

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **2.1. Konsep Patah tulang**

##### **2.1.1 Patah Tulang (Fraktur)**

Fraktur adalah patah tulang, bisa disebabkan karena trauma atau tenaga fisik, kekuatan dan sudut dari tenaga tersebut, keadaan tulang dan jaringan lunak disekitar tulang merupakan penentu apakah fraktur terjadi lengkap atau tidak lengkap (Astanti, 2017). Patah tulang merupakan sebuah gangguan pada struktur tulang. Patah tulang terjadi karena terjadinya tekanan pada tulang secara berlebih sehingga membuat tulang mengalami kerusakan (Smelzer, 2013 dalam (Syah *et al*, 2018).

Fraktur merupakan retakan atau patahan yang terjadi pada tulang yang mengakibatkan fungsi tulang menjadi abnormal dan membuat seseorang yang mengalami fraktur akan menjadi terbatas akibat dari keadaan tulang yang abnormal yang diakibatkan oleh tekanan berlebih atau trauma (Aini & Reskita, 2018). Fraktur dapat terjadi disebabkan berbagai factor, salah satu factor yang sering terjadi adalah fraktur yang diakibatkan oleh kecelakaan (Syah *et al*, 2018).



### 2.1.2 Anatomi fisiologi

Tulang dibentuk oleh jaringan utama yang terdiri dari kalsium dan memiliki sifat kaku. Secara umum, fungsi tulang sebagai formasi kerangka dengan membentuk rangka tubuh, menentukan bentuk dan ukuran tubuh. Tulang juga memiliki fungsi sebagai pergerakan, perlindungan (organ-organ lunak dalam tubuh), pembentuk sel darah merah dalam sumsum tulang merah, dan tempat penyimpanan mineral (Sarwadi & Erfanto, 2014).

Menurut Sarwadi & Erfanto (2014), tulang berdasarkan jaringan penyusun dan sifat fisiknya terdiri atas :

#### 1. Tulang rawan

Hanya mengandung sedikit zat kapur sehingga lebih lunak, biasanya terdapat pada bayi dan terdiri atas tiga bagian yaitu tulang rawan hyalin, tulang rawan fibrosa, dan tulang rawan elastik.

#### 2. Tulang sejati (osteon)

Bersifat keras dan berfungsi menyusun berbagai sistem rangka. Susunannya terdiri dari sedikit sel dan matriknya diperkuat zat kapur sehingga kuat dan keras. Rongga didalam tulang berisi sumsum yang terdiri dua macam yaitu sumsum kering dan sumsum merah.

### **2.1.3 Etiologi**

Menurut Purwanto (2016), etiologi/faktor penyebab terjadinya fraktur adalah sebagai berikut:

#### **1 Trauma langsung**

Yaitu apabila fraktur terjadi di tempat dimana bagian tersebut mendapat kekerasan misalnya benturan, pukulan yang mengakibatkan patah tulang. Jaringan lunak disekitar trauma, biasanya juga akan mengalami kerusakan.

#### **2. Trauma yang tak langsung**

Yaitu apabila trauma dihantarkan ke daerah yang lebih jauh dari daerah fraktur. Misalnya penderita jatuh dengan lengan dalam keadaan ekstensi dapat terjadi fraktur pada pegelangan tangan.

#### **3. Trauma akibat tarikan otot**

Patah tulang akibat hal ini jarang terjadi, namun kekerasan biasanya berupa pemuntiran (rotasi) , penekukan, penekanan dan penarikan

Etiologi lainnya:

- a. Kecelakaan, dan jatuh, kecelakaan kendaraan bermotor atau sepeda, dan mobil.
- b. Kecelakaan pada saat olahraga, anak dengan ketergantungan.
- c. Cedera akibat kekerasan

#### **2.1.4 Patofisiologi**

Fraktur terjadi ketika tulang terpajan oleh energi kinetik yang lebih besar daripada yang dapat diabsorpsi. Fraktur dapat terjadi akibat pukulan langsung, kekuatan tabrakan (kompresi), gerakan memutar tiba-tiba, kontraksi otot berat, atau penyakit yang melemahkan tulang (LeMone, Burke, & Bauldoff, 2012).

Keparahan dari fraktur tergantung pada gaya/ tekanan yang menyebabkan fraktur. Jika tekanan pada suatu tulang hanya sedikit, maka tulang mungkin hanya retak saja bukan patah, jika tekanan yang didapat lebih besar maka tulang dapat pecah berkeping-keping (Black & Hawks, 2014). Kerusakan pembuluh darah akan mengakibatkan perdarahan, sehingga volume darah menurun. Hematoma akan mengeksudasi plasma dan poliferasi menjadi edem lokal. Fraktur akan mengenai serabut saraf sehingga menimbulkan rasa tidak nyaman nyeri, selain itu dapat mengenai tulang dan dapat terjadi neurovaskuler yang menimbulkan mobilitas fisik terganggu. Disamping itu, dapat juga mengenai jaringan lunak sehingga menyebabkan kerusakan integritas kulit, dan kemungkinan juga dapat terjadi infeksi karena terkontaminasi dengan udara luar (Indriani, 2017).

Setelah terjadi fraktur, periosteum dan pembuluh darah serta saraf dalam korteks marrow dan jaringan lunak yang membungkus tulang menjadi rusak sehingga menyebabkan perdarahan. Pada saat

perdarahan terjadi terbentuklah hematoma di rongga medulla tulang, sehingga jaringan tulang segera berdekatan kebagian tulang yang patah. Jaringan yang mengalami nekrosis akan menstimulasi terjadinya respon inflamasi yang di tandai dengan vasodilatasi, eksudasi plasma dan leukosit serta infiltrasi sel darah putih. Kejadian inilah yang merupakan dasar dari proses penyembuhan tulang nantinya (Black & Hawks, 2014).

#### **2.1.5 Klasifikasi Fraktur**

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

##### **1. Fraktur terbuka**

Fraktur terbuka adalah patah tulang yang menembus kulit dan memungkinkan adanya hubungan dengan dunia luar serta menjadikan adanyakemungkinan untuk masuknya kuman/bakteri ke dalam luka.

##### **2. Fraktur tertutup**

Fraktur tertutup adalah patah tulang yang tidak mengakibatkan robeknya kulit sehingga tidak ada kontak dengan dunia luar.

#### **2.1.6 Manifestasi Klinis Post ORIF**

Menurut Syukur (2014), tanda gejala post ORIF diantaranya :

1. Rasa nyeri yang timbul karena proses pembedahan.
2. Adanya keterbatasan gerak setelah proses pembedahan.
3. Penurunan kekuatan otot.

4. Gangguan aktivitas fungsional terutama bagian yang mengalami post Orif
5. Adanya keterbatasan gerak setelah proses pembedahan.
6. Penurunan kekuatan otot.
7. Gangguan aktivitas fungsional terutama bagian yang mengalami post Orif

#### **2.1.7 Komplikasi Post ORIF**

Menurut Sulistyaningsih (2016), komplikasi post ORIF:

1. Nyeri merupakan keluhan yang paling sering terjadi setelah bedah ORIF, nyeri yang sangat hebat akan dirasakan pada beberapa hari pertama.
2. Gangguan mobilitas pada pasien pasca bedah ORIF juga akan terjadi akibat proses pembedahan.
3. Kelelahan sering kali terjadi yaitu kelelahan sebagai suatu sensasi. Gejala nyeri otot, nyeri sendi, sakit kepala, dan kelemahan dapat terjadi akibat kelelahan sistem muskuloskeletal.
4. Perubahan ukuran, bentuk dan fungsi tubuh yang dapat mengubah sistem tubuh, keterbatasan gerak, kegiatan, dan penampilan juga sering kali dirasakan oleh pasien pasca bedah ORIF.

#### **2.1.8 Pemeriksaan penunjang**

1. Radiografi

Radiografi merupakan metode umum untuk mengkaji fraktur. Penggunaan posisi radiologis yang tepat sangat penting untuk mengkaji kecurigaan fraktur dengantepat. Dua posisi (anteroposterior dan lateral) yang diambil pada sudut yang tepat merupakan jumlah minimal yang diperlukan untuk pengkajian fraktur, dan gambar tersebut harus mencakup sendi di atas dan di bawah lokasi fraktur untuk mengidentifikasi adanya dislokasi atau subluksasi. Temuan rontgen yang tidak normal antara lain edema jaringan lunak atau pergeseran udara karena pergeseran tulang setelah cedera. Radiografi daritulang yang patah akan menunjukkan perubahan pada kontur normalnya dan gangguan muskuloskeletal disrupsi dari hubungan sendi yang normal. Garis fraktur akan tampak radiolusens. Radiografi biasanya dilakukan sebelum reduksi. fraktur, setelah reduksi, dan kemudian secara periodik saat penyembuhan tulang. Tomografi komputer (CT) dapat digunakan untuk mengetahui adanya fraktur. Keuntungan dari CT adalah kita bisa melihat gangguan (hematoma) pada struktur lain (pembuluh darah).

## 2. Tomografi, CT scan, MRI (bila diperlukan)

Ultrasonografi dan scan tulang dengan radioisotop. (scan) tulang terutama berguna ketika radiografi atau CT scan memberikan hasil negatif pada kecurigaan fraktur secara klinis

## 3. Pemeriksaan darah lengkap (DL) dan golongan darah

Hematokrit mungkin meningkat (hemokonsentrasi) atau menurun (perdarahan bermakna pada sisi fraktur atau organ jauh pada traumamultiple). Peningkatan sel darah putih adalah respon stress normal setelah trauma. Profil koagulasi : perubahan dapat terjadi pada kehilangan darah.

#### **2.1.9 Penatalaksanaan**

Menurut Wati (2018), beberapa hal yang perlu diperhatikan pasca ORIF yaitu:

1. Oksigenasi dan ventilasi

Oksigenasi sangat penting untuk penderita pasca bedah. Nyeri dan menggigil meningkatkan kebutuhan oksigen, sementara anestetik menekan pernafasan sehingga menambah ketidakseimbangan ventilasiatau perfusi oksigen.

2. Keseimbangan cairan

Penderita pascabedah umumnya oligurik, tetapi juga kurang toleran terhadap air sehingga setiap pemberian cairan yang tidak diimbangi dengan diuresis akan dapat menyebabkan kelebihan cairan dalam tubuh.

3. Pantau tanda-tanda vital

Nadi, tekanan darah, nafas, suhu tubuh perlu dipantau secara rutin. Karena penderita pasca bedah dapat mengalami hipotermia dan hipertermia.

4. Pemberian terapi antibiotic



5. Terapi antibiotic profilaksis diberikan kepada pasien operasi *clean contaminated*, misalnya pada operasi traktus biliaris, reseksi usus, operasi hernia dengan mesh, pemasangan *plate&screw*.

6. Pemberian tranfusi darah dan pemantauan rutin

Kadar hemoglobin dapat terus menurun pasca bedah akibat perdarahan yang terus berlangsung atau terjadi hemodilusi akibat pemberian cairaninfuse dalam jumlah besar.

7. Pemberian nutrisi

Berdasarkan status nutrisi dan kebutuhan pasien pasca bedah, nutrisi dapat diberikan secara bertahap.

8. Perawatan luka operasi

Pembalut luka steril biasanya diganti setelah 48 jam bila luka bersih dan kering untuk menghindari terjadinya infeksi.

## **2.2. Terapi murrotal**

Menurut Yana et al (2015) Salah satu teknik distraksi yang bisa digunakan yaitu murotal Al-Qur'an. Murotal Al-Qur'an merupakan rekaman suara Al- Qur'an yang dilagukan oleh seorang Qori'. Suara dapat menurunkan hormon- hormon stres, mengaktifkan endorphen alami, meningkatkan perasaan rileks, dan mengalihkan perhatian dari rasa takut, cemas, dan tegang, memperbaiki sistem kimia tubuh sehingga menurunkan tekanan darah, memperlambat pernafasan, detak jantung, denyut nadi, dan aktifitas gelombang otak. Terapi murotal Al-Qur'an dapat mempercepat penyembuhan, hal ini telah dibuktikan oleh beberapa ahli seperti yang

dilakukan Ahmad Al Khadi direktur utama Islamic Medicine Institute for Education and Research di Florida, Amerika Serikat, dengan hasil penelitian menunjukkan 97% bahwa mendengarkan ayat suci Al-Qur'an memiliki pengaruh mendatangkan ketenangan dan menurunkan ketegangan urat saraf reflektif.

Terapi murottal Al-Quran bekerja pada otak, dimana ketika terapi dibaca atau didengarkan, maka otak akan memproduksi zat neuropeptid. Zat ini akan menyangkut pada reseptor-reseptor yang ada didalam tubuh dan memberikan umpan balik berupa rasa nikmat dan rasa nyaman (Turlina & Nurhayati, 2017). Rangsangan auditori murottal mempunyai efek distraksi yang meningkatkan pembentukan endorphen yang membuat relaksasi otot (Dzulqaidah & Salsabila, 2014). Lantunan Al-Qur'an secara fisik mengandung unsur suara manusia, suara manusia merupakan instrumen penyembuhan yang menakjubkan dan alat yang paling mudah dijangkau. Suara dapat menurunkan hormon-hormon stres, mengaktifkan hormon endorfin alami, meningkatkan perasaan rileks, dan mengalihkan perhatian dari rasa takut, cemas dan tegang, memperbaiki sistem kimia tubuh sehingga menurunkan tekanan darah serta memperlambat pernafasan, detak jantung, denyut nadi, dan aktivitas gelombang otak. Laju pernafasan yang lebih dalam atau lebih lambat tersebut sangat baik menimbulkan ketenangan, kendali emosi, pemikiran yang lebih dalam dan metabolisme yang lebih baik (Handayani et al., 2014).

### **2.3 Konsep Nyeri**

### **2.3.1 Definisi**

Nyeri merupakan salah satu gejala yang paling sering ditemukan pada masalah sistem muskuloskeletal. Kebanyakan pasien dengan penyakit atau kondisi traumatis (otot, tulang, dan sendi) biasanya mengalami nyeri. Nyeri tulang biasanya digambarkan sebagai nyeri dalam tumpul yang bersifat menusuk, sedangkan nyeri pada otot biasanya digambarkan sebagai rasa pegal. Nyeri fraktur bersifat tajam dan menusuk.

### **2.3.2 Klasifikasi**

#### **1. Berdasarkan durasi nyeri**

##### **a. Nyeri akut**

1. Nyeri akut datang secara tiba-tiba dengan durasi yang singkat dan bersifat sementara.
2. Keberadaan nyeri jelas dan besar kemungkinan rasa nyeri dapat cepat hilang.
3. Area nyeri dapat diidentifikasi.

##### **b. Nyeri kronis**

1. Nyeri kronis dapat menetap (kronis) selama lebih dari 6 bulan.
  2. Intensitas nyeri sukar untuk diturunkan.
  3. Area nyeri tidak mudah untuk diidentifikasi.
- 
4. Rasa nyeri biasanya kurang jelas, dan kecil kemungkinan untuk sembuh.

2. Berdasarkan skala nyeri

- a. 0 : tidak nyeri
- b. 1-3 : nyeri ringan
- c. 4-6 : nyeri sedang
- d. 7-9 : nyeri berat
- e. 10 : nyeri tidak terkontrol

3. Berdasarkan transmisi nyeri

- a. Nyeri menjalar, yang terjadi pada bisang luas dan pada struktur yang terbentuk dari embrionik dermatom yang sama.
- b. Nyeri rujukan (reffered poin), yang bergerak dari suatu daerah ke daerahlain.

4. Berdasarkan sumber nyeri

- a. Nyeri superfisial, yang bersifat tajam, menusuk, dan membakar.
- b. Nyeri dalam, yang bersifat tajam, tumpul, dan terasaa terus menerus.
- c. Nyeri visceral, yang bersifat tajam, tumpul, dan dapat terjadi kejang.

5. Berdasarkan penyebab nyeri

- a. Termik, yang disebabkan oleh perbedaan suhu yang ada (ekstrem).
- b. Kimia, yang disebabkan oleh bahan atau zat kimia.
- c. Mekanik, yang disebabkan oleh trauma fisik atau mekanik.

d. Elektrik, yang disebabkan oleh aliran listrik.

e. Psikogenis, tanpa diketahui adanya kelainan fisik, dan bersifat psikologis. menyebar pada keadaan yang 22 menimbulkan tekanan pada serabut saraf nyeri. Pangkajian maupun penanganan keperawatan harus dibedakan karena untuk masingmasing pasien bisa berbeda.

### **2.3.3 Skala Nyeri**

Skala nyeri Intensitas nyeri merupakan gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan oleh individu, pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual serta kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda. Penilaian intensitas nyeri dilakukan dengan menggunakan skala :

1. Skala deskriptif merupakan alat pengukuran tingkat kepaahan nyeri lebih objektif. Skala pendeskripsi verbal (Verbal Descriptor Scale, VDS) merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai kata pendeskripsi yang tersusun dengan jarak yang sama di sepanjang garis. Pendeskripsian ini diranking dari “tidak terasa nyeri’ sampai “nyeri yang tidak tertahankan”.

1. Tidak Nyeri
2. Nyeri ringan
3. Nyeri sedang
4. Nyeriberat yang tidak tertahankan

2. Skala Numerik

Skala penulisan numerik (Numerical rating scales, NRS) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Dalam hal ini, 23 klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik.

### 3. Skala Analog Visual

Skala analog visual (visual analog scale, VAS) adalah suatu garis lurus atau horizontal sepanjang 10 cm, yang mewakili intensitas nyeri yang terus-menerus dan pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Pasien diminta untuk menunjuk titik pada garis yang menunjukkan letak nyeri yang terjadi sepanjang garis tersebut. Ujung kiri biasanya menandakan “tidak ada” atau “tidak nyeri”, sedangkan ujung kanan menandakan “berat” atau “nyeri yang paling buruk”. Untuk menilai hasil, sebuah penggaris diletakan sepanjang garis dan jarak yang dibuat pasien pada garis “tidak ada nyeri” diukur dan ditulis dalam centimeter.

## 2.4 Asuhan Keperawatan Teori

### A. Pengkajian

#### 1. Identitas pasien

Berisi biodata pasien yaitu nama, umur, jenis kelamin, tempat tanggal lahir, golongan darah, pendidikan terakhir, agama, suku, status perkawinan, pekerjaan, TB/BG, alamat.

#### 2. Identitas penanggung jawab

Berisikan biodata penanggung jawab pasien yaitu nama, umur, jenis kelamin, agama, suku, hubungan dengan klien, pendidikan

terakhir, pekerjaan, alamat.

### 3. Keluhan utama

Pada umumnya keluhan utama pada kasus fraktur adalah rasa nyeri.

Nyeritersebut bisa akut atau kronik tergantung dan lamanya serangan.

### 4. Riwayat kesehatan

#### a. Riwayat kesehatan sekarang

Pengumpulan data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari fraktur, yang nantinya membantu dalam membuat rencana tindakan terhadap klien. Ini bisa berupa kronologi terjadinya penyakit tersebut sehingga nantinya kronologi terjadinya penyakit tersebut sehingga nantinya bisa ditentukan kekuatan yang terjadi dan bagian tubuh mana yang terkena tubuh mana yang terkena. Selain itu, dengan mengetahui mekanisme terjadinya kecelakaan bisa diketahui luka kecelakaan yang lain.

#### b. Riwayat kesehatan dahulu

Perlu ditanyakan penyakit-penyakit yang dialami sebelumnya yang kemungkinan mempunyai hubungan dengan masalah yang dialami pasien sekarang, seperti apakah pasien pernah mengalami fraktur atau trauma sebelumnya.

#### c. Riwayat kesehatan keluarga

Berisikan data ada tidaknya riwayat penyakit menular seperti hipertensi, diabetes mellitus, dan lain sebagainya

### 5. Pemeriksaan Fisik

a. Tingkat kesadaran

1) Kuantitati dengan penilaian Glasgow Coma Scale

No	Komponen	Nilai	Hasil
1	Verbal	1	Hasil Berespon
		2	Suara tidak dapat dimengerti
		3	Rintihan Bicara Ngawur/tidak nyambungBicara
		4	Membingunkan
		5	Orientasi baik
2	Motorik	1	Tidak berespon Ekstensi abnormalFleksi
		2	abnormal
		3	Menghindari area nyeri
		4	



		5	Melokalisasi nyeriIkut perintah
		6	
3	Reaksi	1	Tidak berespon
	Membuka	2	Dengan ransangan nyeri
	Mata(Eye)	3	Dengan perintah (sentuh)
		4	Spontan

b. Fungsi motoric

Setiap ekstermitas diperiksa dan dinilai dengan skala berikut ini yang digunakan secara internasional:

Kekuatan otot

Respon	Skala
Kekuatan normal	5
Kelemahan sedang, bisa terangkat, bisa melawan gravitasi, namun tidak mampu melawan tahanan pemeriksa, gerakan tidakterkoordinasi	4
Kelemahan berat, terangkat sedikit <450, Tidak mampu melawan gravitasi	3
Kelemahan berat, dapat digerakkan, mampu terangkat sedikit	2
Gerakan trace/tidak dapat digerakkan, tonus otot ada	1
Tidak ada gerakan	0

c. Aspek neurologis

- 1) Kaji GCS (cedera kepala ringan 14-15, cedera kepala sedang 9-13, cedera kepala berat 3-8).
- 2) Disorientasi tempat/waktu
- 3) Perubahan status mental
- 4) Nervus Cranial XII (sensasi, pola bicara abnormal)
- 5) Perubahan pupil/penglihatan kabur diplopia, foto phobia  
kehilangan sebagian lapang pandang
- 6) Perubahan tanda-tanda vital
- 7) Gangguan pengecap dan penciuman, serta pendengaran
- 8) Tanda-tanda peningkatan TIK
- 9) Penurunan kesadaran
- 10) Peningkatan tekanan darah systole

d. Aspek kardiovaskuler

- 1) Perubahan tekanan darah (menurun/meningkat)
- 2) Denyut nadi (bradikardi, tachi kardi, irama tidak teratur)
- 3) TD naik, TIK naik

e. System pernafasan

- 1) Perubahan pola nafas (apnea yang diselingi oleh hiperventilasi), nafas berbunyi stridor, tersedak
- 2) Irama, frekuensi, kedalaman, bunyi nafas. Ronkhi, mengi,

f. Kebutuhan dasar

- 1) Eliminasi : perubahan pada BAB/BAK (inkontinensia, obstipasi, hematuri)
- 2) Nutrisi : mual, muntah, gangguan pencernaan/menelan makanan, kaji bisung usus
- 3) Istirahat : kelemahan, mobilisasi, kelelahan, tidur kurang

g. Pengkajian psikologis

- 1) Gangguan emosi/apatis, delirium
- 2) Perubahan tingkah laku atau kepribadian

h. Pengkajian social

- 1) Hubungan dengan orang terdekat
- 2) Kemampuan komunikasi, afasia motorik atau sensorik, bicara tanpa arti, disartria, anomia

i. Nervus cranial

- 1) N.I : penurunan daya penciuman
- 2) N.II : pada trauma frontalis terjadi penurunan penglihatan
- 3) N.III, IV, VI : penurunan lapang pandang, reflek cahaya menurun, perubahan ukuran pupil, bola mata tidak dapat mengikuti perintah, anisokor
- 4) N.V : gangguan mengunyah
- 5) N.II, XII : lemahnya penutupan kelopak mata, hilangnya rasa pada 2/3 anterior lidah

6) N.VIII : penurunan pendengaran dan keseimbangan tubuh7.)

N.IX, X,XI : jarang ditemukan

#### **B. Masalah Keperawatan**

1. Nyeri Akut
2. Gangguan Mobilitas Fisik
3. Risiko infeksi

### C. Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional												
1.	Nyeri akut  b/dagen  cedera fisik	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun ( <b>L.08066</b> )  dengan kriteri hasil: <table><tr><td>Kriteria</td><td>Awal</td><td>Tar get</td></tr><tr><td>Keluhan nyeri</td><td>4</td><td>2</td></tr><tr><td>Meringis</td><td>4</td><td>2</td></tr><tr><td>Gelisah</td><td>4</td><td>2</td></tr></table>	Kriteria	Awal	Tar get	Keluhan nyeri	4	2	Meringis	4	2	Gelisah	4	2	Observasi:  1. Identifikasi lokasi,  karakteristik, durasi,  frekuensi, kualitas, intensitas  nyeri  2. identifikasi skla nyeri  3. identifikasi respon nyeri non  verbal	Observasi  1. Untuk Identifikasi sklanyeri  2. Untuk Identifikasi factor  yang memperberat dan  meringkan nyeri  Terapeutik:  3. Supaya nyeri berkurang  dengan memberikan teknik
Kriteria	Awal	Tar get														
Keluhan nyeri	4	2														
Meringis	4	2														
Gelisah	4	2														

		<table><tr><td>Frekuensi nadi</td><td>4</td><td>2</td></tr></table>	Frekuensi nadi	4	2			
Frekuensi nadi	4	2						
		Keterangan:						
		1. Menurun	4. Identifikasi factor yang memperberat dan meringkan nyeri		nonfarmakologis : Touch Therapy selama 15 menit			
		2. Cukup menurun	5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri		4. Untuk Fasilitasi istirahatdan tidur			
		3. Sedang	6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap nyeri					
		4. Cukup meningkat		Kolaborasi :				
		5. Meningkat						

			<p>7. Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup</p> <p>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>9. Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>Terapeutik:</p> <p>1. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresure dll.)</p> <p>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (Mis: suhu ruangan, pencahayaan, suhu</p>	<p>Untuk mengurangi nyeri dengan kolaborasi pemberian obat nyeri</p>
--	--	--	--	--

			<p>ruangan)</p> <p>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>4. pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p>	
--	--	--	--	--



			<p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>2. jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>4. anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</li> <li>5. ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri</li> </ol>	
--	--	--	--	--

			<p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. kolaborasi pemberiananalgetik, jika perlu</li> </ol>	
--	--	--	--	--

2.	Gangguan mobilitas fisik b/d	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka diharapkan kemampuan pasien dalam melakukan gerakan fisik dapat meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li>2. Kekuatan otot meningkat</li> <li>3. Rentang ROM meningkat</li> <li>4. Myeri menurun</li> <li>5. Gerakan terbatas menurun</li> <li>6. Kelemahan fisik menurun</li> </ol>	<p><b>Dukungan MobilisasiObservasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</li> <li>4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Fasilitasi aktivitas</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui adanya keluhan nyeri dan keluhan lainnya</li> <li>2. Mengetahui toleransi fisik dan dapat melakukan pergerakan</li> <li>3. Mengetahui frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</li> <li>4. Mengetahui keadaan umum pasien sebelum dilakukannya mobilisasi</li> <li>5. Membantu pasien dalam memudahkan melakukan mobilisasi menggunakan alat bantu</li> </ol>
----	---------------------------------	---	--	--

			<p>mobilisasi dengan alat bantu</p> <p>6. Fasilitasi melakukan</p> <p>pergerakan, jikas pelu</p>	<p>6. Membantu pasien dalam</p> <p>melakukan pergerakan untuk</p> <p>memudahkan</p> <p>ketika melakukan gerak</p>
--	--	--	--	---

			<p>7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan</p>	<p>7. Agar keluarga dapat membantu pasien dalam melakukan dan meningkatkan pergerakan</p> <p>8. Agar pasien dan keluarga mengetahui tujuan dan prosedur dari mobilisasi</p> <p>9. Membantu pasien dalam proses penyembuhan dengan melakukan mobilisasi sedikit demi sedikit</p> <p>10. Agar pasien mandiri dan</p>
--	--	--	---	--

				dapat melakukan mobilisasi secara mandiri
--	--	--	--	--

3	Risiko infeksi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan tidak terjadi infeksi</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Integritas kulit cukup meningkat</li> <li>2. Integritas mukosa cukup meningkat</li> <li>3. Infeksi tidak berulang</li> <li>4. Suhu tubuh cukup membaik</li> </ol>	<p><b>Pencegahan Infeksi Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi dan menurunkan risiko terinfeksi organisme patogenik</li> <li>2. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Batasi jumlah pengunjung</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk melihat dan membantu menurunkan risiko terinfeksi organisme patogenik</li> <li>2. Untuk mengetahui jika terjadi tanda dan gejala infeksi</li> <li>3. Memberikan ketenangan agar pasien beristirahat dan mengurangi kebisingan</li> <li>4. Memberikan informasi kepada pasien dan terhadap tanda dan gejala infeksi</li> <li>5. Untuk mengurangi terjadinya</li> </ol>
---	----------------	--	--	---

			<p>4. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>5. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</p>	<p>infeksi silang atau menyebarkan mikroorganisme</p>
--	--	--	--	---



#### **D. Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan ialah proses pelaksanaan dari rencana atau intervensi keperawatan yang dilakukan untuk mencapai tujuan spesifik yang telah ditentukan sebelumnya. Tahapan ini dimulai setelah rencana intervensi disusun dan menjadi tujuan pada *nursing order* untuk membantu pasien dalam mencapai tujuan proses keperawatan yang diharapkan. Oleh sebab itu, implementasi sebagai manifestasi pelaksanaan intervensi yang spesifik, dilakukan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan (Nursalam, 2017).

#### **E. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi adalah fase kelima dan fase terakhir proses keperawatan. Dalam konteks ini, evaluasi adalah aktivitas yang direncanakan, berkelanjutan, dan terarah ketika pasien dan profesional kesehatan menentukan kemajuan pasien menuju pencapaian tujuan/hasil, dan keefektifan rencana asuhan keperawatan. Tujuan evaluasi adalah untuk menilai pencapaian tujuan pada rencana keperawatan yang telah ditetapkan, mengidentifikasi variabel-variabel yang akan mempengaruhi pencapaian tujuan, dan mengambil keputusan apakah rencana keperawatan diteruskan, modifikasi atau dihentikan.

Dokumentasi pada tahap evaluasi adalah membandingkan secara sistematis dan terencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan kenyataan yang ada pada pasien, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan pasien dan tenaga kesehatan lainnya.

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain (Nursalam, 2017).