

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Fraktur

2.1.1 Definisi Fraktur

Fraktur adalah kondisi terputusnya konstitusi antara jaringan tulang. Fraktur terjadi ketika tulang menjadi subjek tekanan yang lebih besar dari yang diserapnya. Fraktur dapat disebabkan oleh hantaman langsung, kekuatan yang meremukkan, gerakan memuntir yang medadak, atau bahkan karena kontraksi otot yang ekstrem. Ketika tukang patah, struktur disekitarnya juga terganggu, menyebabkan edema jaringan lunak, hemoragi ke otot dan sendi, dislokasi sendi, repture, tenton, gangguan saraf, dan kerusakan pembuluh darah (Sastra, 2017).

Fraktur merupakan suatu kondisi dimana penyebab gangguan mobilisasi dan nyeri pada pasien. Pada pasien fraktur akan dilakukan pembedahan atau operasi untuk menyambung kembali tulang yang patah. Setelah operasi, pasien akan mengalami suatu keadaan setelah pembedahan yang dimulai saat pasien dipindahkan keruangan pemulihan dan berakhir sampai evaluasi selanjutnya (transyah et al, 2021).

Fraktur adalah gangguan komplet atau tak komplet kontinuitas struktur tulang sesuai jenis dan keluasannya. Fraktur terjadi ketika tulang menjadi subjek tekanan yang besar dapat ditahannya (Brunner dan Suddart, 2017). Menurut (Bararah dan Jauhar 2013), fraktur adalah patahnya konstituitas tulang yang terjadi ketika tulang tidak mampu lagi menahan tekanan yang dihentikan kepadanya.

2.1.2 Etiologi

Penyebab terjadinya fraktur yaitu adanya hantaman langsung kekuatan dan keremukan ,gerakan memutir mendadak atau karena kontraksi otot yang ekstrem. Ketika tulang patah, struktur disekitarnya akan terganggu yang menyebabkan edema jaringan lunak,hemoraki ke otot dan sendi,dislokasi sendi , reptur tendon ,gangguan saraf dan kerusakan pembuluh darah. Organ tubuh dapat terluka akibat gaya yang di sebabkan fraktur atau fragmen fraktur (Brunner dan Suddart,2017).

Etiologi dan fraktur menurut Price dan Wilson (2015) ada 3 yaitu:

a. Cedera atau benturan

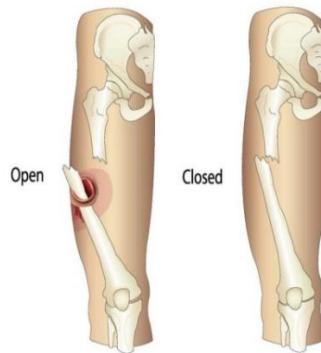
- 1) Cedera langsung berarti pukulan langsung terhadap tulang sehingga tulang patah secara spontan. Pemukulan biasanya menyebabkan fraktur melintang dan kerusakan pada kulit di atasnya.
- 2) Cedera tidak langsung berarti pukulan langsung berada jauh dari lokasi benturan, misalnya jauh dengan tangan berjulur dan menyebabkan fraktur klavikula.
- 3) Fraktur yang disebabkan kontraksi keras yang mendadak dari otot yang kuat.

b. Fraktur patologik Fraktur patologik terjadi pada daerah daerah tulang yang telah menjadi lemah oleh karena tumor, kanker dan osteoporosis. Fraktur beban Fraktur beban atau fraktur kelelahan terjadi pada orang orang yang baru saja menambah tingkat aktivitas mereka, seperti baru di terima dalam angkatan bersenjata atau orang orang yang baru mulai latihan lari.

2.1.3 Klasifikasi

a. Berdasarkan Tempat

Fraktur femur (tulang paha), Humerus (tulang lengan atas), Tibia dan Fibula (tulang kering dan tulang betis), Clavicula (tulang selangka), Radius dan ulna (tulang lengan bawah), Vertebra (tulang belakang), Scapula (tulang bahu), Phalanx (tulang jari kaki) dan yang lainnya.



Gambar 2.1 Macam-macam Fraktur

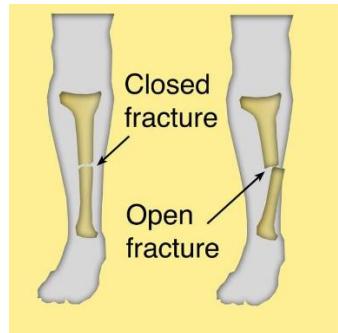
b. Berdasarkan komplit atau tidak komplit fraktur :

- 1) Fraktur komplit (garis patah melalui seluruh penampang tulang atau melalui kedua konteks tulang).
- 2) Fraktur tidak komplit (bila garis patah tidak melalui seluruh garis penampang tulang).

c. Berdasarkan komplit atau tidak komplit fraktur :

- 1) Fraktur Komunitif : fraktur dimana garis patah lebih dari satu dan saling berhubungan.
- 2) Fraktur Segmental : fraktur dimana garis patah lebih dari satu tapi tidak berhubungan.

- 3) Fraktur multiple : fraktur dimana garis patah lebih dari satu tapi tidak pada tulang yang sama.
- c. Berdasarkan posisi fragmen:
fragmen tulang yang juga disebut lokasi fragmen.
- d. Berdasarkan sifat fraktur (luka yang ditimbulkan)
 1. Fraktur Tertutup (*closed*) Bila tidak terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar, disebut juga fraktur bersih (karena kulit masih utuh) tanpa komplikasi pada fraktur tertutup ada klasifikasi tersendiri yang berdasarkan keadaan jaringan lunak sekitar trauma, yaitu :
 - a) Tingkat 0 : fraktur biasa dengan sedikit atau tanpa cedera jaringan lunak sekitarnya.
 - b) Tingkat 1 : fraktur dengan abrasi dangkal atau memar kulit dan jaringan subkutan.
 - c) Tingkat 2 : fraktur yang lebih berat dengan kontusio jaringan lunak bagian dalam pembengkakan.
 - d) Tingkat 3 : cedera berat dengan kerusakan jaringan lunak yang nyata dengan ancaman sindroma kompartement.



Gambar 2.2 fraktur terbuka dan tertutup

2. Fraktur Terbuka (*Open/Compound*) Bila terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar karena adanya permukaan kulit permukaan kulit
- Grade I : dengan luka bersih kurang dari 1 cm panjangnya kerusakan jaringan lunak yang ekstensif, fraktur komunitif sedang ada kontaminasi.
 - Grade II : luka dari 1cm panjangnya,tanpa kerusakan jaringan lunak yang ekstensif, fraktur komunitif sedang ada kontaminasi
 - Grade III : luka yang sangat terkontaminasi dan mengalami kerusakan jaringan lunak yang ekstensif, kerusakan meliputi otot, kulit dan struktur neuravaskuler.
 - Grade III ini dibagi lagi kedalam :
 - IIIA : fraktur grade III, tapi tidak membutuhkan kulit untuk menutupi lukanya
 - IIIB : fraktur grade III, hilangnya jaringan lunak, sehingga tampak jaringan tulang,dan membutuhkan kulit untuk tertutup (skin graft).
 - IIIC : fraktur grade III, dengan kerusakan arteri yang harus diperbaiki,dan beresiko untuk dilakukannya amputasi.



Gambar 2.3 Fraktur terbuka

f. Berdasarkan bentuk garis fraktur dan hubungan dengan mekanisme trauma :

1) Fraktur Transversal

Fraktur yang arahnya melintang pada tulang dan merupakan akibat trauma angulasi atau langsung.

2) Fraktur Oblik

Frakur yang arah garis patahnya membentuk sudut terhadap sumbu tulang dan merusakan akibat trauma angulasi juga.

3) Fraktur Spiral

Frakur yang arah garis patahnya berbentuk spiral yang disebabkan trauma rotasi

4) Fraktur Kompresi

Fraktur yang terjadi karena trauma aksial fleksi yang mendorong tulang ke arah permukaan lain.

5) Fraktur Avulsi

Fraktur yang diakibatkan karena trauma tarikan atau traksi otot pada insensinya pada tulang.



Gambar 2.4 Type-type fraktur

g. Berdasarkan kedudukan tulangnya :

- 1) Tidak adanya dislokasi
- 2) Adanya dislokasi
 - *At axis* : membentuk sudut
 - *At lotus* : fragmen tulang berjauhan
 - *At longitudinal* : berjalan memanjang
 - *At lotus cum contactosnum* : berjauhan dan memendek

h. Berdasarkan posisi fraktur

Sebatang tulang terbagi menjadi 3 bagian :

- a) 1/3 proksimal
- b) 1/3 medial
- c) 1/3 distal

i. Fraktur kelelahan

Fraktur akibat tekanan yang berulang ulang.

- j. Fraktur patologis
- k. Fraktur yang diakibatkan karena proses patologis tulang.

2.1.4 Manifestasi Klinis Fraktur

Fraktur atau patah tulang menimbulkan sejumlah gejala klinis yang khas dan dapat dikenali secara langsung melalui pemeriksaan fisik dan keluhan pasien. Manifestasi klinis ini muncul akibat gangguan pada kontinuitas tulang, serta respon tubuh terhadap trauma jaringan lunak di sekitarnya.

Menurut Smeltzer & Bare (2012) dalam buku Suriya & Zuriati (2019), gejala umum pada pasien fraktur meliputi:

- a. Nyeri berkelanjutan dan spasme otot Nyeri muncul segera setelah tulang patah, disertai spasme otot yang terjadi secara refleks untuk melindungi area yang cedera. Spasme ini bertindak sebagai bidang alami dan membatasi bidai akami dan membatasi pergerakan fragmen tulang.
- b. Gangguan fungsi ekstermitas setelah fraktur,tulang kehilangan fungsinya sebagai penopang otot, sehingga menyebabkan ketidakmampuan menggerakan ekstermitas. Fragmen tulang yang bergeser juga dapat menyebabkan perubahan bentuk ekstermitas.
- c. Pemendekan tungkai pada fraktur tulang panjang seperti femur ,terjadi pemendekan ekstermitas akibat kontraksi otot diatas dan dibawah lokasi patahan yang menarik fragmen tulang.
- d. Krepitasi Krepitasi adalah sensasi atau suara seperti gesekan tulang yang bisa dirasakan saat ekstermitas diperiksa dengan palpasi.Hal ini menunjukkan adanya pergeseran antar fragmen tulang.

e. Edema dan perubahan warna kulit

Perdarahan lokal dan kerusakan jaringan lunak menyebabkan pembengkakan dan memar (ekimosis). Gejala ini muncul dalam hitungan jam sehingga hari setelah trauma.

2.1.5 Patofisiologi

Fraktur terjadi akibat kekuatan eksternal yang melebihi kemampuan elastisitas tulang dalam menahan beban. Ketika tulang mengalami tekanan atau trauma yang kuat, struktur tulang akan pecah atau patah, dan ini menyebabkan terjadinya gangguan pada jaringan sekitarnya, termasuk otot, pembuluh darah, saraf, dan jaringan lunak.

Pada saat fraktur, pembuluh darah di area tersebut ikut rusak dan menimbulkan perdarahan lokal yang menyebabkan hematoma di sekitar lokasi patah. Hematoma ini memicu proses peradangan akut yang ditandai dengan infiltrasi sel-sel inflamasi seperti neutrofil dan makrofag. Proses ini bertujuan membersihkan jaringan nekrotik dan memicu regenerasi.

Selanjutnya, tubuh akan membentuk **jaringan granulasian (soft callus)** sebagai tahap awal pembentukan tulang baru. *Osteoblas* akan berperan aktif dalam membentuk jaringan tulang yang baru di sekitar area fraktur, yang kemudian berkembang menjadi **hard callus** hingga akhirnya terjadi proses remodeling tulang untuk mengembalikan kekuatan dan struktur semula.

Ketika patah tulang terjadi kerusakan konteks, pembuluh darah, sumsum tulang dan jaringan lunak. Akibat dari hal tersebut terjadi perdarahan kerusakan tulang dan jaringan sekitarnya. Keadaan ini menimbulkan hematom pada kanal

medul antara tepi tulang bawah periostium dengan jaringan tulang yang mengatasi fraktur

Terjadi respon inflamasi akibat sirkulasi jaringan nekrotik ditandai dengan fase vasodilatasi dari plasma dan leukosit, ketika terjadi kerusakan tulang, tubuh mulai melakukan proses penyembuhan untuk memperbaiki cedera, tahap ini menunjukkan tahap awal penyembuhan tulang

Hematom yang terbentuk bisa menyebabkan peningkatan tekanan dalam sumsum tulang yang kemudian merangsang pembebasan lemak dan gumpalan lemak tersebut masuk kedalam pembuluh darah yang mensuplai organ lain. Hematom menyebabkan dilatasi kapiler di otot, sehingga meningkatkan tekanan kapiler di otot, sehingga meningkatkan tekanan kapiler, kemudian menstimulasi histamin pada otot yang iskemik dan menyebabkan protein plasma hilang pada otot yang iskemik dan menyebabkan protein plasma hilang dan masuk intensitas. Hal ini menyebabkan terjadinya edema. Edema yang terbentuk akan menekan ujung syaraf, yang apabila berlangsung lama bisa menyebabkan *syndrom comportement*.

Akibat dari pembedahan yaitu adanya nyeri, mekanisme nyeri yaitu jalur nyeri Nociceptif meliputi transduksi (saat terjadi cedera pada jaringan tubuh akibat frakur atau operasi, reseptor nyeri khusus yang disebut nociceptor akan merespons rangsangan fisik atau kimia yang abnormal pada jaringan tersebut) dan transmisi (pesan nyeri dari nociceptor akan dikirim melalui serat saraf ferifer menuju sumsum tulang belakang) kemudian sumsum tulang belakang (*Spinal Ciord*), pada sumsum tulang belakang, sinyal nyeri akan diolah dan modulasi oleh berbagai jenis neuron, termasuk intemeuron yang mengontrol intensitas sinyal. Selanjutnya, sinyal

nyeri akan di integrasikan dan diteruskan ke otak melalui serat saraf. Kemudian pada jalur Asoending (Pengangkutan Nyeri ke Otak), terdapat Thalamus (sinyal nyeri akan disortir dan dialihkan ke berbagai area otak yang terlibat dalam persepsi nyeri) dan Korteks Somatosensori (sinyal nyeri akan disadari dan di interpretasikan), kemudian pada jalur Modulation) yakni jalur turun yang dimiliki otak berfungsi mengirim sinyal untuk mengurangi persepsi nyeri melalui pelepasan neurotransmitter seperti endorfin. (Sholihah, 2018)

Alur patofisiologi Fraktur :

1. Trauma / Tekanan berlebihan
2. Terjadi Fraktur (patah tulang)
3. Perdarahan
4. Reaksi inflamasi(Nyeri edema,krepitus,pembengkakan)
5. Aktivitas osteoblas (soft callus)
6. Pembengkakan hard callus
7. Remodeling tulang
8. Pemulihan kekuatan tulang

Menurut **Brunner & Suddarth (2017)**, proses penyembuhan fraktur melalui 3 fase utama:

- **Fase Inflamasi:** 1-7 hari (terjadi hematoma dan peradangan)
- **Fase Reparasi:** 2-6 minggu (pembentukan callus)
- **Fase Remodeling:** 3-12 bulan (pembentukan tulang baru yang kuat)

2.1.6 Pathway Fraktur

Bagan 2.1 Pathway Faktur



Sumber : Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2012).

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Menurut doenges (2019), pemeriksaan penunjang pada pasien fraktur antara lain yaitu:

a. Pemeriksaan radiologi

Sebagai penunjang, pemeriksaan yang penting adalah menggunakan sinar rontgrn (x-ray). Untuk mendapatkan gambaran tiga dimensi keadaan dan kedudukan tulang yang sulit terlihat, maka diperlukan dua proyeksi yaitu AP atau PA dan lateral. Dalam keadaan tertentu diperlukan proyeksi tambahan (khusus) pada indikasi untuk memperlihatkan pathologi yang dicari karena adanya superposisi. Hal yang harus dibaca pada x-ray bayangan jaringan lunak, tipis tebalnya korteks sebagai akibat reaksi periosteum atau biomekanik atau juga rotasi, trabekulasi ada tidaknya rare fraction, sela sendi serta bentuknya arsitektur sendi

b. Pemeriksaan Laboratorium

Kalsium serum dan fosfor serum meningkat pada tahap penyembuhan tulang. Alkalin fosfat meningkatkan pada kerusakan tulang dan menunjukkan kegiatan osteoblastik dalam membentuk tulang. Enzim otot seperti Kreatinin Kinase, Laktat Dehidrogenase (LDH-5), Aspartat, Amino Transferase (AST), Aldolase yang meningkatkan pada tahap penyembuhan tulang.

c. Pemeriksaan lain-lain

Pemeriksaan mikroorganisme

- kultur dan test sensitivitas : didapatkan mikroorganisme penyebab infeksi
- Biopsi tulang otot : pada intinya pemeriksaan ini sama dengan pemeriksaan diatas tapi lebih di indikasikan bila terjadi infeksi
- *Elektromyografi* : terdapat kerusakan konduksi saraf yang diakibatkan fraktur
- *Arthroscopy* : didapatkan jaringan ikat yang rusak atau sobek karena adanya trauma yang berlebihan
- *Indium Imaging* : pada pemeriksaan ini didapatkan adanya infeksi pada tulang

2.1.8 Komplikasi Fraktur

a. Komplikasi awal

Komplikasi awal setelah patah tulang meliputi syok, yang dapat berakibat fatal dalam beberapa jam, emboli lemak yang dapat terjadi dalam waktu 48 jam, dan sindrom kompartemen, yang dapat menyebabkan hilangnya fungsi tungkai secara permanen jika tidak ditangani

b. Komplikasi lambat

Masalah lanjut dalam kasus patah tulang termasuk terlambat atau tidak ada penyatuan tulang. Hal ini terjadi ketika beberapa jenis patah tulang tidak sembuh dalam jangka waktu teratur, penyatuan tulang yang tertunda atau berkepanjangan karena adanya penyakit infeksi sistemik dan traksi fragmen tulang yang berkepanjangan (Suriya & Zuriati, 2019).

2.1.9 Penatalaksanaan Fraktur

a. Penatalaksanaan farmakologis

Prinsip penanganan fraktur adalah mengembalikan posisi patahan tulang keposisi semula (repositi) dan mempertahankan posisiitu selama masa penyembuhan patah tulang atau imbolisasi (Sjamsuhidayat & Jong, 2015). penatalaksanaan yang dilakukan adalah:

1. Fraktur terbuka

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

2. Fraktur tertutup

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

3. Seluruh Fraktur

a) Rekoknisis/Pengenalan

Riwayat kajian harus jelas untuk menentukan diagnosa dan tindakan selanjutnya

b) Reduksi/Manipulasi/Reposisi

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

c) OREF(*Open Reduction and External Fixation*)

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

d) ORIF (*Open Reduction Internal Fixation*)

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

e) Retensi/Mobilisasi

Upaya yang dilakukan untuk menahan fragmen tulang sehingga kembali seperti semula secara optimal. Setelah fraktur di reduksi, fragmen tulang harus di immobilisasi atau dipertahankan kesejajarannya yang benar sampai terjadi penyatuan. Immobilisasi dapat dilakukan dengan fiksasi eksternal atau internal. Metode fiksasi eksternal meliputi pembaluutan gips, bidai, transaksi kontinu, dan teknik gips atau fiksator eksternal. Implant logam dapat digunakan untuk fiksasi internal untuk mobilisasi fraktur.

f) Rehabilisasi

Menghindari atropi dan kontraktur dengan fisioterapi. Segala upaya diarahkan pada penyembuhan tulang dan jaringan lunak. Reduksi dan immobilisasi harus dipertahankan sesuai kebutuhan. Status neuvaskuler (misalnya pengkajian peredaran darah, nyeri, perabaan ferakan) dipantau dan ahli bedah ortopedi diberitahu segera bila ada tanda gangguan neuvaskuler.

b. Penatalaksanaan Non-farmakologis

1. Pemberian aromaterapi

Pemberian aromaterapi untuk pasien fraktur dapat memberikan manfaat dalam mengurangi stres, kecemasan, dan meningkatkan relaksasi secara umum. Namun, penting untuk berkonsultasi dengan dokter atau ahli terapi terlebih dahulu untuk memastikan keamanan dan kompatibilitas dengan pengobatan lain yang sedang diterima oleh pasien. Beberapa minyak aromaterapi yang umum digunakan untuk tujuan ini termasuk lavender, *peppermint* dan *chamomile*.

2. *Cold pack*

Cold pack atau kompres dingin dapat membantu mengurangi peradangan, pembengkakan, dan nyeri pada area fraktur, ini bisa digunakan dengan mengaplikasikan *cold pack* pada area yang terluka selama sekitar 15-20 menit, beberapa kali sehari. Namun, pastikan untuk melindungi kulit dengan kain atau handuk tipis agar tidak terjadi pembekuan atau kerusakan kulit akibat suhu dingin yang terlalu rendah. Selalu konsultasikan dengan dokter atau tenaga medis untuk menentukan apakah penggunaan cold pack untuk kondisi spesifik pasien

3. Terapi stimulasi pijat relaksasi

Teknik relaksasi nafas dalam dapat membantu pasien fraktur mengurangi kecemasan, meningkatkan kenyamanan, dan mengelola rasa sakit. Ini dilakukan dengan bernafas perlahan dan dalam, fokus pada pernapasan dari perut dari pada dada. Pasien dapat duduk atau berbaring

dengan nyaman, mentup mata, dan memutuskan perhatian pada pernafasannya.Teknik ini dapat dilakukan dengan mengambil nafas dalam melalui hidung, menahan sebentar, lalu hembuskan perlahan melalui mulut, menggunakan kata-kata yang menenangkan seperti “tenang” atau “santai” dapat membantu pasien memperdalam relaksasi

4. *Guided imagery*

Teknik gambaran panduan (*guided imagery*) bisa sangat membantu pasien fraktur dengan memberikan distraksi yang positif dari rasa sakit,mengurangi kecemasan, dan meningkatkan kesejahteraan secara keseluruhan. Ini melibatkan membimbing pasien untuk membayangkan lingkungan yang tenang dan menyenangkan, seperti pantai atau hutan, serta mengalami sensasi yang menyenangkan dan rileks

5. Terapi stimulasi pijat relaksasi

dapat menjadi bagian dari penanganan fraktur, terutama untuk membantu mengurangi ketegangan otot di sekitar fraktur, meningkatkan sirkulasi daran dan mengurangi rasa sakit secara keseluruhan. Namun, penting untuk di ingat bahwa pijat relaksasi tidak boleh dilakukan secara langsung pada area fraktur yang baru atau belum sembuh sepenuhnya, karena dapat menyebabkan lebih banyak kerusakan atau komplikasi.

6. Distraksi

Memberikan distraksi yang tepat dapat membantu mengalihkan perhatian pasien dari rasa sakit dan ketidak nyamanan yang disebabkan oleh fraktur: berikut adalah metode distraksi yang bisa digunakan:

- a) Pemutaran Musik atau Audio: Memutar musik yang menenangkan atau audio book yang menarik dapat membantu mengalihkan perhatian pasien dan menciptakan suasana yang lebih nyaman
- b) Berpikir Positif : mendorong pasien untuk memusatkan perhatian pada halhal positif, seperti kenangan bahagia, tujuan masa depan, atau hal hal yang membuat mereka tersenyum
- c) Bicara dan Interaksi : Berbicara dengan pasien tentang topik yang menarik bagi mereka, seperti hobi, rencana liburan, atau cerita lucu, dapat menjadi distraksi yang efektif.
- d) Permainan atau aktivitas kreatif : Memberikan permainan sederhana seperti puzzle, atau aktivitas kreatif seperti mewarnai atau merajut dapat membantu mengalihkan perhatian pasien dan memberikan hiburan.
- e) Teknik relaksasi : Mengajarkan teknik pernafasan, meditasi ringan, atau visualisasi yang menenangkan dapat membantu pasien merasa lebih rileks dan mengurangi rasa sakit.
- f) Dengar Cerita : Mengajak pasien untuk mendengarkan cerita pendek atau menceritakan cerita kepada mereka juga dapat menjadi cara yang efektif untuk mengalihkan perhatian.

2.2 Gangguan Citra Tubuh

2.2.1 Konsep Diri

Konsep diri adalah pengetahuan individu tentang dirinya sendiri, merupakan gambaran tentang diri dan gabungan kompleks dari perasaan, sikap dan persepsi baik yang disadari maupun yang tidak disadari. Konsep diri merupakan representasi psikis individu yang dikelilingi dengan semua persepsi dan pengalaman yang terorganisir (Potter dan Perry, 2005 dalam Dermawan dan Deden, 2013).

Menurut Suhron (2017), menyebutkan bahwa konsep diri adalah keseluruhan gambaran diri, yang meliputi persepsi seseorang tentang diri, perasaan, keyakinan, dan nilai-nilai yang berhubungan dengan dirinya.

Konsep diri terbagi menjadi 5 yaitu :

a. Identitas diri

Kesadaran akan diri sendiri yang bersumber dari observasi dan penilaian yang merupakan sintesis dari semua aspek konsep diri sebagai suatu kesatuan yang utuh.

b. Harga diri

Merupakan penilaian terhadap hasil yang dicapai dengan analisis, sejauh mana perilaku memenuhi ideal diri.

c. Ideal diri

Merupakan persepsi individu tentang bagaimana ia harus berprilaku sesuai dengan standar perilaku.

d. Peran diri

Merupakan serangkaian perilaku yang diharapkan oleh lingkungan sosial yang berhubungan dengan fungsi individu di berbagai kelompok sosial.

e. Citra tubuh

Merupakan sekumpulan dari sikap individu yang disadari dan tidak disadari terhadap tubuhnya, termasuk persepsi masa lalu dan sekarang, serta perasaan tentang struktur, bentuk dan fungsi tubuh.

Citra tubuh adalah jumlah dari sikap sadar dan bawah sadar seseorang terhadap tubuh sendiri. Hal ini termasuk persepsi sekarang dan masa lalu serta perasaan tentang ukuran, fungsi, bentuk/penampilan, dan potensi. Citra tubuh terus berubah saat persepsi dan pengalaman baru terjadi dalam kehidupan. Eksistensi tubuh menjadi penting dalam mengembangkan citra tubuh seseorang. (Stuart, 2013).

Individu yang stabil, realistik, dan konsisten terhadap gambaran dirinya akan memperlihatkan kemampuan yang baik terhadap realisasi yang akan memacu sukses dalam kehidupan. Pandangan individu yang realistik terhadap dirinya dengan menerima segala hal dari dirinya akan membuat individu tersebut terhindar dari rasa cemas sehingga dapat meningkatkan harga dirinya. Sikap individu terhadap tubuhnya mencerminkan aspek penting dalam dirinya misalnya perasaan menarik atau tidak, gemuk atau tidak, dan sebagainya (Yusuf, dkk, 2015).

Citra tubuh terbagi menjadi dua macam yaitu :

a. Citra tubuh positif

Citra tubuh yang positif merupakan suatu persepsi individu yang benar mengenai bentuk tubuh individu tersebut. Individu tersebut melihat dirinya sendiri sesuai dengan keadaan yang sebenarnya dan menghargai tubuhnya apa adanya. Dan individu tersebut memahami bahwa tubuh atau penampilan fisik seseorang itu hanya berperan kecil, sehingga ia menerima bentuk tubuhnya yang memiliki keunikan tersendiri dan tidak membuang waktu untuk memikirkan bentuk tubuhnya dan merasa nyaman dengan bentuk tubuhnya walaupun individu tersebut mempunyai kekurangan dalam segi fisik (Dewi, 2009).

b. Citra tubuh negatif

Citra tubuh yang negatif yaitu persepsi individu terhadap diri sendiri dan merasa tidak mampu untuk mencapai sesuatu yang berharga, sehingga menuntun diri kearah kelemahan dan emosional yang dapat menimbulkan kegoisan yang menciptakan suatu penghancuran diri Contohnya, pada pasien yang mengalami fraktur terbuka akan tampak jelas bentuk luka tersebut sehingga dapat menyebabkan pasien tersebut merasa malu dan cemas yang menandakan citra tubuh pasien negatif (Suhron, 2017).

2.2.2 Konsep gangguan citra tubuh

Gangguan citra tubuh adalah perubahan persepsi tentang tubuh yang diakibatkan oleh perubahan ukuran, bentuk, struktur, fungsi, makna, objek yang sering kontak dengan tubuh. Gangguan tersebut diakibatkan kegagalan dalam penerimaan diri akibat adanya persepsi yang negatif terhadap tubuhnya secara fisik (Muhith, 2015).

Pada pasien yang mengalami gangguan citra tubuh, ia akan mempersepsikan tubuhnya tersebut memiliki kekurangan dan ia tidak dapat menjaga integritas tubuhnya sehingga ketika berhubungan dengan lingkungan sosial ia akan merasa rendah diri. Misalnya pada pasien yang dirawat dirumah sakit umum, perubahan citra tubuh sangat mungkin terjadi karena terjadinya perubahan struktur tubuh karena tindakan invasif, penyuntikan, pemasangan alat kesehatan dan lainnya (Muhith 2015).

2.2.3 Etiologi Gangguan citra tubuh

a. Faktor Predisposisi

1) Biologi

Harapan akan struktur, bentuk dan fungsi tubuh yang tidak tercapai karena dirawat atau sakit. Stresor fisik atau jasmani yang lain seperti suhu dingin atau panas, rasa nyeri atau sakit, kelelahan fisik, lingkungan yang tidak memadai.

2) Psikologi

Penolakan orang tua, harapan orang tua yang tidak realistik, kegagalan yang berulang, kurang mempunyai tanggung jawab personal, ketergantungan pada orang lain dan ideal diri yang tidak realistik. Stressor lainnya adalah konflik, tekanan, krisis dan kegagalan.

- 3) Sosio kultural Faktor sosio kultural yang mempengaruhi seperti peran, gender, tuntutan peran kerja, harapan peran budaya, tekanan dari kelompok sebaya dan perubahan struktur sosial.
- 4) Perubahan ukuran, bentuk dan penampilan tubuh
- 5) Proses patologik penyakit dan dampaknya terhadap struktur maupun fungsi tubuh.
- 6) Prosedur pengobatan seperti radiasi, transplantasi, kemoterapi
- 7) Faktor predisposisi gangguan harga diri
- 8) Penolakan dari orang lain.
 - 1) Kurang penghargaan.
 - 2) Pola asuh yang salah
 - 3) Kesalahan dan kegagalan yang berulang.
 - 4) Tidak mampu mencapai standar yang ditentukan (Stuart, 2013).

b. Faktor presipitasi

Faktor presipitasi dapat disebabkan oleh faktor dari dalam atau faktor luar individu terdiri dari :

- 1) Operasi seperti mastektomi, amputasi, luka operasi dari
- 2) Ketegangan peran adalah perasaan frustasi ketika individu merasa

tidak adekuat melakukan peran atau melakukan peran yang bertentangan dengan hatinya atau tidak merasa cocok dalam melakukan perannya.

- 3) Perubahan ukuran dan bentuk, penampilan atau fungsi tubuh.
- 4) Perubahan fisik yang berkaitan dengan tumbuh kembang normal.
- 5) Prosedur medis dan perawatan (Stuart, 2013).

2.2.4 Tanda dan Gejala Gangguan Citra Tubuh

Berikut tanda dan gejala gangguan citra tubuh menurut Keliat, 2013 yaitu :

a. Data Objektif

Data objektif yang dapat diobservasi dari pasien gangguan citra tubuh yaitu:

- 1) Perubahan dan kehilangan anggota tubuh, baik struktur, bentuk, maupun fungsi
- 2) Pasien menyembunyikan bagian tubuh yang terganggu.
- 3) Pasien menolak melihat bagian tubuh.
- 4) Pasien menolak menyentuh bagian tubuh.
- 5) Aktivitas sosial pasien berkurang.

b. Data Subjektif

Data subjektif didapatkan dari hasil wawancara, pasien dengan gangguan citra tubuh biasanya mengungkapkan :

- 1) Pasien mengungkapkan penolakan terhadap perubahan anggota tubuh saat ini, misalnya tidak puas dengan hasil operasi, ada anggota tubuh yang tidak berfungsi, dan menolak berinteraksi dengan orang

lain.

- 2) Pasien mengungkapkan perasaan tidak berdaya, malu, tidak berharga, dan keputusasaan.
- 3) Pasien mengungkapkan keinginan yang terlalu tinggi terhadap bagian tubuh yang terganggu.
- 4) Pasien sering mengungkapkan kehilangan.
- 5) Pasien merasa asing terhadap bagian tubuh yang hilang.

Beberapa gangguan pada citra tubuh tersebut dapat menunjukkan tanda dan gejala sebagai berikut (Muhith, 2015) yaitu :

a. Respon pasien adaptif

1) Syok psikologis

Merupakan reaksi emosional terhadap dampak perubahan dan dapat terjadi pada saat pertama tindakan. Informasi yang banyak dan kenyataan perubahan tubuh membuat pasien menggunakan mekanisme pertahanan diri seperti mengingkari, menolak dan proyeksi untuk mempertahankan keseimbangan diri.

2) Menarik diri

Pasien menjadi sadar pada kenyataan, tetapi karena ingin lari dari kenyataan maka pasien akan menghindar secara emosional. Hal tersebut menyebabkan pasien menjadi pasif, tergantung pada orang lain, tidak ada motivasi dalam perawatan dirinya sendiri.

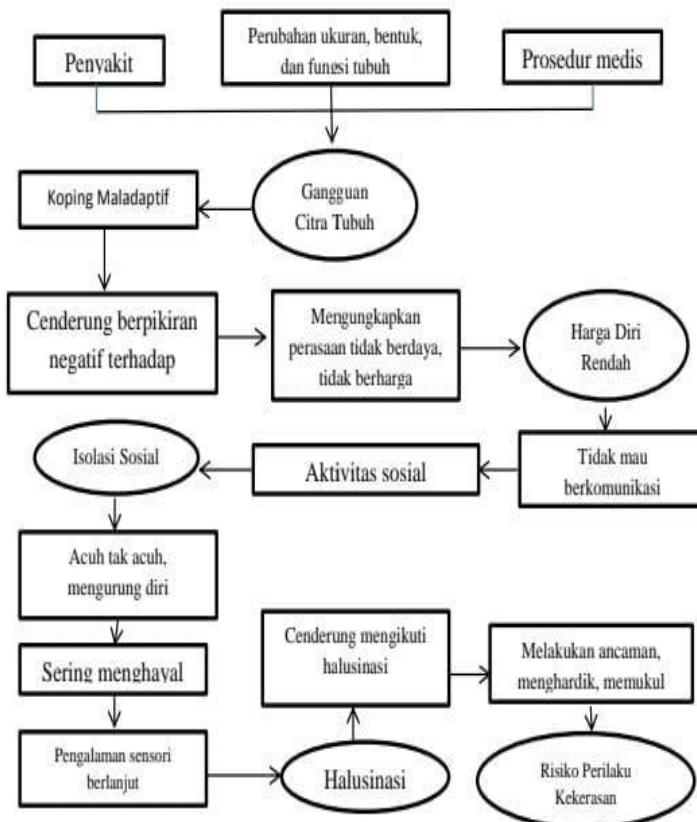
3) Penerimaan atau pengakuan secara bertahap Setelah pasien sadar akan kenyataan, maka respon kehilangan atau berduka akan muncul. Dan setelah

fase ini pasien akan mulai melakukan reintegrasi terhadap gambaran dirinya yang baru.

a. Respon pasien maladaptif

- 1) Menolak untuk melihat dan menyentuh bagian yang berubah.
- 2) Tidak dapat menerima perubahan struktur dan fungsi tubuh.
- 3) Mengurangi kontak sosial sehingga bisa terjadi isolasi sosial.
- 4) Perasaan atau pandangan negatif terhadap tubuhnya
- 5) Mengungkapkan keputusasaan
- 6) Mengungkapkan ketakutan akan ditolak
- 7) Menolak penjelasan mengenai perubahan citra tubuhnya

2.2.5 Psikodinamika gangguan citra tubuh



Bagan 2.2 Psikodinamika gangguan citra tubuh

2.2.6 Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan Farmakologis

Terapi farmakologis dilakukan jika gangguan citra tubuh disertai gangguan kecemasan berat atau depresi klinis. Obat yang digunakan antara lain:

- *Antidepresan* : seperti *selective serotonin reuptake inhibitors* (SSRIs), misalnya *fluoxetine* atau *sertraline*, untuk membantu mengurangi gejala depresi dan meningkatkan suasana hati (Videbeck, 2020).
- *Anxiolytic* : atau obat anti-kecemasan, seperti alprazolam atau lorazepam, dapat diberikan dalam jangka pendek untuk mengatasi kecemasan berlebihan (Stuart, 2016).

Penggunaan obat harus berdasarkan resep dan pengawasan dokter, dengan pemantauan efek samping dan kepatuhan pasien.

b. Penatalaksanaan Non Farmakologis

Pendekatan non-farmakologis menjadi bagian penting dalam penanganan gangguan citra tubuh, antara lain:

- Edukasi keperawatan tentang kondisi medis, proses penyembuhan, dan pentingnya penerimaan diri (Potter & Perry, 2017).
- Terapi kognitif perilaku (CBT) untuk membantu pasien mengubah pikiran negatif menjadi positif (Townsend, 2018).
- Terapi afirmasi positif : perawat membimbing pasien menyusun dan mengulang afirmasi seperti "Saya berharga apa adanya" atau "Saya kuat dan mampu sembuh" setiap hari, untuk memperkuat kepercayaan diri (Handayani & Keliat, 2018).
- Dukungan sosial dan spiritual melalui pelibatan keluarga, teman, dan kegiatan keagamaan (Yosep, 2021).
- Terapi seni (*art therapy*) atau terapi aktivitas kelompok, untuk mengekspresikan emosi dan membangun kembali citra diri positif (Yuswanto, 2022).

Rehabilitasi fisik bertahap sesuai kondisi pasien, untuk meningkatkan kemandirian dan rasa percaya diri terhadap kemampuan tubuh (Doenges et al., 2019).

2.3 Afirmasi Positif dalam Keperawatan

2.3.1. Pengertian Afirmasi Positif

Afirmasi positif merupakan suatu teknik psikologis yang digunakan untuk menanamkan pernyataan atau kalimat-kalimat positif ke dalam alam bawah sadar seseorang melalui pengulangan secara verbal dan konsisten. Tujuan dari afirmasi ini adalah membentuk pola pikir yang positif, memperkuat motivasi diri, serta meningkatkan kepercayaan diri seseorang dalam menghadapi kondisi atau tantangan tertentu (Handayani, 2020). Dalam konteks keperawatan, afirmasi positif menjadi salah satu pendekatan non-farmakologis yang digunakan untuk mendukung kesejahteraan psikologis pasien, khususnya mereka yang mengalami tekanan mental atau gangguan konsep diri seperti gangguan citra tubuh.

Menurut Potter & Perry (2020), afirmasi positif adalah bagian dari pendekatan keperawatan holistik yang memperhatikan aspek bio-psiko-sosial-spiritual pasien secara menyeluruh. Teknik ini dapat digunakan sebagai salah satu strategi dalam meningkatkan respons emosional dan psikologis yang sehat terhadap situasi penyakit atau perubahan tubuh.

2.3.2 Tujuan Afirmasi Positif dalam Keperawatan

Tujuan utama dari penerapan afirmasi positif dalam praktik keperawatan adalah membantu pasien menciptakan persepsi yang lebih baik terhadap dirinya sendiri dan kondisi yang sedang dialami. Tujuan lainnya meliputi:

- Mengurangi kecemasan, stres, dan pikiran negatif yang muncul akibat perubahan kondisi fisik
- Meningkatkan rasa percaya diri dan penerimaan terhadap citra tubuh yang baru
- Membantu memperkuat motivasi pasien dalam menjalani proses penyembuhan atau rehabilitasi
- Meningkatkan keterlibatan aktif pasien dalam asuhan keperawatan

Dalam kasus pasien fraktur yang mengalami gangguan citra tubuh, afirmasi positif berfungsi sebagai alat bantu untuk membentuk kembali persepsi diri mereka secara lebih realistik dan sehat, serta membangun sikap positif terhadap perubahan tubuh yang terjadi.

2.3.3 Mekanisme Kerja Afirmasi Positif terhadap Gangguan Citra Tubuh

Pasien fraktur yang mengalami gangguan citra tubuh cenderung mengalami ketidakpuasan terhadap penampilan fisik mereka akibat luka operasi, keterbatasan aktivitas, penggunaan alat bantu mobilisasi, hingga posisi tubuh yang berubah. Hal ini dapat menimbulkan rasa malu, putus asa, dan rendah diri. Ketika afirmasi positif diterapkan, pasien diarahkan untuk mengucapkan atau mendengar kalimat-kalimat seperti:

- "*Saya tetap berharga dan kuat dalam kondisi saya sekarang.*"
- "*Tubuh saya sedang dalam proses penyembuhan dan saya menerima perubahan ini.*"
- "*Saya memiliki kemampuan untuk bangkit dan sembuh.*"

Melalui pengulangan yang konsisten, sugesti positif ini akan masuk ke dalam pikiran bawah sadar dan secara bertahap mengubah pola pikir pasien. Dengan begitu, pasien akan memiliki citra tubuh yang lebih sehat dan rasa percaya diri yang meningkat, meskipun secara fisik belum sepenuhnya pulih.

Afirmasi positif juga dapat membantu menghambat self-talk negatif yang sering terjadi saat pasien membandingkan dirinya dengan kondisi orang lain atau merasa "kurang sempurna". Dengan mengganti pola pikir negatif tersebut, pasien menjadi lebih terbuka terhadap proses pemulihan dan lebih kooperatif terhadap tindakan keperawatan.

2.3.4 Manfaat Afirmasi Positif dalam Keperawatan

Afirmasi positif memiliki berbagai manfaat dalam dunia keperawatan, khususnya bagi pasien dengan kondisi psikologis yang rentan. Menurut penelitian Handayani (2020), manfaat utama dari afirmasi positif adalah:

- Menurunkan tingkat kecemasan dan stres psikologis pasien
- Meningkatkan rasa nyaman dan tenang selama proses perawatan
- Membantu pasien memiliki persepsi positif terhadap kondisi tubuhnya
- Meningkatkan kualitas interaksi sosial pasien dan kepercayaan diri
- Mendorong pasien untuk lebih aktif dalam terapi fisik atau rehabilitasi
- Membantu mencegah risiko komplikasi psikologis seperti depresi ringan atau gangguan kecemasan umum

Studi tersebut juga menunjukkan bahwa pasien yang diberi intervensi afirmasi positif secara teratur menunjukkan sikap yang lebih optimis terhadap

proses penyembuhan, lebih kooperatif terhadap perawatan, dan mengalami peningkatan kualitas tidur serta mood.

2.3.5 Penerapan Afirmasi Positif Dalam Praktik Keperawatan

Dalam praktik keperawatan, penerapan afirmasi positif dapat dilakukan dalam beberapa cara, baik secara langsung maupun tidak langsung. Berikut adalah langkah-langkah penerapan afirmasi positif oleh perawat:

1. **Identifikasi masalah psikologis pasien**, khususnya yang berkaitan dengan gangguan citra tubuh.
2. **Memberikan edukasi singkat** tentang manfaat afirmasi positif sebagai bentuk dukungan psikologis.
3. **Membantu pasien menyusun kalimat afirmasi pribadi** yang sesuai dengan kondisi dan kebutuhan psikologisnya.
4. **Melatih pasien mengucapkan afirmasi secara teratur**, terutama pada pagi dan malam hari.
5. **Mengkombinasikan afirmasi positif dengan teknik relaksasi napas dalam**, visualisasi, atau meditasi ringan.
6. **Melibatkan keluarga** dalam proses afirmasi, dengan mengajarkan mereka untuk memberikan dukungan verbal positif.

Afirmasi positif bersifat fleksibel dan dapat diberikan kepada pasien dengan berbagai kondisi medis, termasuk pasien fraktur. Intervensi ini bersifat sederhana, murah, aman, dan sangat efektif jika dilakukan dengan pendekatan yang tepat. Selain itu, afirmasi juga dapat menjadi jembatan untuk meningkatkan hubungan terapeutik antara perawat dan pasien.

2.4 Konsep Terapi Afirmasi Positif

2.4.1 Definisi Terapi Afirmasi Positif

Terapi afirmasi positif adalah pendekatan psikologis yang menggunakan pernyataan positif dan membangun untuk memengaruhi pikiran bawah sadar, membentuk pola pikir yang sehat, serta memperkuat harga diri dan citra diri.

Beberapa definisi menurut para ahli:

- Collins (2017): Afirmasi positif adalah pernyataan yang diucapkan secara sadar untuk memengaruhi keyakinan dan perilaku individu ke arah yang lebih sehat dan konstruktif.
- Stuart (2016): Afirmasi positif merupakan bagian dari strategi kognitif dalam terapi perilaku kognitif yang bertujuan mengganti pikiran negatif dengan pernyataan positif secara berulang.
- Yosep (2021): Afirmasi positif adalah teknik komunikasi terapeutik untuk membantu pasien meningkatkan persepsi diri, motivasi, dan optimisme terhadap proses penyembuhan.
- Yuswanto (2022): Terapi afirmasi positif merupakan intervensi non-farmakologis untuk memperbaiki harga diri dan citra tubuh pasien dengan menyusun dan mengulang kalimat positif secara teratur.

2.4.2. Indikasi Terapi Afirmasi Positif

Terapi ini diindikasikan pada pasien dengan:

- Gangguan citra tubuh akibat fraktur, amputasi, atau perubahan bentuk tubuh
- Harga diri rendah
- Kecemasan ringan hingga sedang

- Kondisi pasca trauma yang menurunkan motivasi atau keyakinan diri
- Pasien yang membutuhkan dukungan psikologis dalam masa pemulihan (Stuart, 2016; Yosep, 2021).

2.4.3 Kontraindikasi Terapi Afirmasi Positif

- Pasien dengan gangguan psikotik aktif (misalnya halusinasi atau waham berat)
- Pasien dalam kondisi disosiasi berat atau tidak mampu berkomunikasi secara verbal/logis
- Pasien yang sedang dalam fase krisis psikologis akut, seperti risiko bunuh diri tinggi, tanpa pengawasan profesional (Videbeck, 2020)

2.4.4 Kelebihan Terapi Afirmasi Positif

- Mudah dilakukan, hemat biaya, dan non-invasif
- Meningkatkan motivasi dan persepsi diri secara bertahap
- Dapat dilakukan secara mandiri maupun dibimbing oleh perawat
- Tidak memiliki efek samping fisik
- Memberikan efek psikologis jangka panjang yang positif jika dilakukan secara konsisten (Handayani & Keliat, 2018).

2.4.5 Kekurangan Terapi Afirmasi Positif

- Efek tidak instan, memerlukan waktu dan konsistensi
- Kurang efektif jika tidak disertai kepercayaan dari pasien
- Tidak cukup untuk menangani gangguan psikologis berat tanpa kombinasi terapi lain (Yuswanto, 2022)
- Membutuhkan kemampuan berpikir reflektif dan tingkat kesadaran diri yang

memadai

2.4.6 Mekanisme Kerja Afirmasi Positif

Afirmasi positif bekerja dengan cara:

- Menstimulasi area prefrontal cortex otak yang berkaitan dengan pemrosesan emosi dan kontrol diri
- Mengubah pikiran negatif menjadi konstruktif melalui proses neuroplastisitas otak
- Mengaktifkan sistem limbik yang berkaitan dengan penghargaan diri dan emosi positif
- Mengurangi aktivitas amigdala terhadap respons stres dengan berulangnya pernyataan positif
- Menginternalisasi pesan positif ke dalam pikiran bawah sadar sehingga membentuk keyakinan baru yang lebih sehat (Collins, 2017; Townsend, 2018).

2.4.7 Tahapan Pelaksana Terapi Afirmasi Positif pada Pasien Fraktur dengan Gangguan Citra Tubuh

a. Tahap Persiapan:

- Perawat melakukan pengkajian terhadap persepsi tubuh dan harga diri pasien
- Jelaskan kepada pasien tentang tujuan dan manfaat afirmasi positif
- Ciptakan suasana yang nyaman dan tenang

b. Tahap Identifikasi:

- Bantu pasien mengenali pikiran negatif seperti "Saya tidak berguna lagi"

atau "Saya tidak akan pulih"

- Gali kekuatan diri pasien dan nilai-nilai positif dalam dirinya

c. Tahap Penyusunan Afirmasi:*

- Susun pernyataan afirmatif secara personal, positif, dan realistik, seperti:
- "Saya tetap berharga meski tubuh saya berubah."
- "Tubuh saya sedang dalam proses penyembuhan dan saya menghargainya."

d. Tahap Praktik:

- Latih pasien mengucapkan afirmasi minimal 2–3 kali sehari
- Gunakan cermin untuk meningkatkan efek visual dan penerimaan diri
- Dorong pasien menuliskan afirmasi di jurnal atau tempel di tempat yang sering dilihat

e. Tahap Evaluasi:

- Evaluasi dampak afirmasi terhadap suasana hati, motivasi, dan persepsi diri
- Tinjau kembali afirmasi dan sesuaikan jika diperlukan
- Lanjutkan integrasi afirmasi dalam kegiatan sehari-hari (Handayani & Keliat, 2018; Yosep, 2021)

2.5 Standar Operasional Prosedur (Sop)Afirmasi Positif

 UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) AFIMASI POSITIF
Pengertian	Afirmasi positif adalah intervensi psikososial berupa pernyataan-pernyataan positif yang diulang secara verbal atau mental dengan tujuan memperkuat citra diri, meningkatkan penerimaan diri, serta menurunkan tekanan emosional atau kecemasan. Intervensi ini digunakan untuk membantu pasien dengan gangguan citra tubuh agar memiliki persepsi yang lebih sehat dan realistik terhadap dirinya.
Tujuan	<ul style="list-style-type: none"> • Membantu pasien membentuk pola pikir yang positif tentang tubuhnya. • Meningkatkan penerimaan terhadap perubahan bentuk atau fungsi tubuh. • Mengurangi kecemasan, rasa malu, atau perasaan rendah diri. • Meningkatkan motivasi dan kerja sama dalam proses pemulihan.
Manfaat	<ul style="list-style-type: none"> • Meningkatkan citra tubuh pasien. • Meningkatkan kepercayaan diri dan semangat pasien. • Mempercepat proses penyembuhan secara holistik (fisik dan psikologis) • Meningkatkan efektivitas intervensi keperawatan.
Persiapan alat	Leaflet edukasi
Persiapan Perawat	<ul style="list-style-type: none"> • Membaca catatan perkembangan pasien dan memahami latar belakang masalah citra tubuh. • Melatih kalimat afirmasi yang sesuai dan tidak bersifat memaksa. • Menjaga komunikasi terapeutik, empatik, dan suportif. • Menguasai teknik dasar afirmasi dan relaksasi.
Persiapan Pasien	<ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tujuan kegiatan afirmasi positif secara sederhana dan komunikatif. • Pastikan pasien dalam kondisi tenang dan siap secara emosional. • Tempatkan pasien dalam posisi nyaman (duduk/berbaring). • Ajak pasien bernapas perlahan sebelum memulai latihan afirmasi. • Cek kondisi awal: observasi keadaan emosional pasien (cemas, gelisah, menolak, dsb.) • Edukasi awal: jelaskan tujuan terapi afirmasi secara komunikatif dan sederhana • Pastikan pasien dalam keadaan sadar, tenang, dan siap secara emosional • Tempatkan pasien dalam posisi nyaman (duduk atau berbaring)

	<ul style="list-style-type: none"> • Sebelum terapi: ajak pasien bernapas dalam-dalam selama 1–2 menit • Setelah terapi: evaluasi perasaan dan respons pasien
Prosedur Tindakan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Awali dengan komunikasi terapeutik – bangun kepercayaan pasien. 2. Berikan afirmasi secara verbal – contohnya: <ul style="list-style-type: none"> • "Saya menerima tubuh saya apa adanya." • "Saya tetap berharga walaupun tubuh saya berubah." • "Saya sedang dalam proses penyembuhan dan saya kuat." 3. Dorong pasien untuk mengulang afirmasi secara mandiri. 4. Ulangi afirmasi minimal 3–5 kali dengan nada tenang dan suara mantap. 5. Tanyakan perasaan pasien setelah sesi afirmasi. 6. Beri reinforcement positif jika pasien menunjukkan respons baik.
Fase pra interaksi	<ul style="list-style-type: none"> - Menjalin hubungan terapeutik - Menelaskan tujuan dan waktu pelaksanaan
Fase Orientasi	<ul style="list-style-type: none"> - Eksplorasi persepsi pasien terhadap bagian tubuh yang berubah (misalnya tangan/kaki dengan gips atau bekas luka) - Tanyakan perasaan pasien tentang perubahan tersebut - Berikan informasi mengenai prognosis dan penyembuhan - Edukasi tentang pentingnya penerimaan diri dan cara berpikir positif - Jika memungkinkan dilakukan terapi cermin atau aak pasien melihat dan menyentuh bagian tubuh yang berubah secara perlahan.
Fase kerja	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluasi respons dan perubahan sikap pasien - Ucapkan terima kasih dan beri motivasi lanjutan

2.6 Konsep Asuhan Keperawatan

2.6.1 Pengkajian

Pengkajian Asuhan Keperawatan menurut (Suriya, M & Zuriati, 2019) untuk pasien fraktur sebagai berikut :

- a. Identitas pasien dan Penanggung jawab
 - 1) Identitas pasien : Nama, umur, Jenis kelamin, agama, Alamat, bangsa, pendidikan, pekerjaan, diagnosa medis, nomor registrasi, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian.
 - 2) Identitas penanggung jawab : Nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, hubungan dengan pasien.

3) Riwayat kesehatan sekarang : Kapan timbul masalah, riwayat trauma, penyebab, gejala timbul tiba-tiba atau perlahan, lokasi, obat yang dikonsumsi serta cara penaggulangan.

a) Keluhan utama : Keterbatasan gerak, gangguan sirkulasi, rasa nyeri, dan gangguan neurosesnsori.

b) Riwayat kesehatan sekarang

Untuk memperoleh data pengkajian yang lengkap mengenai data pasien di gunakan :

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

c) Riwayat kesehatan masa lalu

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

4) Riwayat kesehatan keluarga

Pada riwayat kesehatan keluarga ini dikai apakah keluarga memiliki penyakit yang sama atau memiliki penyakit keturunan, seperti hipertensi, diabetes melitus, jantung.

5) Pola fungsi kesehatan

- a) Pola persepsi hidup sehat pasien fraktur, apakah akan mengalami perubahan atau gangguan pada personal hygiene atau mandi.
- b) Pola nutrisi dan metabolismepasien fraktur, apakah ada perubaha/penurunan nafsu makan
- c) Pola eliminasi, perubahan BAK/BAB dalam sehari, apakah mengalami kesulitan waktu BAB di karenakan imobilisasi, fases warna kuning, pada pasien fraktur tidak ada gangguan BAK.
- d) Pola istirahat dan tidur kebiasaan pada pola tidur apakah ada gangguan yang disebabkan karena nyeri, misalnya nyeri karena fraktur
- e) Pola aktivitas dan latihan aktivitas pada pasien yang mengalami gangguan karena fraktur mengakibatkankebutuhan pasien perlu dibantu oleh perawat atau keluarga.

6) Pemeriksaan fisik

- a) Keadaan umum :

1. Kesadaran penderita : apatis, sopor, koma, gelisah, komposmentis tergantung pada keadaan pasien
2. Keadaan penyakit : akut, kronis, ringan, sedang, berat, dan pada kasus fraktur biasanya akut

3. Tanda tanda vital : Tekanan daran suhu tubuh pernafasan, denyut nadi, dan saturasi oksigen.
- b) Pemeriksaan fisik persistem
 1. Sistem pernapasan

Biasanya pada pasien post operasi fraktur mengalami menyembuhan pada banyak pembuluh darah kecil yang mengakibatkan tekanan paru meningkat. Selain itu, respon pernafasan meliputi takipneu, dispneu, krepitasi, mengi, sputum putih kental juga ketidak seimbangan O₂ dan OO₂ di paru-paru menjadi tidak adekuat.
 2. Sistem Kardiovaskuler

Pada pasien pasca operasi biasanya ditemukan tanda-tanda syok seperti takikardi,berketingat, pucat, hipotensi, penurunan suhu tubuh dan mengalami hipertensi (sebagai respon terhadap nyeri), hipotensi (keadaan dan tirah baring).
 3. Sistem integrumen

Biasanya pada pasien post operasi frakur mengalamikerusakan pada aringan kulit, hal ini dikarenakan kulit menjadi robek akita mencuatnya tulang yang fraktur kedunialuar. Sehingga timbulah luka disekitar permukaan tulang yang mengalami fraktur tersebut.
 4. Sistem Muskuloskeletal
 - Inpeksi (*Look*) : Adanya suatu deformitas (seperti angulasi/membentuk sudut, rotasi/permutaran dan pendekatan), jejas

(tanda yang menunjukkan bekas trauma), terlihat adanya tulang yang keluar dari jaringan lunak, sikatrik (jaringan parut yang alami maupun buatan seperti bekas operasi), warna kulit, benjolan, pembengkakan, atau pekungan dengan hal-hal biasa (abnormal), serta posisi dan bentuk dari ekstermitas (*deformitas*).

Adanya luka kulit, laserasi atau abrasi, dan perubahan warna di bagian distal luka meningkatkan kecurigaan adanya fraktur terbuka.pasien di intruksikan untuk menggerakan bagian distal lesi, bandingkan dengan sisi yang sehat.

- **Palpasi (Feel)** : Pada kulit, apakah teraba denyut arterinya, raba apakah ada pembengkakan palpasi daerah jaringan lunak supaya mengetahui adanya spasme otot, artrofi otot, adakan penebalan jaringan senovia, adanya cairan didalam/ diluar sendi, perhatikan bentuk tulang ada/tidak adanya penonjolan atau abnormalitas.
- **Pergerakan (Move)** : Pemeriksaan ini ditujukan untuk menilai adanya gerakan abnormal ketika menggerakkan bagian yang cedera serta kemampuan rentang gerak ini perlu, agar dapat mengevaluasi keadaan sebelum dan sesudahnya.

Gerak sendi dicatat dengan ukuran derajat, dari tiap arah pergerakan mulai dari titik 0 (posisi netral) atau didalam ukuran medis atau dalam ukuran metrik.Pemeriksaan ini menentukan apakah ada gangguan gerak (mobilisasi) atau tidak. Pergerakkan yang dilihat adalah gerakan aktif dan pasif.

5. Sistem pencernaan

Pada pengkajian abdominal, hal ini yg mendasar adalah mengklarifikasi keluhan nyeri. Pada inspeksi perut pasien post operasi fraktur umumnya tidak ditemukan adanya luka bekas operasi. Aukultasi abdomen untuk pemeriksaan bising usus harus dilakukan sebelum perkusi dan palpasi. Hal ini karena perkusi dan palpasi dapat menstimulasi atau mendepresi peristaltik usus. Bising usus normal berkisar 5-34x/menit, jika tidak terdengar peristaltic usus, usus pasien belum berfungsi, maka pasien harus di puaskan,jika tidak puasa pasien akan mengalami kembung. Perkusi dilakukan untuk menentukan distribusi gas intraabdomen, terutama hepar dan lien.Perkusi dilakukan pada ke empat kuadran abdome, dengan melihat area yang timpani maupun pekak. Palpasi adalah untuk menentukan apakah adanya rasa nyeri.

6. Sistem persyarafan

Biasanya pada pasien post operasi fraktur mengalami kerusakan syaraf yang terjadi karena cedera syaraf itu terjadi atau karena adanya oenekanan oleh gips atau benda lain.

7. Sistem endokrin

Umumnya pasien post operasi fraktur tidak mengalami gangguan pada sistem endokrin. Biasanya pengkajian untuk melihat apakah adanya pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening atau tidak.

8. Sistem genitourinaria

Awal post operasi pasien akan mengalami penurunan umpan output urine, hal ini terjadi karena adanya pembatasan intake oral selama periode awal post operasi fraktur. Output urine akan berlangsung normal seiring dengan peningkatan intake oral.

9. Wicara dan THT

Pada pasien post operasi fraktur biasanya tidak mengalami masalah ataupun penyimpangan dalam berbicara, mencium, dan pendekatan pasien

10. Sistem penglihatan

Pada saat pasien post operasi fraktur biasanya tidak mengalami gangguan pada sistem penglihatan. Biasanya pengkajian untuk melihat tingkat kesadaran pasien.

7) Data Psikologis

Data Psikologis terdiri dari status emosi, kecemasan, pola coping, gaya komunikasi, konsep diri

8) Data Sosial

Data sosial berisi hubungan dan pola interaksi dengan keluarga dan masyarakat

9) Data Spiritual

Mengidentifikasi tentang keyakinan hidup, optimis terhadap kesembuhan penyakit, gangguan dalam melaksanakan ibadah.

10) Pemeriksaan Diagnostik

Rotgen untuk mengetahui lokasi/luas cedera, CT scan, MRI, arteriogram pemindahan tulang, darah lengkap dan kreatinin.

2.6.2 Analisa Data

Analisa data merupakan metode yang dilakukan untuk mengaitkan data klien serta menghubungkan data tersebut dengan konsep teori data prinsip yang relevan keperawatan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah keperawatan pasien. (Zakiyah, W. 2022).

Analisa data Fraktur menurut SDKI PPNI (2017), yaitu :

No.	Data	Etiologi	Masalah
1.	DS: DO: Luka operasi, pasien meringis saat digerakkan, tampak memegang area nyeri	Fraktur Terjadi disruptsi jaringan Resepor nyeri terangsang	Nyeri akut

		<p>Pelepasan prostaglandin dan mediator nyeri lainnya</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Nyeri akut</p>	
2.	<p>DS: DO: Pasien tampak menutup bagian tubuh yang luka.</p>	<p>Fraktur</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>perubahan bentuk tubuh/bekas luka</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Persepsi negatif terhadap tubuh</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Gangguan citra tubuh</p>	Gangguan Citra Tubuh
3.	<p>DS: DO: Pembalutan gips pada ekstremitas bawah, pasien menunjukkan keterbatasan gerak sendi</p>	<p>Trauma</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Fraktur</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Diskontinuitas tulang dan jaringan sekitar</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Kehilangan fungsi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Imobilisasi mobilitas fisik terganggu</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Perubahan mobilitas fisik resiko injuri</p>	Perubahan mobilitas fisik resiko injuri
4.	<p>DS : DO : Luka operasi tidak dibalut sempurna, terdapat jaringan terbuka, tampak Bengkak, kemerahan</p>	<p>Luka terbuka pasca operasi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Terpapar lingkungan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Masuknya mikroorganisme (port of entry)</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	Resiko infeksi

		Proses inflamasi ↓ Risiko infeksi	
5.	DS : DO : Tekanan darah menurun, nadi cepat dan lemah, kulit pucat, dingin	Perdarahan ↓ Penurunan volume darah ↓ Penurunan perfusi jaringan ↓ Gangguan sirkulasi ↓ Syok hipovolemik	Syok hivopolemik
6.	DS: DO: Luka operasi tampak meradang, kulit sekitar kemerahan dan lembek	Luka operasi ↓ Inflamasi ↓ Vasodilatasi dan eksudasi ↓ Rusaknya integritas kulit ↓ Terbentuk luka sekunder	Kerusakan jaringan
7.	DS: DO: Pembalutan gips pada ekstremitas bawah, pasien menunjukkan keterbatasan gerak sendi	Fraktur ↓ Pembatasan gerak akibat imobilisasi ↓ Atrofi otot dan kekakuan sendi ↓ Penurunan kemampuan aktivitas ↓ Perubahan fisik	Perubahan fisik

2.6.3 Diagnosa Keperawatan

No.	DIAGNOSA KEPERAWATAN	LUARAN DAN KRITERIA SLKI	INTERVENSI SIKI
1.	<p>Gangguan citra tubuh D.0083</p> <p>Kategori : psikologis</p> <p>Subkategori : integritas ego</p> <p>Definisi : perubahan persepsi tentang penampilan, struktur dan fungsi fisik individu.</p> <p>Gejala dan tanda mayor subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengungkapkan kecatatan/kehilangan bagian tubuh <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> Kehilangan bagian tubuh Fungsi/struktur tubuh berubah/hilang <p>Gejala dan tanda minor Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> Tidak mau mengungkapkan kecatatan/kehilangan bagian tubuh Mengungkapkan perasaan negatif tentang perubahan tubuh Mengungkapkan kekhawatiran pada penolakan/reaksi orang lain Mengungkapkan perubahan gaya hidup <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> Menyembunyikan bagian tubuh secara berlebihan Menghindari melihat dan atau, menyentuk bagian tubuh Fokus bagian tubuh Fungsi/struktur tubuh berubah/hilang 	<p>Selama dilakukan tindakan keperawatan selama.....X24 jam diharapkan citra tubuh meningkat dengan Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Verbalisasi perasaan negatif tentang perubahan tubuh menurun Verbalisasi kekhawatiran pada penolakan/reaksi orang lain menurun Menyembunyikan bagian tubuh berlebihan menurun Verbalisasi kecatatan bagian tubuh membaik Verbalisasi kehilangan bagian tubuh membaik Respon non verbal pada perubahan tubuh membaik <p>Hubungan social membaik</p>	<p>Promosi citra tubuh (1.09305)</p> <p>Tindakan Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial Monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri Monitor apakah pasien bisa melihat bagian tubuh yang berubah <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya Diskusikan kondisi stress dan mengaruhinya citra tubuh Diskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh Anjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh Latihan fungsi yang dimiliki <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - psikolog bila perlu

2.	<p>Nyeri akut</p> <p>Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.</p> <p>Penyebab:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agen pencendera fisiologis (misinflamasi, iskemia, neoplasma) 2. Agen pencendera kimiawi iritan) 3. Agen pemcedera fisik (mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong menangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan). <p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh nyeri <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri) 	<p>Selama dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama.....X24 jam tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>Meningkat :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas <p>Menurun :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri 2. Meringis 3. Sikap protektif 4. Gelisah 5. Kesulitan tidur 6. Perasaan depresi (tertekan) 7. Anoreksia <p>Membaik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi nadi 2. Pola nafas 3. Tekanan darah 4. Proses berfikir 5. Fokus 6. Fungsi bekemih 7. Perilaku 8. Nafsu makan 9. Pola tidur 	<p>Intervensi utama Manajemen nyeri</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitasnya 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 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik non farmakologi <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - edukasi pentingnya manajemen <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analgetik sesuai dengan intruksi dokter
3.	<p>Gangguan mobilitas</p> <p>Kategori :fisiologis</p> <p>Subkategori :aktivitas/istirahat</p> <p>Definisi : Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih eksternitas secara mandiri</p> <p>Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kerusakan integritas struktur tulang 2. Perubahan metabolisme 3. Ketidakbugaran fisik 	<p>Selama dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama.....X24 jam tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>Meningkat :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan pergerakan eksternitas 2. Kekuatan otot 3. Rentang gerak sendi <p>Menurun :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri 	<p>Dukungan Ambuti</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi nyeri atau keluhan ambulasi 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi <p>Terapeutik</p>

	<p>4. Penurunan kendali otot 5. Penurunan masa otot 6. Penurunan kekuatan otot 7. Keterlambatan perkembangan 8. Kekuatan sendi 9. Kontraktur 10. Malnutrisi 11. Gangguan musculoskeletal 12. Gangguan neuromuscular 13. Indeks masatubuh diatas persentil ke 75 sesuai usia 14. Efek agen farmakologis 15. Program pembatasan gerak 16. Nyeri 17. Kurang terpapar informasi aktivitas fisik 18. Kecemasan 19. Gangguan kognitif 20. Keengganan melakukan pergeseran 21. Gangguan sensori-persepsi</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>1. Mengeluh sulit menggerakan ekstermitas</p> <p>Objektif</p> <p>1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak(ROM) menurun</p> <p>Subjektif</p> <p>1. Nyeri saat begerak</p>	<p>2. Cemas 3. Kaku sendi 4. Gerakan tidak koordinasi 5. Gerakan terbatas 6. Kelemahan fisik</p>	<p>1. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis.tongkat,kruk) 2. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik jika perlu 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi 2. Ajukan melakukan ambulasi dini 3. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi).</p> <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tim rehab medik/fisioterapi
4.	<p>Resiko infeksi</p> <p>Kategori: Lingkungan</p> <p>Subkategori keamanan dan proteksi</p> <p>Definisi : beresiko mengalami peningkatan teserang prganisme patogenik</p> <p>Data subjektif :</p> <p>Data objektif :</p> <p>1. Penurunan hemoglobin</p>	<p>Selama dilakukan tindakan keperawatan selama...x24 jam, diharapkan klien mampu mengatasiresiko infeksi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Asupan nutrisi tidak terganggu 2. Nyeri dapat ditangani 3. Demam dapat ditangani 	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor adanya tanda dan gejala ingeksi 2. Monitor kerentanan terhadap infeksi <p>Mandiri :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan terapi antibiotik yang sesuai 2. Tingkatkan intake nutrisi yang tepat 3. Anjutkan istirahat yang cukup

	2. Supresi respon implamasi	4. Kadar sel darah putih dalam rentang normal	4. Berikan perawatan kuit yang tepat untuk area yang mengalami edema Edukasi : 1. Ajarkan pasien dan keluarga mengenal tanda dan gejala infeksi 2. Jelaskan pada pasien dan keluarga mengenai penularan infeksi
5.	<p>Syok hipovolemik</p> <p>Kategori : fisiologis</p> <p>Subkategori : Nutrisi/cairan</p> <p>Definisi : Beresiko mengalami ketidak cukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa</p> <p>Faktor resiko:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hipoksemia 2. Hipoksia 3. Hipotensi 4. Kekurangan volume cairan 5. Sepsis 6. Sindrom respon inflamasi siskemik (SIRS) <p>Kondisi terkait:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perdarahan 2. Trauma 3. Pneumothoraks 4. Infark 5. Kardiomiopati 6. Cedera medula spinalis 7. Anafilaksia 8. Sepsis 9. Koagulasi intravaskuler diseminata 10. Sindrom respon inflamasi siskemik (SIRS) 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama...x24 jam diagnosta kerusakan integritas kulit dapat diatas dengan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak terjadi penurunan tekanan nadi penter 2. Waktu pengisian kapiler kurang dari 3 detik nadi tidak lemah 3. Klien tidak mengalami akral dingin lembab/bassah 4. Klien tidak tampak pucat 5. Klien tidak mengalami penurunan kesadaran 	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor adanya respon kompensasi awal syok (misalnya, tekanan darah normal, nadi melemah, hipotensi, ortostatik ringan, perlambatan pengisian kapiler, pucat/dinfin pada kulit, takipnea, mualmunta, peningkatan rasa haus dan kelelahan) 2. Monitor adanya tanda awal reaksi alergi misalnya rhinitis, mengispnea,gatal gatal dan ke merahan, angiodema pada kulit gangguan saluran pencernaan dll 3. Monitor kemungkinan penyebab kehilangan cairan misalnya selang dada, luka, drainase <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tekanan darah, nadi, suhu <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Posisi datar/Trendelenburg <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edukasi tanda bahaya <p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cairan infus, transfusi sesuai instruksi dokter
6.	<p>Kerusakan integritas kulit</p> <p>Kategori: Lingkungan</p>	Detelah dilakukan tindakan keperawatan selama...x24 jam maka	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas

	<p>Sub kategori : Keamanan dan proteksi</p> <p>Definisi : Kerusakan kulit (dermis dan epidermis) atau jaringan membra, mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan ligamen</p> <p>Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perubahan sirkulasi 2. Perubahan status nutrisi 3. Kekurangan/kelebihan volume cairan 4. Penurunan mobilitas 5. Bahan kimia iriatif 6. Suhu lingkungan yang ekstrem 7. Faktor mekanis 8. Efek samping terapi radiasi 9. Kelembapan 10. Proses penuaan 11. Peuropati ferifer 12. Perubahan pigmentasi 13. Perubahan hormonal 14. Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan atau melindungi 	<p>integritas kulit dan jaringan pada pasien dapat membaik dengan</p> <p>kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perfusi jaringan meningkat 2. Kerusakan jaringan menurun 3. Kerusakan lapisan kulit menurun 4. Hematoma menurun 5. Tekstur membaik 	<p>kulit (mis. perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembapan, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilisasi</p> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring 2. Lakukan pemijatan pada area penanjolan tulang jika perlu, 3. Bersihkan perineal dengan air hangat tertama selama periode 4. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering 5. Gunakan produk berbahan ringan/alamai dan hipoalergik pada kulit sensitif. <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ganti balutan sesuai SOP <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan cara menjaga kebersihan luka <p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rujuk tim luka jika terjadi infeksi lokal
--	---	--	--

2.6.4 Intervensi Keperawatan

berikut ini merupakan rencana asuhan keperawatan yang meliputi diagnosa keperawatan tujuan & dan kriteria hasil dan intervensi keperawatan menurut standar diagnosis keperawatan indonesia (SDKI), standar luaran keperawatan indonesia (SLKI), dan standar intervensi keperawatan indonesia (SIKI). Berdasarkan (PPNI, 2018).

2.6.5 Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan tahap pelaksanaan dari rencana tindakan keperawatan yang telah disusun berdasarkan analisa data dan diagnosa keperawatan. Sebelum melaksanakan intervensi, perawat perlu memvalidasi ulang apakah tindakan yang direncanakan masih sesuai dengan kondisi pasien saat ini (Prabowo, 2014). Validasi dilakukan dengan melakukan pengkajian ulang terhadap status fisik, psikologis, dan kebutuhan pasien.

Dalam kasus pasien fraktur dengan gangguan citra tubuh, implementasi tidak hanya mencakup intervensi fisik seperti manajemen nyeri, perawatan luka, dan mobilisasi, tetapi juga mencakup **intervensi psikososial**, salah satunya adalah **terapi afirmasi positif**. Afirmasi positif dilakukan melalui pemberian pernyataan-pernyataan positif secara verbal maupun tertulis yang bertujuan untuk memperkuat harga diri, meningkatkan penerimaan terhadap kondisi tubuh, dan menumbuhkan pola pikir yang sehat.

Menurut Handayani (2020), afirmasi positif dapat membantu pasien membangun kembali kepercayaan diri, mengurangi kecemasan, dan mempercepat

adaptasi terhadap perubahan bentuk tubuh akibat trauma atau tindakan medis. Intervensi ini dilakukan secara bertahap melalui komunikasi terapeutik yang suportif, pemberian kalimat afirmasi yang sesuai dengan kondisi pasien, dan pemantauan terhadap respons psikologis pasien setelah intervensi dilakukan.

Selain itu, Potter & Perry (2020) juga menyatakan bahwa afirmasi positif termasuk ke dalam intervensi non-farmakologis yang efektif untuk menurunkan tekanan emosional, meningkatkan penerimaan diri, serta membentuk persepsi tubuh yang lebih positif dalam konteks asuhan keperawatan yang holistik.

2.6.6 Evaluasi

Menurut Prabowo (2014), evaluasi keperawatan mengharuskan perawat melakukan pemeriksaan secara kritikal dan menyatakan respon pasien terhadap intervensi yang telah diberikan. Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP yaitu sebagai berikut :

- a. S : Respon subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan dan dapat diukur misalnya dengan menanyakan “bagaimana perasaan klien setelah kita mendiskusikan aspek positif dalam diri klien?”
- b. O : respon objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan dan dapat diukur dengan mengobservasi perilaku pasien pada saat komunikasi dan tindakan dilakukan.
- c. A : Analisis ulang atas data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan masalah tersebut masih muncul atau muncul masalah baru atau ada data yang kontradiksi dengan masalah yang ada.

- d. P : Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisis pada respons pasien yang terdiri dari tindakan lanjut pasien dan tindakan lanjut oleh perawat.

Pasien dan keluarga perlu dilibatkan dalam evaluasi agar perawat dapat melihat perubahan yang terjadi pada pasien. Pada tahap evaluasi sangat diperlukan adanya reinforcement untuk menguatkan perubahan yang positif. Pasien dan keluarga juga harus diberikan motivasi untuk melakukan self reinforcement (Prabowo, 2014).

