarkan pada tempat, sifat, berat ringannya nyeri, dan waktu lamanya serangan menurut (Wardani, 2017):

1. Nyeri berdasarkan tempatnya:
 - a. *Peripheral pain* yaitu nyeri yang terasa pada permukaan tubuh misalnya pada kulit, mukosa.
 - b. *Deep pain* yaitu nyeri yang terasa pada permukaan tubuh yang lebih dalam atau pada organ-organ tubuh visceral.
 - c. *Referred pain* yaitu nyeri dalam yang disebabkan karena penyakit organ/struktur dalam tubuh yang ditransmisikan ke bagian tubuh di daerah yang berbeda, bukan daerah asal nyeri.

- d. *Central pain* yaitu nyeri yang terjadi karena perangsangan pada sistem saraf pusat, *spinal cord*, batang otak, talamus, dan lain-lain.
2. Nyeri berdasarkan sifatnya:
 - a. *Incidental pain* yaitu nyeri yang timbul sewaktu-waktu lalu menghilang.
 - b. *Steady pain* yaitu nyeri yang timbul dan menetap serta dirasakan dalam waktu yang lama.
 - c. *Paroxymal pain* yaitu nyeri yang dirasakan berintensitas tinggi dan kuat sekali. Nyeri tersebut biasanya menetap \pm 10-15 menit, lalu menghilang , kemudian timbul lagi.
 3. Nyeri berdasarkan berat ringannya :
 - a. Nyeri ringan yaitu nyeri dengan intensitas rendah.
 - b. Nyeri sedang yaitu nyeri yang menimbulkan reaksi.
 - c. Nyeri berat yaitu nyeri dengan intensitas yang tinggi.
 4. Nyeri berdasarkan waktu lamanya serangan.
 - a. Nyeri akut yaitu nyeri yang dirasakan dalam waktu yang singkat dan berakhir kurang dari enam bulan. Sumber dan daerah nyeri diketahui dengan jelas. Rasa nyeri mungkin sebagai akibat dari luka, seperti luka operasi, ataupun pada suatu penyakit arterioclerosis pada arteri koroner.
 - b. Nyeri kronis yaitu nyeri yang dirasakan lebih dari enam bulan. Nyeri kronis ini polanya beragam dan berlangsung berbulan-bulan bahkan bertahun-tahun. Ragam pola tersebut ada yang nyeri timbul dengan periode yang diselingi interval bisa dari nyeri lalu timbul kembali lagi nyeri, dan begitu seterusnya. Ada pula pola nyeri kronis yang konstan, artinya rasa nyeri

tersebut terus-menerus terasa makin lama semakin meningkat intensitasnya walaupun telah diberikan pengobatan. Misalnya, pada nyeri karena neoplasma.

2.2.3 Faktor yang mempengaruhi nyeri

Faktor yang mempengaruhi nyeri menurut (Wardani, 2017) diantaranya :

1. Budaya

Latar belakang etnik dan warisan budaya telah lama dikenal sebagai faktor-faktor yang mempengaruhi reaksi nyeri dan ekspresi nyeri tersebut. Perilaku yang berhubungan dengan nyeri adalah sebuah bagian dari proses sosialisasi. Individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka. Hal ini meliputi bagaimana beraksi terhadap nyeri.

2. Jenis kelamin

Jenis kelamin adalah perbedaan yang telah dikodratkan Tuhan. Perbedaan antara laki-laki dengan perempuan tidak hanya dalam faktor biologis, tetapi aspek sosial kultural juga membentuk berbagai karakter sifat gender. Karakter jenis kelamin dan hubungannya dengan sifat keterpaparan dan tingkat kerentanan memegang peranan tersendiri (contoh: laki-laki tidak pantas mengeluh nyeri, wanita boleh mengeluh nyeri). Jenis kelamin dengan respon nyeri laki-laki dan perempuan berbeda. Hal ini terjadi karena laki-laki lebih siap untuk menerima efek, komplikasi dari nyeri sedangkan wanita suka mengeluhkan sakitnya dan menangis.

3. Usia

Usia dalam kamus besar Bahasa Indonesia yaitu waktu hidup atau ada sejak dilahirkan. Semakin bertambah usia semakin bertambah pula pemahaman terhadap

suatu masalah yang diakibatkan oleh tindakan dan memiliki usaha untuk mengatasinya. Umur lansia lebih siap melakukan dengan menerima dampak, komplikasi nyeri. Perbedaan perkembangan yang ditemukan diantara kelompok usia anak-anak yang masih kecil memiliki kesulitan memahami nyeri dan prosedur yang dilakukan perawat.

4. Makna nyeri

Pasien dapat lebih mudah menerima nyeri dibandingkan pasien lain, bergantung pada keadaan dan interpretasi pasien mengenai makna nyeri tersebut. Seorang pasien yang menghubungkan rasa nyeri dengan hasil akhir yang positif dapat menahan nyeri dengan sangat baik. Sebaliknya, pasien yang nyeri kroniknya tidak mereda dapat merasa lebih menderita. Mereka dapat berespon dengan putus asa, ansietas, dan depresi karena mereka tidak dapat menghubungkan makna positif atau tujuan nyeri.

2.2.4 Etiologi

Penyebab nyeri menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) diantaranya:

1. Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemis, neoplasma).
2. Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan).
3. Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengaangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).

2.2.5 Tanda dan gejala nyeri

Pasien dengan nyeri memiliki tanda dan gejala mayor maupun minor (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016) sebagai berikut:

1. Tanda dan gejala mayor

Subjektif :

- a. Mengeluh nyeri

Objektif :

- a. Tampak meringis
 - b. Bersikap protektif (mis; waspada, posisi menghindari nyeri)
 - c. Gelisah
 - d. rekuensi nadi meningkat
 - e. Sulit tidur
2. Tanda dan gejala minor

Subjektif :

(tidak tersedia)

Objektif :

- a. Tekanan darah meningkat
- b. Pola napas berubah
- c. Nafsu makan berubah
- d. Proses berpikir terganggu
- e. Menarik diri
- f. Berfokus pada diri sendiri
- g. Diafrosis

2.2.6 Mekanisme Nyeri

Suatu proses neurofisiologis yang kompleks, disebut sebagai nosiseptif merupakan rangkaian dari proses mekanisme nyeri, dimana terdiri empat proses, proses tranduksi, transmisi, modulasi, dan persepsi. Dimulai dari adanya stimulus diperifer sampai dirasakan nyeri pada sistem saraf pusat. Tranduksi ialah proses perubahan energi, akibat rangsangan dari stimulus noksius (mekanikal, kimia, termal), yang

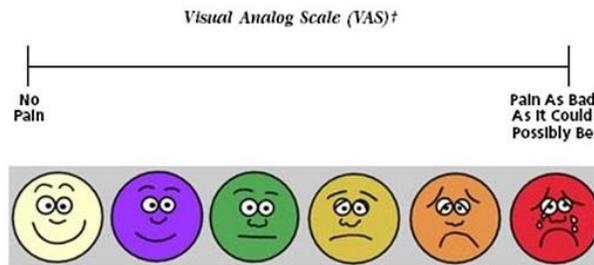
diubah menjadi aktivitas elektrik di ujung-ujung saraf, oleh reseptor sensoris yang dinamakan nosiseptor. Transmisi merupakan proses penjalaran sinyal neural dari proses transduksi di perifer, yang diteruskan ke medulla spinalis dan otak. Modulasi merupakan proses inhibitor pada jalur desenden dan mempengaruhi penjalaran sinyal nosiseptif pada setiap tingkat di medulla spinalis. Persepsi ialah, hasil akhir dari proses interaksi yang kompleks dari proses transduksi, transmisi, dan modulasi sepanjang aktivasi sensorik yang sampai pada area primer sensorik korteks serebri dan masukan lain bagian otak yang akhirnya menghasilkan suatu penafsiran subjektif yang disebut persepsi nyeri (Aditya and Suranada, 2018).

2.2.7 Menghitung skala nyeri

Menghitung skala nyeri menurut (Wardani, 2017)

1. VAS (*Visual Analog Scale*)

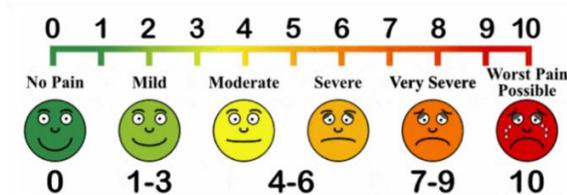
Visual Analog Scale merupakan skala linier yang akan memvisualisasikan gradasi tingkatan nyeri yang diderita. Visualisasi berupa rentang garis sepanjang kurang lebih 10 cm, dimana pada ujung garis kiri tidak mengindikasikan nyeri, sementara ujung satunya mengindikasikan rasa nyeri terparah yang mungkin terjadi. Selain dua indikator tersebut VAS bisa diisi dengan indikator redanya rasa nyeri. VAS adalah prosedur perhitungan yang mudah untuk digunakan. Namun, VAS tidak disarankan untuk menganalisis efek nyeri pada pasien baru mengalami pembedahan. Ini karena VAS membutuhkan koordinasi visual, motoric, dan konsentrasi.



Gambar 2.2 Skala Nyeri VAS

2. VRS (*Verbal Rating Scale*)

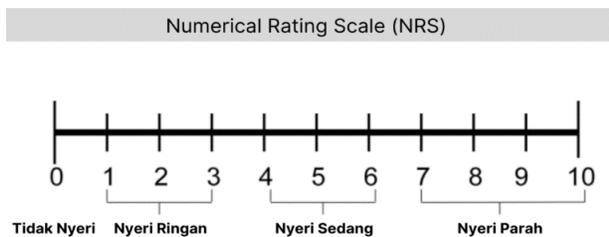
Verbal rating scale hamper sama dengan VAS hanya pernyataan verbal dari rasa nyeri yang dialami oleh pasien ini jadi lebih spesifik. VRS lebih sesuai jika digunakan pada pasien pasca operasi bedah karena prosedurnya yang tidak begitu bergantung pada koordinasi mototik dan visual.



Gambar 2.3 Skala Nyeri VRS

3. NRS (*Numeric Rating Scale*)

Metode ini didasari pada skala angka 1-10 untuk menggambarkan kualitas nyeri yang dirasakan pasien. NRS diklaim lebih mudah dipahami, lebih sensitive terhadap jenis kelamin, etnis, hingga dosis. NRS juga lebih efektif untuk mendeteksi penyebab nyeri akut daripada VAS dan VRS.



Gambar 2.4 Skala Nyeri NRS

4. Wong-Baker *Pain Rating Scale*

Metode perhitungan skala nyeri yang diciptakan dan dikembangkan oleh Donna Wong dan Connie Baker. Cara mendeteksi skala nyeri dengan metode ini yaitu dengan melihat ekspresi wajah yang sudah dikelompokkan kedalam beberapa tingkatan nyeri.



Gambar 2.5 Skala Nyeri Wong-Baker Pain Rating Scale

5. *McGill pain Questionnaire* (MPQ)

Metode menghitung skala nyeri yang diperkenalkan oleh Torgerson dan Melzack dari universitas McGill pada tahun 1971. Prosedur ini berupa pemberian kuesioner yang berisikan kategori atau kelompok rasa tidak nyaman yang diderita.

6. *Oswestry Disability Index* (ODI)

Metode deteksi skala nyeri yang bertujuan untuk mengukur derajat kecacatan dan indeks kualitas hidup dari penderita nyeri, khususnya nyeri pinggang. Pada penerapannya pasien akan melakukan serangkaian tes guna mengidentifikasi intensitas nyeri, kemampuan gerak motorik, kemampuan berjalan, duduk, fungsi seksual, kualitas tidur hingga kehidupan pribadinya.

7. *Brief Pain Inventory* (BPI)

Metode ini digunakan untuk menghitung skala nyeri pada penderita kanker. BPI digunakan untuk menilai derajat nyeri pada penderita nyeri kronik.

8. Memorial Pain Assessment Card

Metode ini digunakan untuk penderita nyeri kronik. Dalam penerapannya berfokus pada 4 indikator yaitu intensitas nyeri, deskripsi nyeri, pengurangan nyeri, dan mood.

2.2.8 Penatalaksanaan nyeri

Penanganan nyeri ada 2, yaitu secara farmakologi dan non farmakologi (Wardani, 2017):

1. Secara farmakologi adalah dengan pengobatan analgesik contohnya santagesik, tramadol, ketorolak.
2. Terapi non farmakologis adalah teknik yang digunakan untuk mendukung teknik farmakologi dengan metode sederhana, murah, praktis dan tanpa efek samping yang merugikan. Metode dan teknik non farmakologi yang dapat dilakukan dalam upaya untuk mengatasi nyeri :
 - a. Distraksi Distraksi adalah mengalihkan perhatian pasien dari nyeri. Teknik yang dapat dilakukan adalah:
 - 1) Bernapas lambat dan berirama secara teratur
 - 2) Menyanyi berirama dan menghiting ketukan
 - 3) Mendengarkan musik sekitar 15 menit diputarkan musik yang diinginkan pasien, lalu dilakukan evaluasi bagaimana perasaan pasien setelah mendengarkan musik dan apakah skala nyeri berubah setelah mendengarkan musik.
 - 4) Mendorong untuk berkhayal (*guided imagery*) yaitu melakukan bimbingan yang baik kepada pasien untuk mengkhayal.

- b. Teknik relaksasi napas dalam merupakan salah satu metode manajemen nyeri non farmakologi. Teknik relaksasi merupakan metode yang dapat dilakukan terutama pada pasien yang mengalami nyeri, merupakan latihan pernapasan yang menurunkan konsumsi oksigen, frekuensi pernapasan, frekuensi jantung dan ketegangan otot. Teknik relaksasi perlu diajarkan beberapa kali agar mencapai hasil yang optimal dan perlunya instruksi menggunakan teknik relaksasi untuk menurunkan atau mencegah meningkatnya nyeri

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien (Setiadi, 2018).

Pengkajian keperawatan yang menyeluruh dan akurat sangat penting dalam merawat pasien yang memiliki masalah saraf. Perawat perlu waspada terhadap berbagai perubahan-perubahan yang kadang samar dalam kondisi kondisi pasien yang mungkin menunjukkan perburukan kondisi.

1. Data Pasien

Identitas pada pasien yang harus diketahui diantaranya: nama, umur, agama, pendidikan, pekerjaan, suku/bangsa, alamat, jenis kelamin, status perkawinan, dan penanggung biaya. Fraktur radius ulna sering terjadi pada laki-laki dan perempuan pada usia diatas 50 tahun dikarenakan kerusakan sendi seperti osteoporosis, usia laki-laki

umumnya di bawah 45 tahun, dikarenakan faktor trauma langsung, trauma tidak langsung dan kondisi patologis bahkan juga tidak menutup kemungkinan pada usia produktif atau pada anak, sangat beresiko terjadi fraktur (Muttaqin, 2017).

2. Keluhan utama

Keluhan utama pada masalah fraktur yaitu nyeri. Nyeri akut atau kronik tergantung berapa lamanya serangan, memperoleh data pengkajian yang lengkap mengenai data pasien digunakan (Muttaqin, 2017):

- a. P: *Provokatif* atau paliatif Merupakan faktor yang memperparah atau meringankan nyeri.
- b. Q: *Quality of pain* Bagaimana rasanya nyeri saat dirasakan pasien. Apakah panas, berdenyut / menusuk.
- c. R: *Region Radiation of pain* Apakah sakit bisa reda dalam sekejap, apa terasa sakit menular, dan dimana posisi sakitnya.
- d. S: *Severity/scale of pain* Seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan pasien berdasarkan skala nyeri.
- e. T: *Time* Berapakah waktu nyeri berlangsung, apa bertambah buruk pada waktu malam hari atau pagi hari.

3. Riwayat penyakit saat ini

Sejak kapan timbul keluhan, apakah ada riwayat trauma. Hal-hal yang menimbulkan gejala. Timbulnya gejala mendadak atau perlahan serta timbul untuk pertama kalinya atau berulang. Perlu ditanyakan pula tentang ada tidaknya gangguan pada sistem lainnya. Pada pasien patah tulang disebabkan karena trauma/kecelakaan, dapat secara *degenerative*/patologis yang disebabkan awalnya perdarahan, kerusakan

jaringan disekitar tulang yang mengakibatkan nyeri, bengkak, pucat, perubahan warna kulit dan terasa kesemutan. Pasien mengeluh nyeri pada area yang patah, kelemahan otot motoric atau kelumpuhan, sensori menurun, (Muttaqin, 2017).

4. 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 yang menyebabkan fraktur patologis yang sering sulit untuk menyambung. Selain itu, penyakit diabetes dengan luka di kaki sangat beresiko terjadinya osteomielitis akut maupun kronik dan juga diabetes menghambat proses penyembuhan tulang (Muttaqin, 2017).

5. Riwayat penyakit keluarga

Penyakit keluarga yang berhubungan dengan penyakit tulang merupakan salah satu faktor predisposisi terjadinya fraktur, seperti diabetes, osteoporosis yang sering terjadi pada beberapa keturunan, dan kanker tulang yang cenderung diturunkan secara genetic keluarga Adakah penyakit yang diderita oleh anggota keluarga yang mungkin ada hubungannya dengan penyakit pasien sekarang, yaitu fraktur radius ulna atau Hipertensi, Diabetus mellitus (Muttaqin, 2017).

6. Pengkajian psiko-sosio-spiritual

Perubahan kepribadian dan perilaku pasien, perubahan mental, kesulitan mengambil keputusan, kecemasan dan ketakutan hospitalisasi, diagnostic test dan prosedur pembedahan, adanya perubahan peran.

7. Pemeriksaan Fisik

Menurut (Muttaqin, 2017) pemeriksaan fisik pada pasien meliputi pemeriksaan

fisik umum persystem dari observasi keadaan umum, pemeriksaan tanda-tanda vital, B1 (Breathing), B2 (Blood), B3 (Brain), B4 (Bladder), B5 (Bowel), dan B6 (Bone).

a. B1 (Breathing)

Menjelaskan tentang sistem pernafasan pasien.

- 1) Inspeksi: bentuk dada pasien nampak simetris kanan dan kiri, pola nafas teratur irama regular. Tidak terpasang alat bantu nafas O₂. Retraksi otot bantu nafas tidak ada.
- 2) Palpasi: Tidak Ada nyeri tekan. Vocal fremitus sama antara kanan dan kiri. Susunan ruas tulang belakang normal.
- 3) Perkusi: Thorax didapatkan sonor.
- 4) Auskultasi: Suara nafas vesikuler. Tidak ada bunyi nafas tambahan seperti wheezing atau ronchi. Biasanya sistem respirasi dalam keadaan normal

b. B2 (Blood) Menjelaskan tentang kardiovaskuler pasien.

- 1) Inspeksi: pasien tidak ada cyanosis , clubbing finger tidak ada.
- 2) Palpasi: Ictus cordis tidak teraba, tidak teraba pembesaran jantung, tidak terdapat nyeri dada, nadi meningkat atau tidak. CRT dapat kembali < 2 detik.
- 3) Perkusi: Suara pekak.
- 4) Auskultasi: Didapatkan bunyi irama regular. Pulsasi kuat posisi tidur, bunyi jantung S1 terdapat di ICS V garis midclavícula kiri terdengar lub dan S2 terdapat di ICS 2 garis sternalis kiri terdengar dub.

c. B3 (Brain)

Menjelaskan kesadaran pasien, ada tidaknya gangguan persarafan pada pasien.

Inspeksi: Kesadaran pasien baik/ composmentis. Orientasi pasien baik (pasien dapat

mengenal waktu, dan tempat). Pasien kadang mengeluh pusing tapi pasien tidak mengalami kejang, kaku kuduk(-), brudsky(-). Babinski (-), nyeri kepala ataupun kelainan dari nervus cranialis yang lainnya.

d. B4 (Bladder)

- 1) Inspeksi: Kaji oliguria, anuria, adanya retensi urin, rasa sakit atau panas saat berkemih. Didapat bentuk alat kelamin normal, kebersihan alat kelami bersih, urin bau khas warna kuning.
- 2) Palpasi: Tidak ada masa atau nyeri tekan.

e. B5 (Bowel)

- 1) Inspeksi: Keadaan mulut bersih, mukosa lembab, kebiasaan bab pasien tidak ada masalah.
- 2) Palpasi: Keadaan abdomen tegang atau tidak, turgor kulit kembali < 2 detik.
- 3) Perkusi: Suara timpani ada pantulan gelombang cairan.
- 4) Auskultasi: Peristaltik usus normal kurang lebih 15x/menit.

f. B6 (Bone)

- 1) Inspeksi: Kemampuan pergerakan sendi dan tungkai terbatas. Kulit sedikit kotor pada area luka post op, terdapat pembengkakan atau tidak, terdapat perubahan warna pada lokasi luka post op.
- 2) Palpasi: Kelembaban kulit lembab, akral hangat, turgor kulit dapat kembali < 2 detik atau menurun di sekitar fraktur, kekuatan otot tangan dan kaki pasien maksimal atau tidak. Aktifitas pasien di bantu oleh keluarga.

2.3.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosa Keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap kesehayan atau proses kehidupan yang dialami, baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon pasien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2018):

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) (D.0077)
2. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif pembedahan (D.0142)
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas strukture tulang (D.0054)

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1 Konsep Askep Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan Keperawatan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	Nyeri akut berhubungan agen pencedera fisik (prosedur operasi). (D.0077)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam maka tingkat nyeri pasien menurun dengan KH: (L.08066) <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik 	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri

		(Normalnya 60-100x/mnt)	<p>6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</p> <p>7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</p> <p>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer</p> <p>9. Monitor efek samping penggunaan analgetic</p> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam meredakan nyeri <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2.	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif pembedahan (D.0142)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam maka tingkat	<p>Pencegahan infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

		<p>infeksi pasien menurun dengan KH: (L.14137)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Demam menurun 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun 5. Nafsu makan meningkat 6. Kadar sel darah putih membaik 	<p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada area edema 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan etika batuk 4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat / imunisasi, jika perlu
3.	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas strukture tulang (D.0054)</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka mobilitas fisik pasien meningkat dengan KH: (L.12111)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstermitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 	<p>Dukungan Ambulasi (I.06171)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 3. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktifitas ambulasi dengan alat bantu 2. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik

		3. Rentang gerak (ROM) meningkat 4. Nyeri menurun	3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan ambulasi Edukasi: 1. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi 2. Anjurkan melakukan ambulasi dini 3. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan
--	--	--	---

2.3.4 IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Implementasi keperawatan atau tindakan keperawatan merupakan perilaku spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk melakukan tindakan keperawatan yang telah direncanakan (intervensi keperawatan). Tindakan-tindakan keperawatan pada intervensi keperawatan terdiri dari observasi, terapeutik, kolaborasi dan edukasi (PPNI, 2018). Implementasi adalah tindakan yang direncanakan dalam rencana keperawatan ((Muttaqin, 2017). Perawat melakukan pengawasan terhadap keberhasilan intervensi yang dilakukan, dan menilai perkembangan pasien terhadap pencapaian tujuan atau hasil yang diharapkan. Implementasi keperawatan adalah suatu komponen dari proses keperawatan yang merupakan kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diharapkan dari asuhan keperawatan yang dilakukan. Tujuan dari implementasi adalah membantu pasien dalam mencapai tujuan yang ditetapkan yang mencakup meningkatkan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping (Muttaqin, 2017).

2.3.5 EVALUASI KEPERAWATAN

Penilaian keperawatan adalah mengukur keberhasilan dari rencana, dan pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan untuk memenuhi kebutuhan lansia.

Beberapa kegiatan yang harus diikuti oleh perawat (Muttaqin, 2017):

1. Mengkaji ulang tujuan pasien dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.
2. Mengumpulkan data yang berhubungan dengan hasil yang diharapkan.
3. Mengukur pencapaian tujuan.
4. Mencatat atau hasil pengukuran pencapaian tujuan.
5. Melakukan revisi atau modifikasi terhadap rencana keperawatan bila perlu.

Jenis Evaluasi terbagi menjadi tiga jenis, yaitu :

1. Evaluasi Struktur

Evaluasi struktur difokuskan pada kelengkapan tata cara atau keadaan sekeliling tempat pelayanan keperawatan diberikan. Aspek lingkungan secara langsung atau tidak langsung mempengaruhi dalam pemberian pelayanan. Persediaan perlengkapan, fasilitas fisik, rasio perawat pasien, dukungan administrasi, pemeliharaan dan pengembangan kompetensi staf keperawatan dalam are yang diinginkan.

2. Evaluasi Proses

Evaluasi proses berfokus pada penampilan kerja perawat, dan apakah perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan merasa cocok, tanpa tekanan, dan sesuai wewenang. Area yang menjadi perhatian pada evaluasi proses mencakup jenis informasi yang didapat pada saat wawancara dan pemeriksaan fisik, validasi dari perumusan diagnose keperawatan, dan kemampuan teknikal perawat.

3. Evaluasi Hasil

Evaluasi hasil berfokus pada respons dan fungsi pasien. Respon perilaku lansia merupakan pengaruh dari intervensi keperawatan dan akan terlihat pada pencapaian tujuan dan kriteria hasil. Evaluasi formatif dilakukan sesaat setelah perawat melakukan tindakan pada lansia. Evaluasi hasil/sumatif: menilai hasil asuhan keperawatan yang diperlihatkan dengan perubahan tingkah laku lansia setelah semua tindakan keperawatan dilakukan. Evaluasi ini dilaksanakan pada akhir tindakan keperawatan secara paripurna.

Hasil evaluasi yang menentukan apakah masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi, adalah dengan cara membandingkan antara SOAP (*Subjective-Objective-Assesment-Planning*) dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.

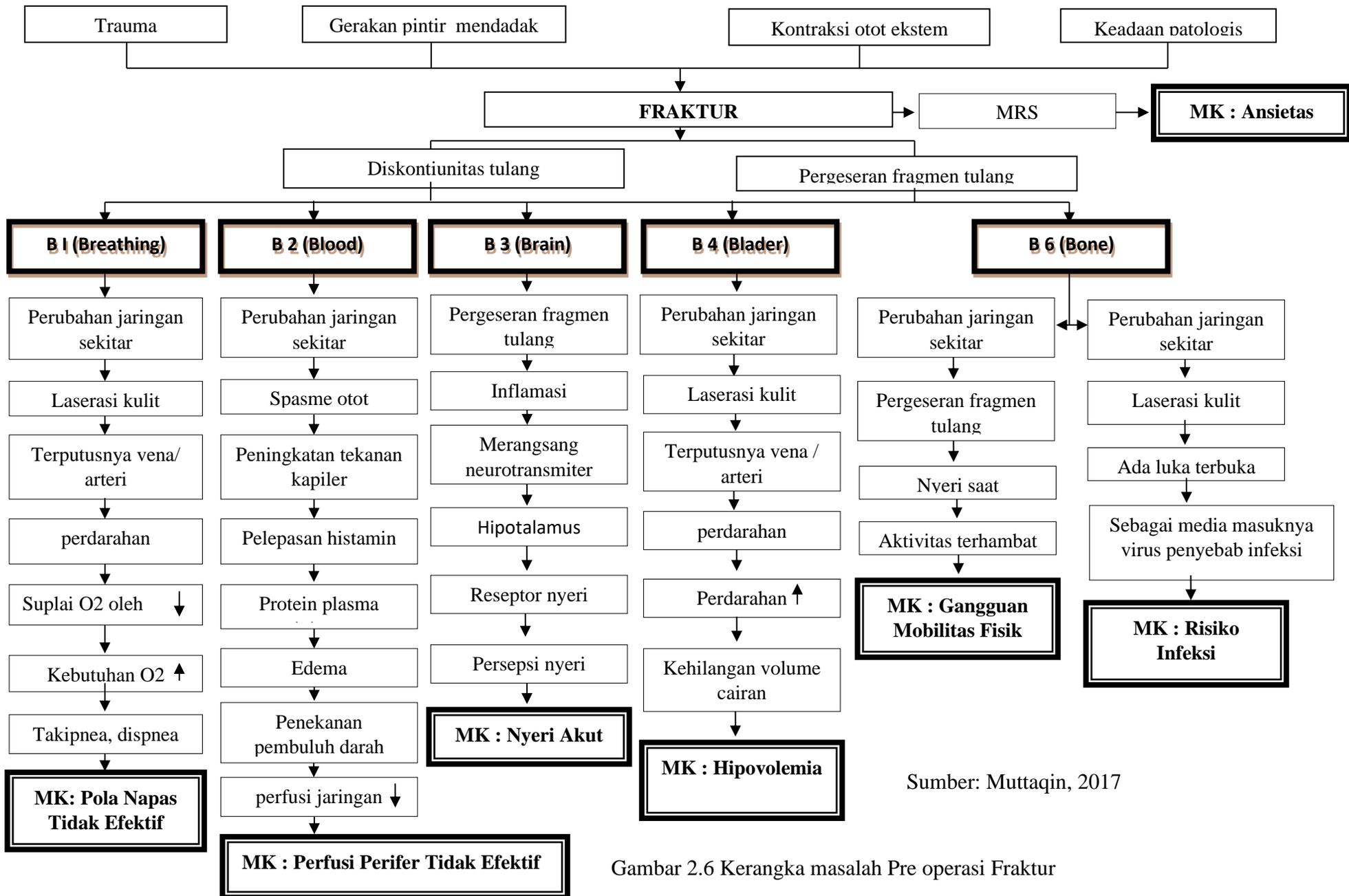
S (*Subjective*) adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari lansia setelah tindakan diberikan.

O (*Objective*) adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan.

A (*Assesment*) adalah membandingkan antara informasi subjective dan objective dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebagian atau tidak teratasi.

P (*Planning*) adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisis.

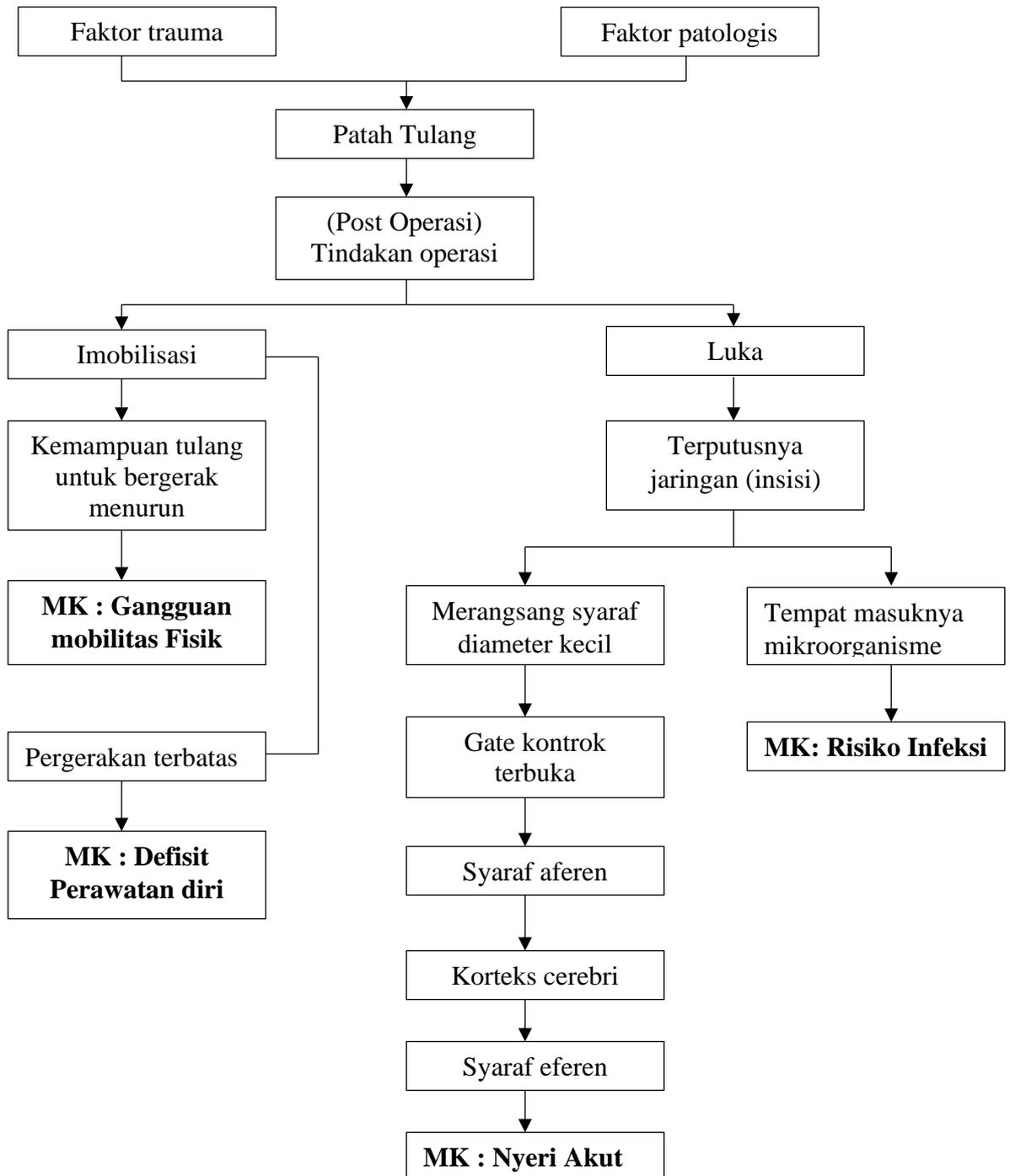
2.4 Kerangka Masalah



Sumber: Muttaqin, 2017

Gambar 2.6 Kerangka masalah Pre operasi Fraktur

Kerangka Masalah Fraktur Post Operasi



Gambar 2.7 Kerangka masalah Post Operasi Fraktur
Sumber: Wardani, 2017

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Pada bab 3 ini penulis akan menggambarkan tentang gambaran nyata pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Ny. N dengan diagnosis medis Post Op Close Fraktur Radius Ulna Sinistra Hari Ke-0 Di Ruang C1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 28 Nopember 2022 sampai dengan 30 Nopember 2022 dengan data pengkajian pada tanggal 28 Nopember 2022. Pasien MRS pada tanggal 23 Nopember 2022 di Ruang C1 Rspal dr.Ramelan Surabaya. Anamnesa diperoleh dari pasien dan file No. Register 71xxxx sebagai berikut.

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas Pasien

Ny. N (55 Tahun), beragama islam, Jawa/Indonesia, sebagai ibu rumah tangga, sudah menikah mempunyai 4 orang anak, Pendidikan SMA, Alamat Surabaya, No Register 71xxxx. Pasien dirawat dengan diagnosis medis Post Op Orif Close Fraktur Radius Ulna hari ke-0, Penanggung jawab pasien BPJS Purnawirawan, Pasien masuk RSPAL dr. Ramelan Surabaya melalui IGD pada tanggal 23 November 2022 pada pukul 08.00 WIB, masuk di ruang C1 Rspal pada tanggal 23 November 2022 pukul 10.25 WIB dilakukan pengkajian pada tanggal 28 November pukul 15.00 WIB.

3.1.2 Riwayat Sakit dan Kesehatan

1. Keluhan Utama

Pasien mengatakan nyeri pada bagian tangan kiri pasca operasi.

2. Riwayat penyakit Sekarang

Pasien mengalami kecelakaan lalu lintas tunggal mengendarai motor, pada tanggal 23 November 2022 pukul 04.00 WIB pasien di telepon suami yang sedang dirawat diruang ICU isolasi RSPAL dr. Ramelan Surabaya, suami minta dibawakan roti untuk diantarkan ke RSPAL dr. Ramelan Surabaya. Pada pukul 05.00 WIB pasien pulang, saat masuk gang untuk menuju kerumah pandangan mata pasien kabur dan kurang konsentrasi sehingga menabrak tiang listrik, Kemudian pasien dibawa ke RS Ewa Panggalila tetapi disana alatnya kurang mendukung akhirnya pasien di rujuk ke RSPAL dr. Ramelan Surabaya Di IGD pasien sadar penuh GCS E4M5V6 pasien diberi cairan infus NaCl 0,9 % dan Ranitidin 50 mg/iv, kemudian dilakukan pemeriksaan Foto Rontgen dan hasilnya Close Fraktur Radius ulna Sinistra 1/3 distal dan Pemeriksaan Laboratorium, Pukul 10.25 WIB pasien dipindahkan ke ruang C1 dan pasien dilakukan operasi pada tanggal 28 November 2022 pukul 08.00 WIB dan Kembali keruangan C1 pukul 11.00 WIB, dan saat pengkajian pasien mengeluhkan nyeri pada tangan kiri habis operasi dan masih belum bisa digerakan Keadaan umum pasien pasien tampak lemah, tampak meringis, TTV TD : 120/80 mmHg N: 80 x/mnt S: 36,9⁰C RR: 19 x/mnt.

3. Riwayat Penyakit dahulu

Pasien mengatakan mempunyai riwayat penyakit Hipertensi sejak 10 tahun yang lalu dan riwayat mengkonsumsi Amlodipin 10 mg diminum malam sebelum tidur.

4. Riwayat kesehatan keluarga

Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mempunyai riwayat penyakit seperti yang diderita pasien seperti Hipertensi, Diabetes Mellitus maupun TBC

5. Riwayat alergi

Pasien mengatakan tidak memiliki alergi obat maupun makanan

6. Kesadaran

Keadaan umum tampak lemah dan tampak meringis

Kualitatif : composmentis

Kuantitatif : GCS 15 (E4, M 6 V5)

Tanda-tanda vital

TD: 120/80 mmHg

Nadi: 80 x/menit

RR: 19 x/menit

Suhu: 36.9°C

P: Nyeri tangan kiri luka operasi

Q: Nyeri seperti ditusuk-tusuk

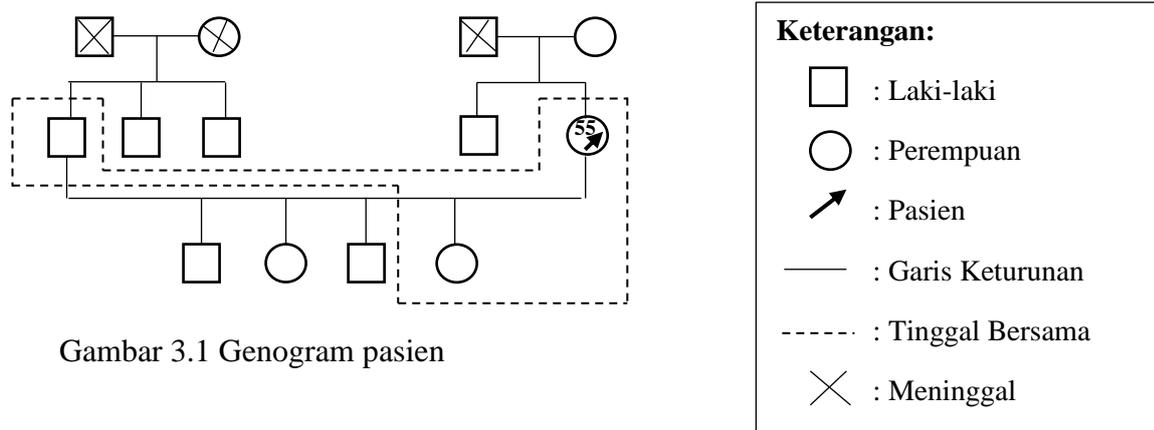
R: Nyeri tangan kiri

S: Skala nyeri 7 (1-10)

T: Hilang timbul selama 2-5 detik

7. Susunan keluarga (Genogram)

Pasien bernama Ny. N Umur 55 tahun telah menikah, dari hasil pernikahan tersebut pasien dikaruniai 4 orang anak 2 laki-laki, 2 perempuan.



Gambar 3.1 Genogram pasien

3.1.3 Pemeriksaan Fisik

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum pasien lemah, tampak meringis, dan tampak gelisah GCS 4-5-6 dengan kesadaran composmentis, dimana mata pasien terbuka secara spontan. TTV: TD : 20/80 mmHg, N :80 x/mnt, S : 36.9 °C, RR : 19 x/mnt, SpO2 : 99%.

2. Pemeriksaan persistem

a. B1 (Breathing)

Pada pengkajian B1 didapatkan,

Inspeksi: Bentuk dada normochest, tidak ada otot bantu nafas, Pasien tidak sesak, tidak memakai oksigen. Tidak terdapat pernafasan nafas cuping hidung.

Palpasi: Vocal femitus teraba seimbang kanan dan kiri, pergerakan dada simetris, tidak ada krepitasi tulang.

Perkusi: Sonor dibagian lobus anterior-posterior dextra-sinistra dan lobus media dextra, batas jantung paru ICS ke-6 midklavikula sinistra, batas paru – hepar ICS 11 midclavikula dextra.

Auskultasi: Irama napas: regular dengan kualitas 19 x/mnt, suara napas: vesikuler, tidak ada tarikan dinding dada, ronchi (-/-), wheezing (-/-), tidak ada batuk, tidak ada sputum, terdengar suara sonor saat diperkusi, tidak ada pernapasan abdomen, posisi pasien *fowler*.
SpO₂: 99%

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

b. B2 (Blood)

Pada pengkajian B2 didapatkan,

Inspeksi: tidak ada perdarahan, tidak terdapat pembesaran vena jugularis, dan tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, warna kulit pucat, tidak ada edema tangan dan kaki (-/-).

Palpasi: N:80 x/menit, nadi teraba kuat, dan teratur. Ictus cordis tidak teraba, tidak ada nyeri dada, akral hangat, CRT: < 2 detik.

Perkusi: batas jantung normal, batas atas: ICS II (N = ICS II), batas bawah: ICS V (N = ICS V), batas Kiri: ICS V (N = ICS V Mid Clavikula Sinistra), batas Kanan: ICS IV (N = ICS IV Mid Sternalis Dextra).

Auskultasi: Irama jantung: regular, bunyi jantung: S1 - S2 tunggal, gallop tidak ada, murmur tidak ada. S: 36.9 °C, TD: 120/80 mmHg. Map: 93.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

c. B3 (Brain)

Pada pengkajian B3 didapatkan GCS 456, Keadaan umum pasien tampak lemah, tampak meringis dan tampak gelisah, kesadaran: composmentis, tidak ada jejas, tidak ada paralisis,

N-I (Olfaktorius): Pasien dapat mengidentifikasi bau,

N-II (Optikus): Ketajaman mata baik, lapang pandang baik tidak ada gangguan pada pasien,

N-III (Okulomotorikus): Pasien mampu melihat kesegala arah, pergerakan pupil simetris,

N-IV (Troclearis): Pasien mampu menggerakkan bola mata ke atas-bawah,

N-V (Trigeminal): Sensasi wajah tidak ada gangguan, pasien mampu merasakan sentuhan dengan baik, dapat membuka mulut, mengunyah,

N-VI (Abdusen): Pasien mampu menggerakkan mata ke arah lateral,

N-VII (Fasial): Wajah simetris, tidak ada mencong, pasien mampu mengerutkan dahi, senyum simetris,

N-VIII (Vestibulokoklear): Pendengaran baik, tes tunjuk hidung baik, mendekatkan suara,

N-IX (Glosfarengeal): Pasien mampu merasakan makanan, pengecapan baik, dapat menelan,

N-X (Vagus): Pasien mampu menelan, Ada reflek muntah,

N-XI (Aksesoris): Pasien mampu menolehkan leher tanpa menggerakkan bahu,

N- XII (Hipoglossus): Pasien mampu menggerakkan lidah ke segala arah, Bicara normal, tidak ada nyeri tekan, Pupil isokor 3 mm/3 mm, refleks cahaya +/+, reflek patologis : reflek babinski -/-, reflek chaddock -/-, reflek Gordon -/-, reflek fisiologis : patella +/+, tidak ditemukannya hemiplegia.

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

d. B4 (Bladder)

Inspeksi: Pasien mengatakan BAK $\pm 5x$ /hari sebelum MRS menggunakan pispot, tidak terpasang kateter, warna kencing sebelum dan sesudah sakit kuning jernih, bau urine amoniak

Palpasi: Tidak ada nyeri tekan, tidak terdapat distensi vesika urinaria tidak terdapat nyeri tekan, kandung kemih.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

e. B5 (Bowel)

Inspeksi: Mulut pasien bersih tidak kotor, gigi pasien lengkap, tidak memakai gigi palsu, membrane mukosa bibir pucat, faring tidak ada, diit (makan dan minum) SMRS makanan biasa (Nb), diit di RS makanan biasa (Nb), nafsu makan pasien baik, frekuensi makan 3 x/hari, pasien tidak ada mual muntah, jenis makanan nasi, porsi makanan yang dihabiskan pasien 1 porsi, pasien tidak terpasang NGT, frekuensi minum pasien 1 botol jumlah 1000 cc/hari, jenis minuman air mineral, BAB sebelum dan sesudah sakit 1-x/hari, flatus 1x, konsistensi lunak, warna BAB kuning kecoklatan, tidak ada terpasang colostomi.

Auskultasi: Paristaltik usus 15x/menit

Palpasi: Bentuk perut simetris, postur tubuh berisi, tidak ada kelainan abdomen, tidak ada pembesaran hepar, hemoroid tidak ada, tidak ada nyeri pada abdomen.

Perkusi: Tympani. BB sebelum sakit 60 kg BB saat sakit 60 kg tinggi badan 158 cm. IMT 24.0 (Normal 18,5-24,9)

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

f. B6 (Bone & Integumen)

Pasien mengatakan kemampuan pergerakan tangan kiri terbatas, aktifitas dibantu oleh keluarga pasien mengalami masalah pada musculoskeletal kekuatan otot tidak maksimal. Pada saat inspeksi terdapat luka post operasi tertutup kasa dan di balut dengan elastic bandage, luka operasi \pm 10 cm tidak ada rembesan ada luka operasi, tidak terdapat drain, pada ekstremitas bawah tidak mengalami keterbatasan anggota gerak, Terpasang infus di tangan kanan.

5555	5333
5555	5555

Masalah keperawatan : Gangguan mobilitas fisik

3. Pola Istirahat Tidur

Istirahat tidur: pasien mengatakan sebelum sakit tidur siang \pm 2 jam 12.00-14.00 WIB, tidur malam \pm 7jam 21.00-04:00 WIB. Setelah sakit tidur Siang: tidur siang \pm 1 jam 13.00-14.00 WIB, tidur malam \pm 8 jam 20.00-04:00 WIB

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

4. Sistem Penginderaan

Sistem Penglihatan : Lapang pandang normal, pasien tidak buta warna, pasien dapat membaca dengan jarak 30cm, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor, pasien tidak menggunakan kacamata.

Sistem Pendengaran : Tidak ada serumen, keadaan telinga bersih, tidak ada benjolan dan lesi system pendengaran baik.

Sistem Penciuman : Tidak ada polip, tidak ada benjolan, tidak ada lesi, fungsi penciuman baik, tidak terdapat sinusitis

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

5. Sistem Endokrin

Keadaan tiroid : Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid

Terkait pertumbuhan : Tidak terdapat gangguan pada hormon tyroid terkait

Hormon reproduksi : pasien berjenis kelamin perempuan

6. Sistem Reproduksi

Pasien seorang ibu rumah tangga, sudah menikah, tidak ada masalah seksusal, tidak ada kelainan pada sistem reproduksi, pasien mempunyai 4 anak 2 laki-laki dan 2 perempuan

7. Personal hygiene

Mandi : Pasien mengatakan sebelum MRS mandi 3x sehari , setelah MRS pasien selalu di seka oleh anaknya setiap pagi

Keramas : Pasien mengatakan sebelum MRS keramas 1x sehari , setelah MRS pasien tidak keramas

Berpakaian : Pasien mengatakan sebelum MRS mengganti pakaian sendiri

yang kotor tiap hari, setelah MRS tiap hari mengganti pakaian yang kotor dibantu oleh anaknya

Sikat Gigi : Pasien mengatakan sebelum MRS setiap hari selalu menyikat giginya, setelah MRS menyikat gigi 1x sehari

Memotong kuku : Pasien mengatakan sebelum MRS rajin memotong kuku, setelah MRS tidak pernah memotong kuku, kuku tampak bersih

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

8. Kognitif perseptual- Psiko- sosial-spiritual

Persepsi terhadap sehat sakit: bagi pasien kesehatan adalah kebahagiaan tersendiri karena pada saat sehat pasien dapat melakukan aktivitas sehari-hari tanpa adanya gangguan, karena saat sakit pasien tidak bisa beraktifitas hanya bedrest saja

Ideal diri: Pasien yakin segera sembuh dari penyakitnya dan beraktivitas seperti biasanya

Identitas diri: Pasien mengatakan dirinya adalah seorang perempuan

Gambaran diri: Pasien ingin segera sembuh dari penyakitnya

Peran: Pasien adalah ibu rumah tangga

Harga diri: Pasien menyukai semua bagian tubuhnya

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

3.1.4 Pemeriksaan Penunjang

1. Laboratorium

Tabel 3.1 Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 23 November 2022

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
Hematologi			
Leukosit	16.12	$10^3/\mu\text{L}$	4.00-10.00
Eosinofil#	0.03	$10^3/\mu\text{L}$	0.02-0.50
Eosinofil%	0.20	%	0.5-5.0
Basofil#	0.05	$10^3/\mu\text{L}$	0.00-0.10
Basofil%	0.3	%	0.0-1.0
Neutrofil#	14.75	$10^3/\mu\text{L}$	2.00-7.00
Neutrofil%	91.50	%	50.0-70.0
Limfosit#	0.77	$10^3/\mu\text{L}$	0.80-4.00
Limfosit%	4.89	%	20.0-40.0
Monosit#	0.52	$10^3/\mu\text{L}$	0.12-1.20
Monosit%	3.20	%	3.0-12.0
IMG#	0.010	%	0.16-0.62
IMG%	0.100	%	0.16-0.62
Hemoglobin	11.90	g/dL	12-15
Hematokrit	36.30	%	37.0-47.0
Eritrosit	4.78	$10^3/\mu\text{L}$	3.50-5.00
MCV	75.8	Fmol/cell	80-100
MCH	24.9	pg	26-34
MCHC	32.9	g/dL	32-36
RDW_CV	13.8	%	11.0-16.0
RDW_SD	36.8	fL	35.0-56.0
Trombosit	326.000	$10^3/\mu\text{L}$	150-450
MPV	9.2	fL	6.5-12.0
PDW	15.8	%	15-17
PCT	0.300	$10^3/\mu\text{L}$	0.108-0.282
P-LCC	70.0	$10^3/\mu\text{L}$	30-90
P-LCR	21.4	%	11.0-45.0
Gula Darah Sewaktu	169	mg/dL	< 200
Kreatinin	0.80	mg/dL	0.6-1.5
BUN	14	mg/dL	10-24
Natrium (Na)	145.8	mEq/L	135-147

Kalium (K)	3.35	Mmol/L	3.0-5.0
Clorida (Cl)	101.3	mEq/L	95-105
Albumin	5.7	mg/dL	3,50-5,20
SGOT	15	U/L	0-50
SGPT	19	U/L	0-50

2. Radiologi

- a. Hasil Pemeriksaan tanggal 23 November 2022 Pukul 08.30 WIB

Close Fraktur Radius ulna Sinistra 1/3 distal



- b. Hasil Pemeriksaan tanggal 28 November 2022 Pukul 10.30

Post Op Close Fraktur radius ulna sinistra 1/3 distal terpasang internal fiksasi non union.



3.1.5 Pemberian Terapi

Tabel 3.2 Pemberian Terapi

Terapi	Tepat Obat	Dosis	Rute	Indikasi
28/12/2022	Inj. Cefoprazone Sulbactam	2x 1 gr	Injeksi Intravena	Antbiotik kombinasi untuk mengobati infeksi
	Inj. Ketorolac	3x 30 mg	Injeksi Intravena	Menghambat produksi prostaglandin, suatu zat yang memicu rasa nyeri, peradangan, dan demam.
	Inj. Ranitidin	3x 50 mg	Injeksi Intravena	Menurunkan sekresi asam lambung
	Infus. NaCl 0,9%	1 klf 500 ml	Injeksi Intravena	Menambah cairan dalam tubuh

3.2 Diagnosis Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Prosedur operasi)
(D.0077)
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot
(D.0054)
3. Risiko Infeksi dibuktikan dengan faktor risiko (D.0142)

3.2.1 Analisa Data

Hasil pengkajian pasien didapatkan diagnose keperawatan, yaitu :

Tabel. 3.3 Analisa Data

No.	Data/Faktor Resiko	Etiologi	Masala/ Problem				
1.	<p>DS: Pasien mengatakan nyeri pada tangan kiri P: Nyeri operasi tangan kiri bertambah jika bergerak Q: Nyeri seperti ditusuk-tusuk R: Nyeri di tangan kiri S: Skala nyeri 7 (1-10) T: Hilang timbul selama 2-5 detik</p> <p>DO: - Pasien terlihat lemah - Tampak gelisah - Tampak meringis TD: 120/80 mmHg N: 80 x/mnt RR: 19x/mnt</p>	<p>Agen Pencedera Fisik (Prosedur Operasi)</p> <p>- Post Operasi close Fraktur radius ulna sinistra 1/3 distal terpasang internal fiksasi non union</p>	<p>Nyeri Akut</p> <p>SDKI, 2017 D.0077 Hal 172 Kategori : Psikologi Sub Kategori : Nyeri dan kenyamanan</p>				
2.	<p>DS: - Pasien mengatakan sulit menggerakkan tangan kirinya - Pasien mengatakan setelah operasi aktivitas dibantu anaknya</p> <p>DO: - Terdapat keterbatasan dalam menggerakkan ekstremitas atas - Pasien memiliki kelemahan dalam menggerakkan ekstremitas atas - Hasil pemeriksaan kekuatan otot</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5555</td> <td style="padding: 0 5px;">5333</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5555</td> <td style="padding: 0 5px;">5555</td> </tr> </table>	5555	5333	5555	5555	<p>Penurunan Kekuatan Otot</p>	<p>Gangguan Mobilitas Fisik</p> <p>SDKI, 2017 D.0054 Hal. 124 Kategori : Fisiologis Sub Kategori : Aktivitas/Istirahat</p>
5555	5333						
5555	5555						
3.	<p>DS: -</p> <p>DO:-</p>	<p>Faktor risiko</p>	<p>Risiko Infeksi</p> <p>SDKI, 2017 D.0142 Hal 304</p>				

		<ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka post operasi tertutup kassa pada tangan kiri - Kerusakan kulit - Kondisi luka kering - Panjang luka 10 cm - Hasil pemeriksaan lab tanggal 23 November 2022: WBC: 16.12 10³/UL HGB: 11.90 g/dL HCT:36.30 % PCT:0.300 10³/UL 	Ketgori: Lingkungan Sub Kategori: keamanan dan proteksi
--	--	--	---

3.2.2 Prioritas Masalah

Tabel 3.4 Prioritas masalah

No.	Masalah keperawatan	Tanggal		Paraf
		Ditemukan	Teratasi	
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) SDKI, 2017 D.0077 Hal 172	28 November 2022	30 November 2022	
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot SDKI, 2017 D.0054 Hal. 124	28 November 2022	30 November 2022	
3.	Risiko Infeksi dibuktikan dengan faktor risiko SDKI, 2017 D.0142 Hal 304	28 November 2022	30 November 2022	

3.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan

No.	Masalah keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) dibuktikan dengan pasien terlihat gelisah, tampak meringis, post operasi ORIF close fraktur radius ulna sinistra 1/3 distal terpasang internal fiksasi non union. SDKI, 2017 D.0077 Hal. 172	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat nyeri menurun	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun, 2. Meringis menurun, 3. Gelisah menurun, 4. Kesulitan tidur menurun, 5. Frekuensi nadi membaik (normalnya 60-100 x/mnt) SLKI, 2018 L.08066 Hal. 145	Manajemen nyeri: Observasi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi respon nyeri non verbal Terapeutik: <ol style="list-style-type: none"> 3. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi: <ol style="list-style-type: none"> 4. Ajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri Kolaborasi: <ol style="list-style-type: none"> 5. Kolaborasi pemberian analgesic Inj. Ketorolac 3x30 mg/iv SIKI, 2018 I.08238 Hal. 201	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui tingkat nyeri pasien 2. Mengetahui respon pasien 3. Istirahat yang cukup dapat mengendalikan perasaan nyeri 4. Teknik non farmakologi mengurangi rasa nyeri yang diderita pasien 5. Pemberian analgesik dapat mengurangi rasa nyeri pada pasien
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan aktivitas meningkat, 2. Kekuatan otot meningkat, 	Dukungan mobilisasi: Observasi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik 2. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui keluhan fisik pasien 2. Mengetahui kondisi umum pasien

	kekuatan otot menurun, rentan gerak (ROM) menurun, dan gerakan terbatas. SDKI, 2017 D.0054 Hal. 124	mobilitas fisik meningkat	3. Nyeri menurun, 4. Kelainan fisik menurun. SIKI, 2018, L. 05042 Hal. 65	Terapeutik: 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi: 4. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 5. Anjurkan melakukan mobilisasi sederhana SIKI, 2018, I.05173 Hal. 30	3. Keluarga mampu membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 4. Menambah informasi terkait mobilisasi dini 5. Untuk melatih otot-otot pergerakan
3.	Risiko Infeksi dibuktikan dengan faktor risiko ditandai dengan luka tertutup kassa, tidak ada rembesan cairan di kassa tertutup. SDKI, 2017, D.0142 Hal. 304	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat infeksi menurun	1. Nyeri menurun, 2. Kemerahan menurun, 3. Bengkak menurun, 4. Demam menurun SLKI, 2018, L.14137 Hal. 139	Pencegahan Infeksi : Observasi: 1. Monitor tanda dan gejala infeksi Terapeutik: 2. Pertahankan Teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi Edukasi: 3. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 4. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi Kolaborasi: 6. Kolaborasi pemberian antibiotik Inj. Cefoprazone sulbactam 2x1 gr/iv, Inj. Ranitidin 3x50 mg/iv SIKI, 2018 I. 14539 Hal. 278	1. Mengetahui adanya infeksi 2. Teknik aseptik membantu mempercepat penyembuhan luka 3. Menambah informasi terkait penyakit yang diderita pasien 4. Untuk mengurangi resiko infeksi 5. Asupan nutrisi untuk menambah energi dan mempercepat penyembuhan luka 6. Pemberian antibiotik untuk mengobati infeksi terhadap bakteri

3.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.6 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

No DX	Hari/ tanggal Jam	Implementasi	Paraf	Hari/ tanggal jam	No DX	Evaluasi	Paraf
1,2,3	28/11/22 15.00	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas nyeri Hasil: P: Nyeri tangan kiri luka operasi Q: Nyeri seperti ditusuk-tusuk R: Nyeri tangan kiri S: Skala nyeri 7 (1-10) T: Hilang timbul selama 2-5 detik		28/11/2/22 20.59	1	Dx 1: Nyeri Akut b/d agen pencedera fisik (prosedur operasi) S: Pasien mengatakan nyeri pada tangan kiri P: Nyeri tangan kiri luka operasi Q: Nyeri seperti ditusuk-tusuk R: Nyeri tangan kiri S: Skala nyeri 7 (1-10) T: Hilang timbul selama 2-5 detik O: - Pasien terlihat lemah - Tampak gelisah - Tampak meringis - Post Operasi Close Fraktur radius ulna sinistra 1/3 distal terpasang internal fiksasi non union TD: 120/80 mmHg N: 80 x/mnt S: 36.9°C RR: 19x/mnt A: Masalah teratasi Sebagian	
1	15.45	Mengidentifikasi respon nyeri non verbal Hasil : Pasien tampak meringis dan gelisah					
1	15.50	Mengajarkan Teknik non farmakologis dengan relaksasi nafas dalam Hasil : Pasien mampu menirukan nafas dalam dengan baik					
3	16.00	Mengidentifikasi karakteristik kulit dan luka Hasil: Kondisi luka tertutup dengan kassa dan tida ada rembesan atau pus yang keluar					
1	16.10	Memonitor tanda dan gejala infeksi Hasil : Tidak ada nya tanda-tanda infeksi					
1	16.45	Melakukan pemberian program dokter injeksi obat antibiotic					

3	17.00	<p>Hasil : Inj. Cefoprazone Sulbactam 1 gr/iv Mempertahan Teknik aseptik pada pasien yang beresiko terkena infeksi</p> <p>Hasil : Mengajarkan Teknik cara mencuci tangan dengan benar</p>		21.00	2	<p>P: Lanjutkan Intervensi 1,2,3,4, dan 5</p> <p>Dx 2: Gangguan Mobilitas Fisik b/d penurunan kekuatan otot</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sulit menggerakkan tangan kiri - Pasien mengatakan setelah operasi aktivitas dibantu anaknya <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat keterbatasan dalam menggerakkan ekstremitas atas - Pasien memiliki kelemahan dalam menggerakkan ekstremitas atas - Hasil pemeriksaan kekuatan otot <p>5555 5333 5555 5555</p> <p>A: Masalah teratasi Sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi 1,2,3,4, dan 5</p>		
3	17.30	<p>Mengajarkan cara cuci tangan dengan benar</p> <p>Hasil : Pasien mampu mempraktekan Gerakan cara mencuci tangan dengan benar</p>						
3,2	18.00	<p>Melakukan TTV</p> <p>Hasil : TD : 120/80 mmHg N: 80x/mnt S: 36,9°C R : 19x/mnt.</p>						
1,2,3	18.15	<p>Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>Hasil : Pasien makan habis 1 porsi</p>						
3	18.30	<p>Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>Hasil : Pasien masih sedikit lemah</p>						
2	18.45	<p>Melibatkan keluarga dalam membantu pasien untuk meningkatkan pergerakan</p> <p>Hasil : Aktivitas pasien terlihat dibantu oleh keluarga</p>						
1	19.00	<p>Melakukan pemberian program dokter injeksi obat analgesic</p> <p>Hasil : Inj. Ketorolac 30 mg/iv</p>		21.05	3	<p>Dx 3 Risiko Infeksi dibuktikan dengan faktor resiko</p> <p>S:-</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka post operasi tertutup kassa pada tangan bawah kiri - Kondisi luka kering - Kerusakan kulit 		
1,2	20.30	<p>Memfasilitasi istirahat dan tidur dengan tenang dan nyaman</p> <p>Hasil : Pasien istirahat malam pukul 20.30 WIB</p>						

						<ul style="list-style-type: none"> - Panjang luka 10 cm - Hasil pemeriksaan lab: WBC : 16.12 10³/UL HGB: 11.90 g/dL HCT:36.30 % PCT:0.300 10³/UL <p>A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5 dan 6</p>	
1,2,3	29/11/22 15.00	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas nyeri Hasil: P: Nyeri tangan kiri luka operasi Q: Nyeri seperti ditusuk-tusuk R: Nyeri tangan kiri S: Skala nyeri 7 (1-10) T: Hilang timbul selama 2-5 detik		29/11/22 21.00	1	<p>Dx 1: Nyeri Akut b/d agen pencedera fisik (Prosedur Operasi)</p> <p>S: Pasien mengatakan nyeri pada tangan kiri sedikit berkurang P: Nyeri tangan kiri luka operasi Q: Nyeri seperti ditusuk-tusuk R: Nyeri tangan kiri S: Skala nyeri 5 (1-10) T: Hilang timbul selama 2-5 detik</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat sedikit lemah - Tampak sedikit gelisah - Tampak sedikit meringis - Post Operasi Close Fraktur radius ulna sinistra 1/3 distal terpasang internal fiksasi non union <p>TD: 130/80 mmHg N: 79 x/mnt RR: 19x/mnt</p>	
2	15.45	Mengidentifikasi respon nyeri non verbal Hasil : Pasien tampak meringis dan gelisah					
1	15.55	Mengajarkan Teknik non farmakologis dengan relaksasi nafas dalam Hasil : Pasien mampu menirukan nafas dalam dengan baik					
3	16.00	Mengidentifikasi karakteristik kulit dan luka Hasil: Kondisi luka tertutup dengan kassa dan tida ada rembesan atau pus yang keluar	 				
3	16.10	Memonitor tanda dan gejala infeksi Hasil : Tidak ada nya tanda-tanda infeksi					

3	16.45	Melakukan pemberian program dokter injeksi obat antibiotic Hasil : Inj. Cefoprazone Sulbactam 1 gr/iv				A: Masalah teratasi Sebagian P: Lanjutkan Intervensi 1,2,3,4, dan 5	
3,2	17.00	Mempertahan Teknik aseptik pada pasien yang beresiko terkena infeksi Hasil : Mengajarkan Teknik cara mencuci tangan dengan benar	 	21.05	2	Dx 2: Gangguan Mobilitas Fisik b/d Penurunan kekuatan otot S: - Pasien mengatakan sulit menggerakkan tangan kiri - Pasien mengatakan setelah operasi aktivitas dibantu anaknya	
1,2,3	17.30	Mengajarkan cara cuci tangan dengan benar Hasil : Pasien mampu mempraktekan Gerakan cara memcuci tangan dengan benar Melakukan TTV				O: - Terdapat keterbatasan dalam menggerakkan ekstremitas atas - Pasien memiliki kelemahan dalam menggerakkan ekstremitas atas - Hasil pemeriksaan kekuatan otot 5555 5333 5555 5555	
3	18.00	Hasil : TD : 130/80 mmHg N: 79x/mnt S: 36,5°C R : 19x/mnt.				A: Masalah teratasi Sebagian P: Lanjutkan intervensi 2, 3, dan 4	
2	18.45	Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi Hasil : Pasien makan habis 1 porsi					
2	19.00	Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Hasil : Pasien masih sedikit lemah					
1,3	19.45	Melibatkan keluarga dalam membantu pasien untuk meningkatkan pergerakan Hasil : Aktivitas pasien terlihat dibantu oleh keluarga					
1,2	20.00	Melakukan pemberian program dokter injeksi obat analgesic Hasil : Inj. Ketorolac 30 mg/iv		21.10	3	Dx 3 Risiko Infeksi dibuktikan dengan faktor resiko S:- O: - Terdapat luka post operasi tertutup kassa pada tangan kiri	
1	20.30	Mengajarkan Teknik non farmakologis dengan distraksi					

1,2,3	21.00	<p>Hasil : Pasien mengakhiri rasa nyerinya dengan melihat youtube</p> <p>Memfasilitasi istirahat dan tidur dengan tenang dan nyaman</p> <p>Hasil : Pasien istirahat malam pukul 21.00 WIB</p>				<ul style="list-style-type: none"> - Kondisi luka kering - Kerusakan kulit - Panjang luka 10 cm <p>Hasil pemeriksaan lab: WBC : 16.12 10³/UL HGB: 11.90 g/dL HCT:36.30 % PCT:0.300 10³/UL</p> <p>Akral hangat Suhu tubuh 36.5⁰C</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi 2,3,4,5 dan 6</p>	
1,2,3	30/11/22 08.00	<p>Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas nyeri</p> <p>Hasil : P: Nyeri tangan kiri luka operasi Q: Nyeri seperti ditusuk-tusuk R: Nyeri tangan kiri S: Skala nyeri 5 (1-10) T: Hilang timbul selama 2-5 detik</p>		30/11/22 14.00	1	<p>Dx 1: Nyeri Akut b/d agen pencedera fisik (Prosedur operasi)</p> <p>S: Pasien mengatakan nyeri pada tangan kiri berkurang P: Nyeri tangan kiri luka operasi Q: Nyeri seperti ditusuk-tusuk R: Nyeri tangan kiri S: Skala nyeri 3 (1-10) T: Hilang timbul selama 2-5 detik</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat tenang - Post Operasi Close Fraktur radius ulna sinistra 1/3 distal terpasang internal fiksasi non union <p>TD: 130/80 mmHg</p>	
3	08.15	<p>Mengidentifikasi karakteristik kulit dan luka</p> <p>Hasil : Kondisi luka tertutup dengan kassa dan tidak ada rembesan atau pus yang keluar</p>					
3	08.45	<p>Memonitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>Hasil : Tidak ada nya tanda-tanda infeksi</p>					
1	09.00	<p>Mengidentifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>Hasil : Pasien tampak sedikit meringis dan gelisah</p>					

1,3	09.25	Mengajarkan Teknik non farmakologis dengan relaksasi nafas dalam Hasil Pasien mampu nafas dalam dengan baik				N: 85 x/mnt RR: 19x/mnt A: Masalah teratasi Sebagian P: Intervensi dilanjutkan 4 dan 5	
3	09.45	Mempertahan Teknik aseptik pada pasien yang beresiko terkena infeksi Hasil : Pasien mampu menjaga kebersihan					
1,2,3	10.00	Mengajarkan cara cuci tangan dengan benar Hasil : Pasien mampu mempraktekkan gerakan cara memcuci tangan dengan benar		14.05	2	Dx 2: Gangguan Mobilitas Fisik b/d Penurunan Kekuatan otot S:	
3	11.00	Melakukan TTV Hasil : TD : 120/70 mmHg N: 85x/mnt S: 36,3°C R : 19x/mnt				- Pasien mengatakan dapat berjalan - Pasien mengatakan mampu menggerakkan jari-jarinya - Pasien mampu duduk di tepi tempat tidur dan mampu berpindah ke kursi - Pasien mengatakan setelah operasi aktivitas dibantu anaknya	
2	11.30	Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi Hasil : Pasien makan habis 1 porsi				O:	
2	12.15	Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Hasil : Pasien mampu untuk melakukan mobilisasi				- Terdapat keterbatasan dalam menggerakkan ekstremitas atas - Pasien memiliki kelemahan dalam menggerakkan ekstremitas atas - Hasil pemeriksaan kekuatan otot	
1,3	12.40	Melibatkan keluarga dalam membantu pasien untuk meningkatkan pergerakan keluarga Hasil : Aktivitas pasien sedikit dibantu keluarga				5555 5444 5555 5555	
1	13.00	Mengajarkan Teknik non farmakologis dengan distraksi Hasil : Pasien mengakhiri rasa nyerinya dengan melihat youtube				A: Masalah teratasi Sebagian P: Intervensi dilanjutkan 3 dan 5 Rencana pulang membawa Arm Sling / gendongan penyangga tangan	
							

2	13.20	Melakukan pemberian program dokter injeksi obat analgesic Hasil : Inj. Ketorolac 30 mg/iv		14.10	3 Dx 3 Risiko Infeksi dibuktikan dengan faktor resiko S:- O: - Terdapat luka post operasi tertutup kassa pada tangan bawah kiri - Kondisi luka kering - Kerusakan kulit - Panjang luka 10 cm - Hasil pemeriksaan lab: WBC : 16.12 10 ³ /UL HGB: 11.90 g/dL HCT:36.30 % PCT:0.300 10 ³ /UL Akral hangat Suhu tubuh 36.3 ⁰ C A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi di lanjutkan 5, dan 6	
2	13.45	Menganjurkan melakukan mobilisasi dini untuk melatih otot-otot pergerakan Hasil : Pasien mampu menggerakkan jari jari tangan sebelah kiri				
1	14.00	Mengajarkan mobilisasi sederhana Hasil : Pasien dapat duduk di tepi tempat tidur				
1	14.10	Memfasilitasi istirahat dan tidur dengan tenang dan nyaman Hasil : Pasien istirahat siang pukul 14.10 WIB				

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 diagnosis medis Post Op Close Fraktur Radius Ulna Sinistra Hari Ke-0 Di Ruang C1 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

Pengkajian merupakan tahap pertama dari sebuah proses keperawatan. Tahap pengkajian merupakan proses pengumpulan data. Data yang dikumpulkan oleh petugas keperawatan meliputi wawancara, observasi, atau hasil laboratorium. Pengkajian memiliki peran yang sangat penting untuk menentukan diagnosis keperawatan, perencanaan tindakan keperawatan, implementasi keperawatan, serta evaluasi keperawatan (Muttaqin, 2017).

4.1.1 Identitas

Pengkajian pada kasus didapatkan pada pasien seorang perempuan berusia 55 tahun, sedangkan menurut teori yang dikemukakan oleh (Ihza, Tekwan and Mu'ti, 2022) bahwa Fraktur radius ulna distal dapat terjadi diberbagai kalangan usia baik usia muda maupun usia tua, kasus paling banyak berada pada kelompok usia dewasa muda dan disuse oleh kelompok usia tua. Pada dewasa muda fraktur radius ulna distal sering terjadi karena cedera akibat energi tinggi, sedangkan kasus pada orang tua sering terjadi akibat trauma dari energi rendah dan osteoporosis.

4.1.2 Riwayat Kesehatan

Keluhan utama pada Ny. N mengeluh nyeri habis operasi pada tangan kiri yang telah dilakukan pada tanggal 28 November 2022 pukul 08.00 WIB, kesadaran composmentis dan GCS 456. Data Objektif keadaan umum pasien lemah, pasien tampak gelisah, terlihat meringis dan aktivitasnya dibantu keluarganya.

Dari hasil pengkajiann jika dikaitkan dengan penelitian (Purnama et. al., 2021) pengkajian pada pasien post orif adalah sebagai berikut, nyeri hebat, bengkak, deformitas, mati rasa, masalah pergerakan anggota tubuh. Pada gangguan nyeri akan menimbulkan takikardi, hipertensi, hiperhidrosis, pucat dan midriasis dan perubahan wajah: Menyeringai atau menangis.

Nyeri yang didahului atau disebabkan oleh lesi atau disfungsi primer pada system saraf perifer. Hal ini disebabkan oleh cedera pada jalur serat saraf perifer, infiltrasi sel kanker pada serabut saraf, dan terpotongnya saraf perifer. Sensasi yang dirasakan adalah rasa panas dan seperti ditusuk-tusuk dan kadang disertai hilangnya rasa atau adanya rasa tidak enak pada perabaan. Nyeri nerogenik dapat menyebabkan terjadinya allodynia. Hal ini mungkin terjadi secara mekanik atau peningkatan sensitivitas dari noradrenalin yang kemudian menghasilkan *sympathetically maintained pain* (SMP). Nyeri tipe ini sering menunjukkan respon yang buruk pada pemberian analgetik konvensional (Dharmaphala and Mirah, 2022).

4.1.3 Pemeriksaan Persistem

1. B1 (*Breathing*)

Pada pengkajian B1 didapatkan, Bentuk dada normochest, tidak ada otot bantu nafas, Pasien tidak sesak. Tidak terdapat pernafasan nafas cuping hidung. Vocal femitus teraba seimbang kanan dan kiri, pergerakan dada simetris, tidak ada krepitasi tulang. Sonor dibagian lobus anterior-posterior dextra-sinistra dan lobus media dextra, irama napas: regular dengan kualitas 19 x/mnt, suara napas: vesikuler, tidak ada tarikan dinding dada, ronkhi (-/-), wheezing (-/-), tidak ada batuk, tidak ada sputum, terdengar suara sonor saat diperkusi, SpO₂: 99%.

Pada pemeriksaan fisik B1 (*Breathing*) menurut (Brunner dan Suddrath, 2014) didapat data, tidak ada perubahan yang menonjol seperti bentuk dada, ada tidaknya sesak nafas, suara tambahan, pernafasan cuping hidung tidak ada pada pemeriksaan persistem system pernafasan didapatkan bahwa klien fraktur tidak mengalami kelainan.

Menurut penulis didalam pengkajian tidak ada didapatkan kelainan pada system B1 (*Breathing*) dikarenakan salah satu faktornya usia pasien yang masih muda, tidak ada Riwayat penyakit penyerta.

2. B2 (*Blood*)

Pada pengkajian B2 didapatkan, tidak ada perdarahan, tidak terdapat pembesaran vena jugularis, dan tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, warna kulit pucat, tidak ada edema tangan dan kaki, N:80 x/menit, nadi teraba kuat,dan teratur. Ictus cordis tidak teraba, tidak ada nyeri dada, akral hangat, CRT: < 2 detik. Auskultasi: Irama jantung: regular, bunyi jantung: S1 - S2 tunggal, gallop tidak ada, murmur tidak ada. S: 36.9 °C, TD: 120/80 mmHg. Map: 93.

Pada pemeriksaan fisik B2 (Blood) menurut (Brunner dan Suddrath, 2014) didapat data, tekanan darah dapat normal atau hipertensi (kadang terlihat sebagai respon nyeri), hipotensi (respon terhadap kehilangan darah), takikardi, CRT melambat, bunyi jantung normal, kulit dan membrane mukosa pucat.

Menurut penulis didalam pengkajian tidak ada didapatkan kelainan pada system B2 (*Blood*) biasanya ditemukan gangguan pada system ini jika memiliki Riwayat penyakit sebelumnya seperti hipertensi dan kolesterol.

3. B3 (*Brain*)

Pada pengkajian B3 didapatkan GCS 456, kesadaran: composmentis, tidak ada jejas, tidak ada paralisis.

Pada pemeriksaan fisik B3 (*Brain*) menurut (Dharmaphala and Mirah, 2022) tidak ditemukan adanya kelainan, tidak ada penurunan kesadaran dengan nilai GCS 4-5-6, tidak ada kejang, tidak ada kelainan nervus cranialis, tidak ada nyeri kepala.

Menurut penulis didalam pengkajian tidak ada didapatkan kelainan pada system B3 (*Brain*) ini sesuai keluhan pasien tidak ditemukan kelainan, namun tidak menutup kemungkinan disistem ini dapat terganggu pada masalah fraktur yang komplek atau multiple.

4. B4 (*Bladder*)

Pada pemeriksaan system perkemihan pasien mengatakan BAK ± 5 x/hari sebelum MRS menggunakan pispot, tidak ada nyeri tekan, pasien tidak terpasang kateter, suara kandung kemih pekak.

Pada pemeriksaan fisik B4 (*Bladder*) menurut (Dharmaphala and Mirah, 2022) pada sistem perkemihan tidak ada kelainan pada kencing pasien tidak

mengalami gangguan, warna urin jernih, buang air kecil 3-4 x/hari, tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih.

Menurut penulis didalam pengkajian tidak didapatkan kelainan pada system B4 (*Bladder*) ini sesuai keluhan pasien tidak ada gangguan pada system perkemihan.

5. B5 (*Bowel*)

Pada pemeriksaan B5 didapatkan mukosa bibir kering, mulut bersih, tidak ada perdarahan pada mulut dan gusi, tidak terpasang NGT, ada reflek menelan, tidak mual muntah, makan habis ½ porsi, Bentuk abdomen pasienn simetris, bising usus 15 x/menit dan saat diperkusi terdengar suara timpani, tidak ada nyeri tekan pada abdomen, tidak teraba pembesaran hati dan limfa.

Pada pemeriksaan fisik B5 (*Bowel*) menurut (Dharmaphala and Mirah, 2022) Keadaan mulut bersih, mukosa lembab, keadaan abdomen normal tidak asites. Tidak ada nyeri tekan atau massa pada abdomen normal suara tympani peristaltik normal.

Menurut penulis didalam pengkajian system B5 (*Bowel*) tidak ada didapatkan kelainan pada system pencernaan, namun sesuai pengalaman yang di temukan pasien lain yang mengalami fraktur dengan keluhan nyeri biasanya nafsu makan menurun karena terdistraksi oleh nyeri yang dirasakan

6. B6 (*Bone*)

Pasien mengatakan kemampuan pergerakan tangan kiri terbatas, aktifitas dibantu oleh keluarga pasien mengalami masalah pada musculoskeletal kekuatan otot tidak maksimal. Pada saat inspeksi terdapat luka post operasi tertutup kasa dan

di balut dengan elastis banded, pada ekstremitas bawah tidak mengalami keterbatasan anggota gerak, Terpasang infus di tangan kanan.

5555	5333
5555	5555

Pada pemeriksaan fisik B6 (Bone) menurut (Dharmaphala and Mirah, 2022) adanya luka bekas operasi, terbalut kassa steril dan di bebat, adanya perdarahan, kebutuhan perluh di bantu baik oleh perawat atau keluarga, adanya nyeri, hilangnya tonus otot dan hilangnya reflek, ROM terbatas, kekuatan otot menurun.

Menurut penulis didalam pengkajian system B6 (*Bone*) gangguan system ini sangat terganggu terutama ROM (Range Of Motion) atau rentan gerak menurun, dimana pasien mengalami keterbatasan gerak dan nyeri bengkak kemudian untuk pemulihan pasien yang telah dilakukan tindakan pembedahan sangat tergantung juga dengan latihan fisik yang harus dilakukan karena jika tidak dilakukan dapat menyebabkan kontraktur pada bagian tubuh yang mengalami fraktur.

7. Pola Aktivitas dan Latihan

Mandi : Pasien mengatakan sebelum MRS mandi 3x sehari , setelah MRS pasien selalu di seka oleh anaknya setiap pagi, Keramas: Pasien mengatakan sebelum MRS keramas 1x sehari , setelah MRS pasien tidak keramas, Berpakaian: Pasien mengatakan sebelum MRS mengganti pakaian sendiri yang kotor tiap hari, setelah MRS tiap hari mengganti pakaian yang kotor dibantu oleh anaknya, Sikat Gigi : Pasien mengatakan sebelum MRS setiap hari selalu menyikat giginya, setelah MRS menyikat gigi 1x sehari, Memotong kuku : Pasien mengatakan sebelum MRS rajin memotong kuku, setelah MRS tidak pernah memotong kuku, kuku tampak bersih

Dari hasil pengkajian jika dikaitkan dengan penelitian (Wahid, 2013) bahwa pasien akan mengalami perubahan atau gangguan pada personal hygiene, misalnya kebiasaan mandi terganggu karena geraknya terbatas, rasa tidak nyaman, ganti pakaian, BAB dan BAK memerlukan bantuan orang lain, merasa takut akan mengalami kecacatan dan merasa cemas dalam menjalani penatalaksanaan kesehatan untuk membantu penyembuhan tulang karena kurangnya pengetahuan.

Penulis berpendapat bahwa perawatan diri pasien perlu dibantu orang lain dikarenakan pasien cepat lelah saat beraktivitas berat dan supaya bisa mempercepat untuk kesembuhan dan memperbaiki keadaan pasien.

8. Pola istirahat dan Tidur

Istirahat tidur: pasien mengatakan sebelum sakit tidur siang \pm 2 jam 12.00-14.00 WIB, tidur malam \pm 7jam 21.00-04:00 WIB. Setelah sakit tidur Siang: tidur siang \pm 1 jam 13.00-14.00 WIB, tidur malam \pm 8 jam 20.00-04:00 WIB

Semua pasien fraktur timbul rasa nyeri, keterbatasan gerak, sehingga hal ini dapat mengganggu pola dan kebutuhan tidur pasien. Selain itu juga pengkajian dilaksanakan pada lamanya tidur, suasana lingkungan, kebiasaan tidur, dan kesulitan tidur serta penggunaan obat tidur (Wahid, 2013).

9. Pola Nutrisi metabolic

Pada pengkajian pola nutrisi Pasien mengatakan makan habis $\frac{1}{2}$ porsi, Pasien mengatakan di rumah sakit minum sebanyak 5-6 gelas per hari (\pm 1500 cc) terdiri dari air putih, teh manis.

Pada pasien fraktur harus mengkonsumsi nutrisi melebihi kebutuhan sehari-harinya seperti kalsium, zat besi, protein, vitamin C dan lainnya untuk membantu proses penyembuhan tulang dan biasanya pada partisipan yang mengalami fraktur

bisa mengalami penurunan nafsu makan bisa juga tidak ada perubahan (Wahid, 2013).

Penulis berpendapat bahwa mengkonsumsi nutrisi seperti protein, zat besi, kalsium dan vitamin C dapat mempercepat penyembuhan tulang.

10. Pola Eliminasi

Pasien mengatakan BAK $\pm 5x$ /hari sebelum MRS menggunakan pispot, tidak terpasang kateter, warna kencing sebelum dan sesudah sakit kuning jernih, bau urine amoniak.

Pada kasus fraktur radius ulna biasanya tidak ada gangguan pada eliminasi, tetapi walaupun begitu perlu juga kaji frekuensi, konsistensi, warna serta bau fases pada pola eliminasi alvi. Sedangkan pada pola eliminasi uri dikaji frekuensi kepekatannya, warna, bau, dan jumlah. Pada kedua pola ini juga dikaji ada kesulitan atau tidak (Wahid, 2013).

4.1.4 Pemeriksaan Penunjang

Pada tinjauan kasus hasil pemeriksaan darah lengkap didapatkan hasil Leukosit H **16.12** $10^3/\mu\text{L}$, Hemoglobin L 11.90 gr/dl, Hematokrit L **36.30** %, Eritrosit $4.78 \cdot 10^3/\mu\text{L}$, Trombosit $326 \cdot 10^3/\mu\text{L}$, GDA 169 mg/dl. Pada pemeriksaan darah yang abnormal dapat memicu terjadinya proses infeksi pada pasien dengan dilakukan tindakan prosedur invansif, Leukosit atau sel darah putih ini merupakan bagian dari sistem kekebalan tubuh yang berfungsi untuk melindungi diri dari infeksi atau penyakit. leukosit yang tinggi atau Leukositosis adalah suatu kondisi saat seseorang memiliki jumlah sel darah putih (leukosit) lebih dari batas atas nilai normal.

Pemeriksaan radiologi Hasil foto rontgen tanggal 23 November 2022 Pukul 08.30 WIB terjadi “Fraktur tertutup Tulang Radius ulna Sinistra 1/3 distal”. Kemudian Hasil foto rontgen setelah dilakukan Tindakan operasi tanggal 28 November 2022 Pukul 10.30 “Post Op Orif Close Fraktur tulang radius unla sinistra 1/3 distal terpasang internal fiksasi non union”. Internal fiksasi non union adalah *internal fixation* non union adalah untuk memperbaiki *alignment* tulang dalam 6-8 bulan sehingga memungkinkan penyembuhan fraktur berupa *union* tulang dan memastikan fungsi kembali baik

4.1.5 Pemberian Terapi

Pada tinjauan kasus terapi farmakologis untuk Ny. N yakni mendapatkan terapi Infus Nacl 0,9 % Menambah cairan dalam tubuh, Injeksi Cefoprazone Sulbactam 2x1 gr/iv Antibiotik antibiotik yang digunakan untuk menangani beragam penyakit yang disebabkan oleh infeksi bakteri, seperti infeksi saluran pernapasan, infeksi organ di dalam perut, meningitis, septikemia, infeksi saluran kemih, atau infeksi tulang dan sendi., Injeksi Ketorolac 3x30 mg/iv Menghambat produksi prostaglandin, suatu zat yang memicu rasa nyeri, peradangan, dan demam dan Injeksi Ranitidin 3x50 mg/iv Menurunkan sekresi asam lambung.

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.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Prosedur operasi)

(D.0077)

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (D.0054)
3. Risiko Infeksi dibuktikan dengan faktor risiko (D.0142)

Dari diagnose atas yang muncul pada kasus Ny. N yaitu:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) (D.0077)

Dalam pengkajian pasien sesuai data dari (SDKI, 2017) mengeluh nyeri, Tampak meringis, bersikap protektif, Gelisah, Frekuensi nadi meningkat, Sulit tidur, Tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, menarik diri. Menurut penulis kondisi yang dialami Ny. N mengalami mengatakan nyeri habis operasi, tampak lemah, meringis dan gelisah Post Operasi ORIF Close Fraktur Radius Ulna Sinistra 1/3 distal terpasang internal fiksasi non union, pasien mengatakan nyeri pada tangan kiri, P: Nyeri tangan kiri luka operasi, Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk, R : Nyeri pada tangan kiri S: Skala nyeri 7 T: Hilang timbul selama 2-5 detik. Kesadaran pasien composmentis, GCS 456.

Pasien terlihat belum mampu mengangkat tangan kiri akibat nyeri yang dirasakan, hal ini sejalan dengan penelitian (Antoni, 2019) bahwa post operasi fraktur tertutup biasanya disertai dengan perasaan nyeri, posisi tulang yang tidak alami, deformitas, grepitus, dan gangguan sensasi, adanya trauma dapat menyebabkan kerusakan jaringan sehingga mediator kimia prostaglandin banyak diproduksi dan menimbulkan rasa nyeri.

Menurut penulis gejala nyeri sangat umum di alami oleh pasien yang mengalami post op fraktur, namun biasanya perawat berkolaborasi dengan dokter dan tim medis lainnya untuk membantu mengurangi nyeri dengan pemberian obat

analgesic yaitu Ketorolac 3x30 mg yang menghambat produksi prostaglandin, suatu zat yang memicu rasa nyeri, peradangan, dan demam sesuai kondisi pasien.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (D.0054)

Dalam pengkajian pasien sesuai data dari (SDKI, 2017) didapatkan data sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, rentan gerak (ROM) menurun, Nyeri saat bergerak, sendi kaku, gerakan terbatas, fisik lemah. Menurut penulis kondisi yang dialami Ny. N mengalami kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, gerakan terbatas.

Hal sejalan dengan penelitian (Purnama et. al., 2021) Gangguan mobilitas fisik merupakan suatu keadaan dimana seseorang tidak dapat bergerak secara bebas karena kondisi yang mengganggu pergerakan (aktivitas), misalnya mengalami trauma tulang belakang, cedera otak berat disertai fraktur pada ekstremitas. Penyebab gangguan mobilitas fisik karena terjadi trauma pada sistem muskuloskeletal yang menyebabkan gangguan pada otot dan skeletal. Pengaruh otot terjadi karena pemecahan protein terus menerus sehingga kehilangan massa tubuh di bagian otot.

Menurut penulis post operasi fraktur dengan masalah gangguan mobilitas fisik mengalami penurunan massa otot tidak mampu mempertahankan aktivitas tanpa peningkatan kelelahan, massa otot semakin menurun karena otot tidak dilatih sehingga menyebabkan atrofi sehingga pasien tidak mampu bergerak terus menerus, Penatalaksanaan yang dilakukan pada pasien post operasi fraktur ekstremitas atas yang mengalami gangguan mobilitas fisik yaitu dengan diberikannya latihan rentang gerak. Latihan rentang gerak tersebut salah satunya

mobilisasi persendian yaitu dengan latihan ROM (range of motion) merupakan istilah baku untuk menyatakan batas atau besarnya gerakan sendi baik dan normal. ROM juga digunakan sebagai dasar untuk menetapkan adanya kelainan atau untuk menyatakan batas gerakan sendi yang abnormal. Sebagaimana telah disinggung sebelumnya, dikenal gerakan sendi aktif dan pasif.

3. Risiko Infeksi dibuktikan dengan faktor risiko (D.0142)

Dalam pengkajian pasien sesuai data dari (SDKI, 2017) didapatkan data faktor risiko penyakit kronis, efek prosedur invansif, malnutrisi, peningkatan paparan organisme patogen lingkungan. Menurut penulis kondisi yang dialami Ny. N mengalami efek prosedur invansif dengan luka tertutup kassa, tidak ada rembesan cairan di kassa tertutup, akral hangat, suhu aksila 36.9°C , tidak ada demam, hasil leukosit $16.12 \cdot 10^3/\text{UL}$ (4.00-10.00).

Hal ini sejalan dengan penelitian (Ningrum, 2019) Sistem pertahanan tubuh rusak bila ada trauma pada jaringan. Pada trauma orthopedic infeksi dimulai pada kulit (superficial) dan masuk ke dalam. Ini biasanya terjadi peningkatan pemeriksaan darah lengkap yang tidak normal kasus ini terjadi fraktur terbuka atau tertutup, tapi bisa juga karena penggunaan bahan lain dalam pembedahan seperti pin dan plat.

Menurut penulis berasumsi adanya luka operasi dimana dilakukan pembedahan, maka adanya mikroorganisme yang masuk pada jaringan yang akan direspon tubuh mengeluarkan fagositosis, hal ini di tandai dengan meningkatnya leukosit dalam darah sebagai mekanisme pertahanan tubuh, bila tubuh gagal mempertahankan lokasi daerah luka, maka memungkinkan terjadinya infeksi akibat

adanya luka operasi yang dapat menimbulkan komplikasi apabila tidak dilakukan perawatan dengan benar.

4.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan merupakan suatu penyusunan tindakan keperawatan yang akan dilakukan untuk menanggulangi masalah sesuai diagnosa keperawatan (Darmawan, 2016). Pada perencanaan tujuan dan kriteria hasil dan intervensi dibuat berdasarkan standart SDKI yang disesuaikan kondisi nyata pasien.

1. Diagnosa 1: Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Prosedur operasi)

Tujuan Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, frekuensi nadi membaik (normalnya 60-100 x/mnt).

Pelaksanaan intervensi keperawatan masalah nyeri akut yang telah dibuat:

- 1) Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
Rasional : Mengetahui tingkat nyeri pasien, 2) Mengidentifikasi respon nyeri non verbal
Rasional: Mengetahui respon pasien, pasien tampak gelisah dan meringis, 3) Memfasilitasi istirahat dan tidur, Rasional: Istirahat yang cukup dapat mengendalikan perasaan nyeri 4) Mengajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri dengan relaksasi teknik nafas dalam distraksi dengan menonton youtube dan bercerita, Rasional: Teknik non farmakologi mengurangi rasa nyeri yang diderita pasien, 5) Mengkolaborasi pemberian analgesik Inj. Ketorolak 30 mg/iv. Rasional: Pemberian analgesik dapat mengurangi rasa nyeri pada pasien

2. Diagnosa 2: Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

Tujuan Setelah dilakukan intervensi keperawatan selam 3x24 jam maka mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil pergerakan aktivitas meningkat, kekuatan otot meningkat, nyeri menurun, kelainan fisik menurun.

Pelaksanaan intervensi keperawatan masalah mobilitas fisik yang telah dibuat: 1) Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik, Rasional: Mengetahui keluhan fisik pasien 2) Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, Rasional: Mengetahui kondisi umum pasien 3) Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, Rasional: Keluarga mampu membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, 4) Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, Rasional: Menambah informasi terkait mobilisasi dini 5) Mengajarkan melakukan mobilisasi sederhana, Rasional: Untuk melatih otot-otot pergerakan.

3. Diagnosa 3 : Risiko Infeksi dibuktikan dengan faktor risiko (D.0142)

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil nyeri menurun, kemerahan menurun, bengkak menurun, demam menurun.

Pelaksanaan intervensi keperawatan masalah risiko infeksi yang telah dibuat. 1) Memonitor tanda dan gejala infeksi, Rasional: Mengetahui adanya infeksi 2) Mempertahankan Teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi, Rasional: Teknik aseptik membantu mempercepat penyembuhan luka 3) Menjelaskan tanda dan gejala infeksi, Rasional: Menambah informasi terkait penyakit yang diderita pasien 4) Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar, Rasional: Untuk mengurangi

resiko infeksi 5) Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi, Rasional: Asupan nutrisi untuk menambah energi dan mempercepat penyembuhan luka 6) Mengkolaborasi pemberian antibiotik Inj. Cefoprazone Sulbactam 1 gr/iv, Rasional: Pemberian antibiotik untuk mengobati infeksi terhadap bakteri.

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.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Prosedur operasi)

Tindakan yang dilakukan pada pasien adalah dengan manajemen nyeri, hal ini perlu dilakukan untuk pemantauan untuk penurunan nyeri akut yang terjadi pada pasien pasca operasi. Menentukan lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri pasien mengatakan nyeri pada tangan kiri pada saat aktivitas, rasanya seperti ditusuk-tusuk dengan durasi hilang timbul, Mengidentifikasi skala terdapat skala nyeri 7 (1-10), Mengidentifikasi respon nyeri non verbal, pasien tampak lemah, meringis dan gelisah, Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri pasien dapat mengikuti relaksasi nafas dalam dengan baik, dan distraksi dengan bercerita dan menonton youtube. Menjelaskan penyebab priode dan pemicu nyeri pasien sudah memahami nyeri yang dirasakan ini akibat luka oprasi, Mengkolaborasi pemberian analgesic, pemberian analgesic inj. Ketorolac 3x30 mg/iv yang menghambat produksi prostaglandin, suatu zat yang memicu rasa nyeri, peradangan, dan demam.

Hal ini sejalan dengan penelitian dari (Piras et al., 2011) Nyeri merupakan perasaan yang sangat tidak menyenangkan dan sensasi yang tidak dapat dibagi dengan orang lain, nyeri dapat memenuhi pikiran seseorang, mengarahkan semua aktivitas, dan mengubah kehidupan seseorang. Nyeri lebih dari sekadar sebuah gejala, nyeri merupakan masalah yang berprioritas tinggi.

Menurut penulis pasien yang mengalami fraktur pasca operasi mengalami nyeri akut, Nyeri pada pasien pasca operasi fraktur juga dapat diakibatkan oleh fraktur terbuka atau tertutup yang mengenai serabut saraf sehingga menimbulkan gangguan rasa nyaman nyeri dan dapat terjadi neurovaskuler yang menimbulkan nyeri gerak sehingga mobilitas fisik terganggu. Impuls nyeri dapat diatur dan dihambat oleh mekanisme pertahanan disepanjang sistem saraf pusat, dimana impuls nyeri dihantarkan saat sebuah pertahanan dibuka dan impuls dihambat saat sebuah pertahanan tertutup. Nyeri ini timbul dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

Tindakan yang dilakukan pada pasien adalah dengan manajemen nyeri, hal ini perlu dilakukan untuk pemantauan untuk penurunan nyeri akut yang terjadi pada pasien pasca operasi. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik, Rasional: Mengetahui keluhan fisik pasien. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, Menganjurkan melakukan mobilisasi sederhana.

Hal ini sejalan dengan penelitian (Ihtisan, 2017) pasca operasi fraktur mengakibatkan terjadinya keterbatasan gerak (hambatan mobilitas), terutama di

daerah sendi yang terjadi fraktur dan sendi yang ada di daerah sekitarnya. Karena keterbatasan gerak tersebut mengakibatkan terjadinya keterbatasan lingkup gerak sendi dan mengakibatkan terjadinya gangguan pada fleksibilitas sendi, Terjadinya gangguan fleksibilitas sendi akibat suatu keadaan kelainan postur, gangguan perkembangan otot, kerusakan system saraf pusat, dan trauma langsung pada system musculoskeletal, misalnya fraktur yang menimbulkan respon nyeri pada daerah yang.

Menurut penulis pada pasien fraktur pasca operasi mengalami gangguan mobilitas fisik Pengaruh imobilisasi salah satunya adalah gangguan mobilitas fisik sementara maupun permanen yang ditunjukkan dengan kehilangan daya tahan, penurunan massa otot, dan keterbatasan ruang lingkup gerak sendi akibat nyeri yang dirasakan.

3. Risiko Infeksi dibuktikan dengan faktor risiko

Tindakan yang dilakukan pada pasien adalah dengan manajemen nyeri, hal ini perlu dilakukan untuk pemantauan untuk penurunan nyeri akut yang terjadi pada pasien pasca operasi. Memonitor tanda dan gejala infeksi, Mempertahankan Teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi, Menjelaskan tanda dan gejala infeksi, Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar, Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi, Mengkolaborasi pemberian antibiotik Inj. Cefoprazone Sulbactam 1 gr/iv Antibiotik kombinasi untuk mengobati infeksi pukul 16.00 WIB sesuai kondisi pasien.

Hal ini sejalan dengan penelitian (Putri et. al, 2019) Pencegahan infeksi post operasi dengan operasi bersih terkontaminasi, terkontaminasi dan beberapa operasi bersih dengan menggunakan anti mikroba profilaksis diakui sebagai prinsip bedah.

Antibiotic bertujuan mengontrol dan mencegah penyebaran infeksi post operasi. Selain itu pengobatan dengan antibiotik juga memiliki tujuan yaitu untuk mengurangi jumlah bakteri yang ada pada jaringan mukosa yang mungkin muncul pada luka post operasi. Pasien juga mungkin diberikan obat-obatan untuk mengurangi sakit, pembengkakan, atau demam.

Menurut penulis pada pasien fraktur pasca operasi mengalami risiko infeksi karena terdapat luka post operasi dan dilakukan Tindakan pembedahan, kemudian terjadi tanda nilai darah lengkap yang tidak abnormal maka perlu diberikan pemberian antibiotik untuk mencegah terjadinya risiko infeksi.

4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Prosedur operasi)

Evaluasi keperawatan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat nyeri menurun. Masalah teratasi sebagian di tanggal 30 november 2022. Intervensi yang tetap dilanjutkan yaitu Mengajarkan teknik non farmakologis dengan relaksasi nafas dalam, dan distraksi dengan menonton youtube dan bercerita dan pemberian injeksi ketorolac 3x30 mg/iv.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

Evaluasi keperawatan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka mobilitas fisik meningkat. Masalah teratasi sebagian di tanggal 30

november 2022. Intervensi yang tetap dilanjutkan yaitu Melibatkan keluarga untuk membantu aktivitas pasien dan mengajarkan mobilisasi sederhana dengan menggerakkan jari-jari tangan

3. Risiko Infeksi dibuktikan dengan faktor risiko

Evaluasi keperawatan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat infeksi menurun. Masalah teratasi sebagian di tanggal 30 november 2022. Intervensi yang tetap dilanjutkan yaitu menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan pemberian antibiotik Inj. Cefoprazone sulbactam 2x1 gr/iv, Inj. Ranitidin 3x50 mg/iv

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada pasien Ny. N dengan diagnosis medis Post Op Close Fraktur Radius Ulna Sinistra Hari Ke-0 Di Ruang C1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis bisa menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

5.1 Simpulan

1. Pengkajian

Pengkajian pada Ny. N didapatkan post operasi close fraktur radius ulna mengeluh nyeri pada tangan kiri P: Nyeri tangan kiri luka operasi, Q: Nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: Nyeri tangan kiri, S: Skala nyeri 7 (1-10), T: Hilang timbul selama 2-5 detik, Kesadaran Composmentis, GCS 456 TD : 120/80 mmHg, N: 80 x/mnt, S: 36,9⁰C, RR: 19 x/mnt dan SpO₂ : 99 %, pasien tampak gelisah dan meringis, gerakan ekstremitas terbatas, kekuatan otot menurun, terdapat luka post operasi tertutup kasa dan pemeriksaan DL yang abnormal, sehingga mengangkat diagnose keperawatan Nyeri akut, Gangguan Mobilitas fisik dan Risiko Infeksi.

2. Diagnosa masalah

Masalah keperawatan yang muncul Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Prosedur operasi), Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, Risiko Infeksi dibuktikan dengan faktor risiko

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang 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 dengan memaanajemen nyeri, melatih ROM.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan pada pasien dengan masalah keperawatan Nyeri akut, gangguan mobilitas fisik dan risiko infeksi, namun intervensi keperawatan tetap dipertahankan.

5. Evaluasi keperawatan

Pada akhir evaluasi semuanya dapat dicapai karena dengan kerjasama yang baik antara pasien, keluarga, perawat ruangan dan tim kesehatan lain. Hasil evaluasi Ny. N sudah sesuai dengan waktu yang lebih cepat yaitu 3x24 jam. masalah teratasi.

6. Pendokumentasian

Pendokumentasian tindakan keperawatan dilakukan tertulis dalam catatan Rekam medis pasien pada Ny. N.

5.2 Saran

Kesimpulan di atas penulis memberikan saran sebagai berikut:

1. Pasien Ny. N hendaknya patuh minum obat, rutin kontrol, menjaga asupan makanan yang mengandung tinggi protein dan meningkatkan konsumsi air

setiap harinya untuk mempercepat proses penyembuhan dan mencegah infeksi.

2. Perawat ruang C1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, keterampilan serta bekerjasama dengan tim kesehatan lainnya dengan meningkatkan pelayanan dan memberikan asuhan keperawatan pada pasien terutama pada pasien fraktur.
3. RSPAL dr. Ramelan Surabaya dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang professional hendaknya selalu menjaga sterilisasi untuk mencegah infeksi sebagai salah satu dari upaya peningkatan mutu pelayanan keperawatan.
4. Penulis selanjutnya diharapkan dapat menjadi referensi atau gambaran untuk melakukan penelitian selanjutnya yang berhubungan dengan Post Operasi ORIF Close Fraktur Radius Ulna.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditya, I.K. and Suranada, I.W., 2018. Tinjauan Akut, Mekanisme Nyeri. *Sains*, 2(1), pp.1–15.
- Aini, L.& and Reskita, R., 2018. Pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan nyeri pada pasien fraktur. *Jurnal Kesehatan*, 9(2), pp.262–266.
- Antoni, G.K., 2019. ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. M DENGAN POST ORIF EC FRAKTUR FEMUR DI RUANGAN TRAUMA CENTER IRNA BEDAH RSUP Dr. M. DJAMIL PADANG. *Poltekkes Kemenkes Padang*, p.72.
- Brunner dan Suddarth, 2014. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
- Dharmaphala, E. and Mirah, P.I., 2022. Distal Radius Akibat Trauma Energi Rendah. 2(1), pp.57–65.
- Gemilang, A.P., Setiawati, T. and Program, M.P., 2021. Fraktur tertutup 1/3 media radius ulna dextra dan vulnuslaceratum regio femur dextradengan masa rawat inap 22 hari:laporankasus. 3(1), pp.72–77.
- Ihtisan, A.H., 2017. Upaya Peningkatan Mobilitas Fisik pada Pasien Post ORIF Fraktur Femur Sinistra. *Publikasi Ilmiah FIK Universitas Muhammadiyah Surakarta*.
- Ihza, M.A.B., Tekwan, G. and Mu'ti, A., 2022. Gambaran Karakteristik Fraktur Radius Dital di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2017-2019. *Jurnal Sains dan Kesehatan*, 4(2), pp.161–167.\
- Ningrum, F.S., 2019. Program studi diiii keperawatan akademi keperawatan kerta cendekia sidoarjo 2019.
- Nugroho, M.D., 2015. Penatalaksanaan Neglected Close Fracture 1 / 3 Proximal Tibia Dextra pada Seorang Wanita Berusia 47 Tahun. *Medula Unila*, 4(1), pp.1–5.
- Piras, L., Cappellari, F., Peirone, B. and Ferretti, A., 2011. Treatment of fractures of the distal radius and ulna in toy breed dogs with circular external skeletal fixation: A retrospective study. *Veterinary and Comparative Orthopaedics and Traumatology*, 24(3), pp.228–235.
- Purnama et. al., 2021. Asuhan Keperawatan Tn. D dengan Post Operasi Orif Fraktur Antebrachi Sinistra di RS Kardinah Tegal. *Jurnal Sosial Sains*, 1(9).
- Purnomo, E., 2019. Anatomi Fungsional. p.164.
- Putra Herwin Tri, 2018. Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Perawat Dalam Penatalaksanaan Pembidaian Pasien Fraktur Di Rs Bhayangkara Palembang 2018. *Jksp*, 1(2), pp.64–70.
- Putri et. al, 2019. Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi Fraktur

- Ekstremitas Bawah Dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik. pp.1–11.
- Science, M., 2015. Ipsilateral Segmental Fracture of Radius and Ulna , Treated With Closed Intramedullary Fixation : - Rare. (July), pp.98–99.
- Susanti, A.D., Dewi, S.R., Muhammadiyah, U., Timur, K. and Sendiri, P., 2022. Study of Knowledge Level and Behavior of Analgesic Drugs Swamedication in Patients in Pharmacy City of Samarinda. 4(3).
- Wardani, N.P., 2017. Manajemen Nyeri Akut. *Manajemen Nyeri Akut*, pp.57–69.
- Wilujeng, I.D., 2015. Korelasi Antara Panjang Tulang Radius dengan Tinggi Badan pada Pria. *J Agromed Unila*, Volume 2, pp.170–174.

Lampiran 1

CURRICULUM VITAE**DATA PRIBADI**

Nama : Nur Hidayanti
Tempat Tanggal Lahir : Magetan, 14 Agustus 1999
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Alamat : Ds. Dukuh RT 002/ RW 001 Kec. Lembeyan Kab.
Magetan
Email : nurhidayanti05@gmail.com
Nomor HP : 085856897906

PENDIDIKAN

2005-2006 : TK Dharma Wanita Dukuh Lembeyan
2006-2011 : SD Negeri 1 Dukuh Lembeyan
2011-2014 : SMP Negeri 1 Lembeyan
2014-2017 : SMK Kesehatan Bakti Indonesia Medika Ponorogo
2017-2020 : D3 Keperawatan Sidoarjo Poltekkes Kemenkes
Surabaya
2020-2022 : S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya
2022-Sekarang : Profesi Ners STIKES Hang Tuah Surabaya

Lampiran 2

MOTTO & PERSEMBAHAN**Motto**

“Angin tidak berhembus untuk menggoyangkan pepohonan,
melainkan menguji kekuatan akarnya.”

Persembahan

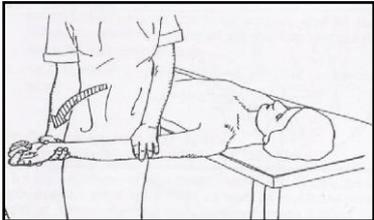
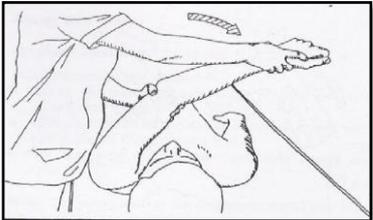
Alhamdulillah, atas rahmat dan hidayah-Nya, saya dapat menyelesaikan skripsi ini dengan baik. Hasil karyaku ini ku persembahkan untuk :

1. Allah Subhanahu Wa Ta’ala yang telah melimpahkan rahmat dan memberikan kesehatan sehingga skripsi ini dapat selesai tepat waktu.
2. Ayah dan Ibuku tersayang yang selalu mendoakan, memberikan kasih sayang, perhatian dan memberikan motivasi dalam belajar.
4. Sahabat kampus rasa saudara May Andriani, Aprilia Febri, Indah Nur dan Olivia Rachmaningrum yang selalu memotivasi tetap tegar dan sabar serta hadapi apapun rintangan yang ada didepan. Serta membantu dalam saya dalam menyusun karya tulis ilmiah ini
6. Untuk teman-teman profesi Ners tahun 2022/2023 terima kasih untuk kalian yang sudah berbagi ilmu satu sama lain.
7. Terima kasih untuk semua pihak yang telah membantu saya dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

Lampiran 3

STANDAR PROSEDURE OPERASIONAL**“RANGE OF MOTION”**

Judul SOP	<i>Range Of Motion</i>
Pengertian	<i>Range of motion</i> (ROM) adalah latihan dengan menggerakkan semua persendian sehingga mencapai rentangan penuh tanpa menyebabkan rasa nyeri.
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk memelihara dan mencegah penurunan fungsi pada persendian. 2. Untuk memelihara dan meningkatkan pergerakan sendi. 3. Untuk merangsang sirkulasi darah. 4. Untuk mencegah kelainan bentuk (deformitas) pada persendian. 5. Untuk memelihara dan meningkatkan kekuatan otot.
Indikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dengan tirah baring yang lama. 2. Stroke atau penurunan tingkat kesadaran. 3. Kelemahan otot. 4. Fase rehabilitasi fisik.
KontraIndikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dengan fraktur. 2. Klien dengan peningkatan tekanan intrakranial. 3. Trombus/emboli pada pembuluh darah. 4. Kelainan sendi atau tulang. 5. Klien fase imobilisasi karena kasus penyakit (jantung).
Macam-macam Gerakan ROM	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fleksi: gerakan mengurangi sudut antara dua tulang yang bersambungan, menekuk anggota gerak. 2. Ekstensi: gerakan meningkatkan sudut antara dua tulang yang bersambungan 3. Hiperekstensi: gerakan bagian tubuh melewati posisi ekstensi istirahat normal. 4. Pronasi: gerakan bagian tubuh sehingga permukaan depan atau ventralnya menghadap kebawah 5. Supinasi: gerakan bagian tubuh sehingga permukaan depan atau ventralnya menghadap ke atas. 6. Abduksi: gerakan ekstremitas menjauh garis tengah tubuh 7. Adduksi: gerakan ekstremitas ke arah garis tengah tubuh 8. Rotasi internal: rotasi sendi kearah dalam 9. Rotasi eksternal: rotasi sendi ke arah luar. 10. Eversi: memutar bagian tubuh menjauh dari garis tengah. 11. Inversi: memutar bagian tubuh ke arah garis tengah. 12. Dorsi fleksi: fleksi jari kaki dan telapak kai ke atas. 13. Plantar fleksi: menekuk jari kaki dan telapak kaki ke bawah. 14. Oposisi: gerakan menyentuhkan ibu jari ke setiap jari-jari tangan pada tangan yang sama.
Persiapan Pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pastikan identitas klien 2. Kaji kondisi klien 3. Beritahu dan jelaskan pada klien atau keluarganya tindakan yang dilakukan

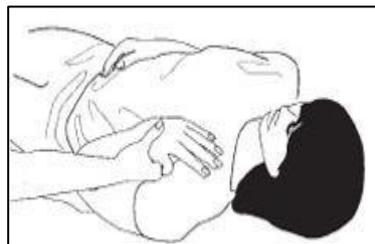
	<p>4. Jaga privacy klien</p> <p>5. Posisi klien : Tidur</p>
Persiapan Lingkungan	<p>1. Menjaga Privasi Klien</p> <p>2. Menutup gorden</p>
Persiapan Alat	<p>1. Tempat Tidur</p> <p>2. Sarung tangan</p> <p>3. Lotion/ Baby Oil</p>
Langkah-langkah (Sesuai Fase/Tahap)	<p>TAHAP KERJA:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beri tahu responden bahwa tindakan akan segera dimulai. 2. Cuci tangan. 3. Usapkan lotion pada tangan. 4. Posisikan responden senyaman mungkin. <p>A. Fleksi dan ekstensi bahu</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Tempatkan tangan kiri Anda di atas siku pasienn, kemudian tangan kanan memegang tangan pasien. b. Gerakkan lengan ke atas menuju kepala tempat tidur. c. Kembalikan lengan ke posisi semula. d. Ulangi latihan kurang lebih sampai 3 kali. <div style="display: flex; justify-content: space-around;">   </div> <p>B. Abduksi Dan Adduksi Bahu</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Tempatkan tangan kiri anda diatas siku pasien, kemudian tangan kanan memegang pergelangan tangan pasien b. Gerakan lengan responden menjauhi tubuh dan menuju kepala pasien sampai tangan diatas kepala c. Turunkan lengan pasien kemudian ayunkan lengan pasien menyilang tubuh ssejauh mungkin d. Ulangi latihan kurang lebih sampai 3 kali. <div style="display: flex; justify-content: space-around;">   </div> <p>C. Rotasi Interna Dan Eksterna Bahu</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Tempat kan tangan kanan anda diatas siku pasien, kemudian tangan kiri memegang pergelangan tangan pasien b. Letakan lengan disamping tubuh pasien sejajar dengan bahu dan siku membentuk sudut 90⁰ dengan kasur c. Gerakan lengan ke bawah hingga telapak tangan menyentuh kasur, kemudian gerakkan keatas hingga punggung tangan menyentuh tempat tidur

- d. Ulangi latihan kurang lebih dari 3 kali



D. Fleksi Dan Ekstensi Siku

- Tempatkan tangan kiri anda diatas siku pasien, kemudian tangan kanan memegang lengan bawah pasien
- Bengkokkan siku pasien hingga jari-jari tangan menyentuh dagu
- Luruskan kembali tangan pasien ke tempat semula
- Ulangi latihan kurang lebih dari 3 kali

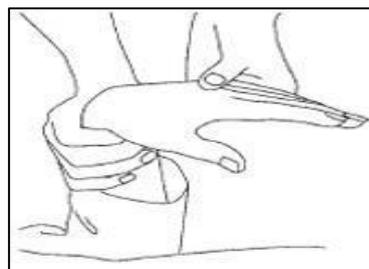


E. Supinasi Dan Pronasi Lengan Bawah

- Genggaman tangan pasien seperti orang yang sedang berjabat tangan
- Putar telapak tangan pasien kebawah dan keatas, pastikan terjadi pergerakan siku bukan bahu
- Ulangi latihan kurang lebih dari 3 kali

F. Fleksi Dan Ekstensi Pergelangan Tangan

- Pegangan tangan pasien dengan satu tangan dan tangan yang lainnya memegang pergelangan tangan
- Bengkokkan pergelangan tangan ke depan
- Bengkokkan pergelangan tangan ke belakang
- Ulangi latihan kurang lebih dari 3 kali



G. Fleksi Radial Dan Ulnar Pergelangan Tangan

- Pegang tangan pasien dengan satu tangan dan tangan yang lainnya memegang pergelangan tangan
- Bengkokkan pergelangan tangan secara lateral menuju ibu jari
- Bengkokkan pergelangan tangan secara lateral menuju kelingking
- Ulangi latihan kurang lebih dari 3 kali

**H. Sirkumduksi Pergelangan Tangan**

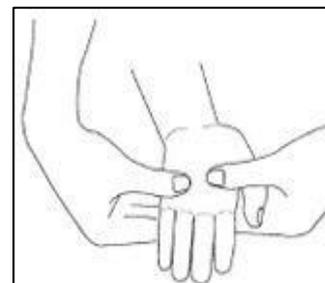
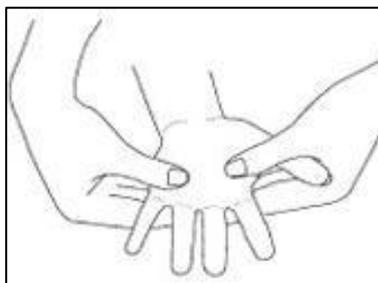
- Pegangan tangan pasien dengan satu tangan dan tangan yang lainnya memegang pergelangan tangan
- Gerakan pergelangan tangan dengan gerakan melingkan
- Ulangi latihan kurang lebih dari 3 kali

I. Fleksi Dan Ekstensi Jari-jari tangan

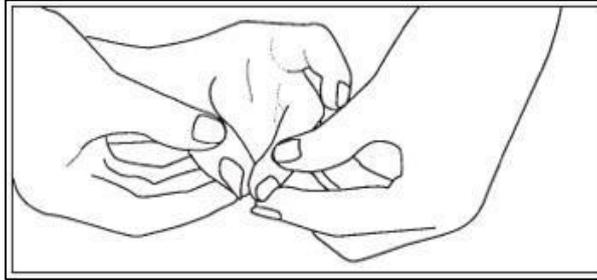
- Pegang jari-jari tangan pasien dengan satu tangan dan tangan lainnya memegang pergelangan tangan
- Tekuk jari-jari dan ibu jari ke arah telapak tangan
- Kembalikan jari-jari dan ibu jari ke posisi semula
- Ulangi latihan kurang lebih dari 3 kali

J. Abduksi Dan Adduksi Jari-jari tangan

- Pegang jari-jari pasien dengan satu tangan dan tangan lainnya memegang pergelangan tangan
- Regangkan jari-jari tangan pasien
- Kembalikan jari-jari tangan pasien ke posisi rapat
- Ulangi latihan kurang lebih dari 3 kali

**K. Oposisi Jari-jari Tangan**

- Pegang jari-jari tangan pasien dengan dua tangan
- Sentuhkan masing-masing jari tangan dengan ibu jari
- Ulangi latihan kurang lebih dari 3 kali

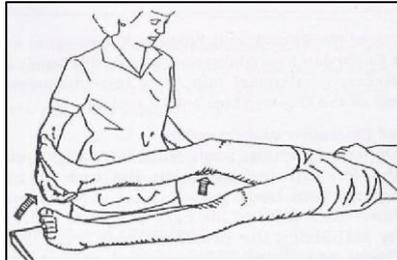


L. Sirkumduksi Ibu jari tangan

- Pegang ibu jari tangan dan tangan lainnya memegang pergelangan tangan
- Gerakan ibu jari dengan gerakan melingkar
- Ulangi latihan kurang lebih dari 3 kali

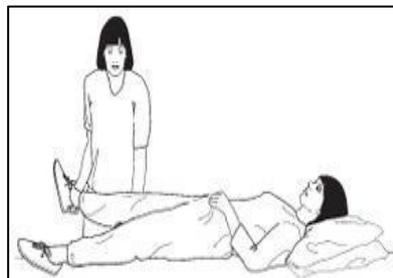
M. Fleksi Dan Ekstensi Lutut dan Panggul

- Letakan satu tangn dibawah lutut pasien dan tangan yang lainnya dibawah mata kaki pasien
- Angkat kaki dan bengkokkan lutut
- Gerakan lutut keatas menuju dada sejauh mungkin
- Kembalikan lutut kebawah, tegakkan lutut dan rendamkan kaki sampai pada kasur
- Ulangi latihan kurang lebih dari 3 kali



N. Abduksi dan Adduksi Panggul

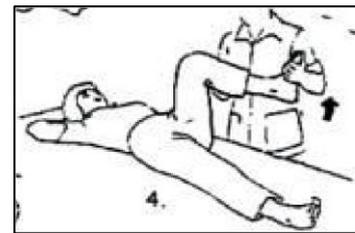
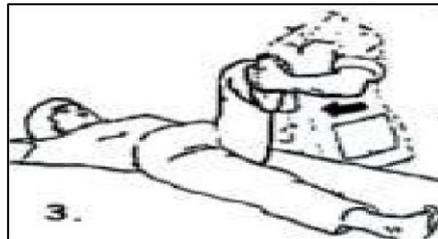
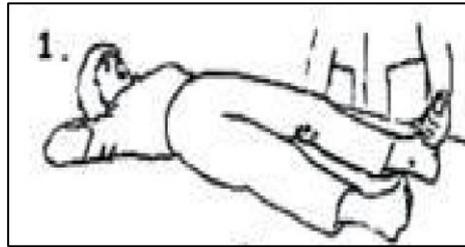
- Letakkan satu tangan dibawah lutut pasien dan tangan yang lainnya dipergelangan kaki pasien
- Kaki lurus di tempat tidur kemudian pindahkan kaki keluar kearah tepi tempat tidur
- Pindahkan kaki kearah tengah tempat tidur
- Ulangi latihan kurang lebih dari 3 kali



O. Rotasi Internal dan Eksternal Panggul

- Letakkan satu tangan dibawah lutut pasien dan tangan yang lainnya di telapak kaki pasien

- b. Angkay kaki dan putar kaki ke dalam dan keluar
- c. Ulangi latihan kurang lebih dari 3 kali



P. Dorsofleksi Pergelangan Kaki

- a. Letakkan satu tangan dibawah tumit pasien dan tangan lainnya di kaki pasien
- b. Tekan telapak kaki pasien dengan menggunakan lengan bawah perawat
- c. Ulangi latihan kurang lebih dari 3 kali

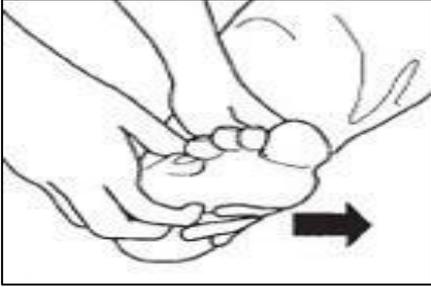
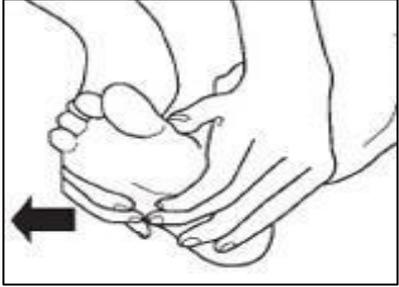
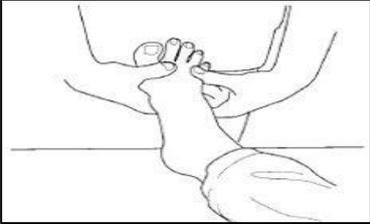


Q. Plantar Fleksi Pergelangan Kaki

- a. Letakkan satu tangan dibawah tumit pasien dan tangan lainnya di punggung kaki pasien
- b. Dorong punggung kaki pasien kearah bawah
- c. Ulangi latihan kurang lebih dari 3 kali

R. Inversi Dan Eversi Pergelangan Kaki

- a. Letakkan kedua tangan dikaki pasien
- b. Gerakkan telapak kaki kearah dalam dan luar
- c. Ulangi latihan kurang lebih dari 3 kali

	<div style="display: flex; justify-content: space-around;">   </div> <p>S. Fleksi Dan Ekstensi Jari-jari Kaki</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Letangan satu tangan dipergelangan kaki pasien dan tangan lainnya di jari-jari kaki b. Tekuk jari-jari kaki kearah bawah dan keatas c. Ulangi latihan kurang lebih dari 3 kali <div style="display: flex; justify-content: space-around;">   </div> <p>T. Abduksi dan Adduksi Jari-jari Kaki</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pegang jari-jari kaki dengan menggunakan kedua tangan b. Regangkan jari jari kaki dan kembalikan kaki ke posisi menutup. c. Ulangi latihan kurang lebih sampai 3 kali <div style="display: flex; justify-content: space-around;">   </div>
Evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memperhatikan Respon Pasien 2. Berikan reinforcement positif 3. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya 4. Mengakhiri kegiatan dengan baik
Referensi	<p>Kozier, dkk. 2010. <i>Fundamental keperawatan, vol 1</i>. Jakarta: EGC</p> <p>Potter Perry. 2005. <i>Fundamental keperawatan, edisi 4 volume 1</i>. Jakarta: EGC</p> <p>https://Informatics.med.nyu.edu/modules/pub/neurosurgery/motor.html</p>

Lampiran 4

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
TEKNIK MENGATASI NYERI

JUDUL SPO	Teknik relaksasi nafas dalam
PENGERTIAN	Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan kepaerawatan yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan
TUJUAN	Untuk mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh, kecemasan sehingga mencegah menghebatnya stimulasi nyeri
INDIKASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien yang mengalami stres 2. Pasien yang mengalami nyeri yaitu nyeri akut pada tingkat ringan sampai tingkat sedang akibat penyakit yang kooperatif 3. Pasien yang mengalami kecemasan 4. Pasien mengalami gangguan pada kualitas tidur seperti insomnia
PERSIAPAN PASIEN	<ol style="list-style-type: none"> 1 Memberi salam 2 Menanyakan adanya keluhan 3 Menjelaskan prosedur tindakan ke pasien atau keluarga 4 Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya 5 Menjaga privacy pasien 6 Memposisikan pasien dengan nyaman
PERSIAPAN LINGKUNGAN	Pastikan lingkungan bersih , tidak kotor dan tidak bau
PROSEDURE	<p>PRA INTERAKSI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membaca status klien 2. Mencuci tangan <p>INTERAKSI</p> <p>Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Salam : Memberi salam sesuai waktu 2. Memperkenalkan diri. 3. Validasi kondisi klien saat ini menanyakan kondisi klien dan kesiapan klien untuk melakukan kegiatan sesuai kontrak sebelumnya 4. Menjaga privasi klien 5. Kontrak. Menyampaikan tujuan dan menyepakati waktu dan tempat dilakukannya kegiatan <p>KERJA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya bila ada sesuatu yang kurang dipahami/ jelas 2. Atur posisi agar klien rileks tanpa adanya beban fisik, baik duduk maupun berdiri. Apabila pasien memilih duduk, maka bantu pasien duduk di tepi tempat tidur atau posisi duduk tegak di

	<p>kursi. Posisi juga bisa semifowler, berbaring di tempat tidur dengan punggung tersangga bantal.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Instruksikan pasien untuk melakukan tarik nafas dalam sehingga rongga paru berisi udara 4. Instruksikan pasien dengan cara perlahan dan hembuskan udara membiarkannya ke luar dari setiap bagian anggota tubuh, pada saat bersamaan minta klien untuk memusatkan perhatiannya pada sesuatu hal yang indah dan merasakan lega 5. Instruksikan pasien untuk bernafas dengan irama normal beberapa saat (1-2 menit) 6. Instruksikan pasien untuk kembali menarik nafas dalam, kemudian menghembuskan dengan cara perlahan dan merasakan saat ini udara mulai mengalir dari tangan, kaki, menuju keparu-paru dan seterusnya, rasakan udara mengalir keseluruh tubuh 7. Minta pasien untuk memusatkan perhatian pada kaki dan tangan, udara yang mengalir dan merasakan ke luar dari ujung-ujung jari tangan dan kaki kemudian rasakan kehangatannya 8. Instruksikan pasien untuk mengulangi teknik-teknik ini apabila rasa nyeri kembali lagi 9. Setelah pasien mulai merasakan ketenangan, minta pasien untuk melakukan secara mandiri 10. Ulangi latihan nafas dalam ini sebanyak 3 sampai 5 kali dalam sehari dalam waktu 5-10 menit <p>TERMINASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi hasil: kemampuan pasien untuk melakukan teknik ini 2. Memberikan kesempatan pada klien untuk memberikan umpan balik dari terapi yang dilakukan. 3. Tindak lanjut: menjadwalkan latihan teknik relaksasi banafas dalam 4. Kontrak: topik, waktu, tempat untuk kegiatan selanjutnya <p>DOKUMENTASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mencatat waktu pelaksanaan tindakan 2. Mencatat perasaan dan respon pasien setelah diberikan tindakan
Gambar	<p><i>Teknik napas dalam</i> BRETAKING MINDFULNESS</p> <p>Melakukan latihan teknik pernapasan secara rutin dan fokus dapat menurunkan tingkat stres dan meningkatkan ketenangan dan kenyamanan.</p> <p>PENTING 1. Carilah tempat atau lokasi yang tenang. 2. Duduk dengan nyaman.</p> <p>4 SEC 7 SEC 8 SEC</p>
REFERENSI	<p>Nilam, M. M. (2020). <i>Standar Prosedure Operasional Teknik Relaksasi Nafas Dalam Di Ruang Bedah Edelwies RSUD Dr.Soetomo Surabaya</i></p>

Lampiran 5

LEMBAR BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR
MAHASISWA PRODI PROFESI NERS STIKES HANGTUAH
SURABAYA
TAHUN AJARAN 2022/2023

Nama : Nur Hidayanti

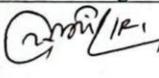
NIM : 2230082

Pembimbing institusi : Christina Yuliasuti, S.Kep., Ns., M.Kep

No	Hari/ Tanggal	Konsul/ Bimbingan	Nama Pembimbing	Tanda tangan
1.	Selasa 20 Desember 2022	Konsul Bab 3 / Askep	Christina Yuliasuti, S.Kep., Ns., M.Kep	
2.	Jum'at 13 - Januari 2023	Bimbingan Bab 1, Bab 2 Bab 3	Christina Yuliasuti S.Kep., Ns., M.Kep.	
3.	Selasa 17 Januari 2023	Bimbingan revisi Bab 1, Bab 2, Bab 3	Christina Yuliasuti, S.Kep., Ns., M.Kep	
4.	Rabu 18 Januari 2023	Bimbingan Bab 4, Bab 5	Christina Yuliasuti, S.Kep., Ns., M.Kep	
5	Kamis 19 Januari 2023	ACC Bimbingan Bab 1, Bab 2, Bab 3, Bab 4 dan Bab 5 lampiran Ujian Kia ACC	Christina Yuliasuti, S.Kep., Ns., M.Kep Christina Yuliasuti S.Kep., Ns., M.Kep	 

LEMBAR BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR
MAHASISWA PRODI PROFESI NERS STIKES HANGTUAH
SURABAYA
TAHUN AJARAN 2022/2023

Nama : Nur Hidayanti
 NIM : 2230082
 Pembimbing Lahan : Novi Indriyatie, S.Kep., Ns.

No	Hari/ Tanggal	Konsul/ Bimbingan	Nama Pembimbing	Tanda tangan
1.	Jum'at 30-12-2022	Bimbingan Bab 1 dan Bab 2.	Novi Indriyatie R, S. Kep., Ns.,	
2.	Jum'at 13-01-2023	Bimbingan revisi Bab 1 dan BAB 2, Bab 3	Novi Indriyatie R, S. Kep., Ns.,	
3.	Senin 16-01-2023	Bimbingan Bab 1, Bab 2, Bab 3, Bab 4, Bab 5 dan Lampiran	Novi Indriyatie R, S. Kep., Ns.,	
4.	Kamis 19-01-2023	ACC Ujian Kia	Novi Indriyatie R S. Kep., Ns.,	