

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST REMOVE OF*
INPLATE UNION FRAKTUR CLAVIKULA DENGAN
NYERI AKUT DI RUANGAN WIJAYA KUSUMA 1
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
CIAMIS**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Ahli Madya Keperawatan (A.Md Kep) pada program studi
DIII Keperawatan Fakultas Keperawatan
Universitas Bhakti Kencana Bandung

Oleh:

ANDINA WAHYUDI NUGRAHA

NIM : AKX.17.009



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA
BANDUNG
2020**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST REMOVE OF*
INPLATE UNION FRAKTUR CLAVIKULA DENGAN
NYERI AKUT DI RUANGAN WIJAYA KUSUMA 1
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
CIAMIS**

KARYA TULIS ILMIAH

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya
Keperawatan (A.Md Kep) di program studi DIII Keperawatan
Universitas Bhakti Kencana Bandung**

Oleh:

ANDINA WAHYUDI NUGRAHA

NIM : AKX.17.009



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA
BANDUNG
2020**

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST REMOVE OF INPLATE
(ROI) UNION FRAKTUR CLAVIKULA DENGAN NYERI AKUT
DI RUANG WIJAYA KUSUMA 1
RSUD CIAMIS**

OLEH

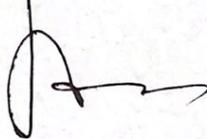
ANDINA WAHYUDI NUGRAHA

AKX.17.009

Karya Tulis Ilmiah telah disetujui oleh Panitia Penguji pada tanggal seperti tertera
dibawah ini

Menyetujui.

Pembimbing Utama



Drs.H. Rachwan H, BSc., MKes

NIK: 10115175

Pembimbing Pendamping



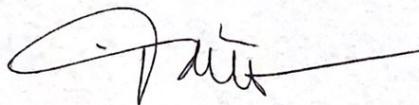
Vina Vitniawati,S.Kep.,Ners.,M.Kep

NIK: 0200044020117

Mengetahui

Prodi D III Keperawatan

Ketua



Dede Nur Aziz Muslim,S.Kep.,Ners.,M.Kep

NIK : 02001020009

**LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST REMOVE OF INPLATE
(ROI) UNION FRAKTUR CLAVIKULA DENGAN NYERI AKUT
DI RUANG WIJAYA KUSUMA 1
RSUD CIAMIS**

**OLEH
ANDINA WAHYUDI NUGRAHA
AKX.17.009**

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Panitia Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung, Pada tanggal 29 Juni 2020

PANITIA PENGUJI

Ketua : Drs. H. Rachwan H, BSc., M.Kes

(.....)

Anggota :

1. Tuti Suprapti, S.Kp.,M.Kep

(.....)

2. Dede Nur Aziz Muslim, S.Kep., Ners., M.Kep

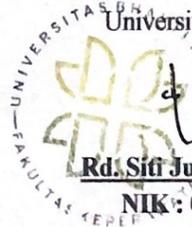
(.....)

3. Vina Vitniawati., S.Kep., Ners., M.Kep

(.....)

Mengetahui,

Dekan Fakultas Keperawatan,
Universitas Bhakti Kencana



Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep
NIK: 020007020132

PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Andina Wahyudi Nugraha
NPM : AKX.17.009
Fakultas : Keperawatan
Prodi : D-III Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat
Darurat Medik

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa penelitian saya yang berjudul

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST REMOVE OF INPLATE UNION FRAKTUR CLAVIKULA DENGAN NYERI AKUT DI RUANGAN WIJAYA KUSUMA 1 RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CIAMIS*

Bebas dari plagiarisme dan bukan hasil karya oranglain.

Apabila dikemudian hari ditemukan seluruh atau sebagian dari penelitian dan karya ilmiah tersebut terdapat indikasi plagiarisme, saya *bersedia menerima sanksi* sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Demikian surat ini saya buat dengan sesungguhnya tanpa ada paksaan dari siapapun juga dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bandung, 6 September 2020

Yang membuat pernyataan,



Andina Wahyudi Nugraha

Pembimbing I

Drs.H. Rachwan H, BSc., Mkes
NIK: 0200044020117

Pembimbing II

Vina Vitniawati,S.Kep..Ners..M.Kep
NIK: 10115175

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Andina Wahyudi Nugraha
NIM : AKX. 17.009
Prodi : D III Keperawatan Fakultas Keperawatan
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada *Klien post Remove of Inplate* (ROI)
union Fraktur Clavikula dengan Nyeri Akut di Ruang Wijaya
Kusuma 1 RSUD Ciamis

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa :

1. Karya Tulis ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik (diploma ataupun sarjana), baik di Universitas Bhakti Kencana maupun di perguruan tinggi lain.
2. Karya Tulis ini murni gagasan, rumusan, dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan dari pihak lain kecuali arahan Tim Pembimbing dan Masukan Tim Penelaah/Penguji.
3. Dalam karya tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau di publikasikan oranglain kecuali tertulis dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama pengarang dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila di kemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh dalam karya ini, serta sanksi lainnya sesuai norma yang berlaku di perguruan tinggi ini.

Bandung, Juni 2020

Yang METERAI TEMPEL aan
888BCAHF628296524
6000
ANANDA WAHYUDI NUGRAHA
Andina Wahyudi Nugraha
AKX.17.009

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST REMOVE OF INPLATE (ROI) UNION FRAKTUR CLAVIKULA DENGAN NYERI AKUT DI RUANG WIJAYA KUSUMA 1 RSUD CIAMIS*” dengan sebaik-baiknya.

Maksud dan tujuan penyusunan karya tulis ini adalah untuk memenuhi salah satu tugas akhir dalam menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan di Universitas Bhakti Kencana Bandung. Penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ini, terutama kepada:

1. H. Mulyana, SH, M.Pd, MH.Kes, selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana Bandung.
2. Dr. Entris Sutrisno, M.Kes., Apt selaku Rektor Universitas Bhakti Kencana
3. Rd.Siti Jundiah, S,Kp.,M.Kep, selaku Dekan Fakultas Keperawatan
4. Dede Nur Aziz Muslim,S.Kep.,Ners.,M.Kep selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan.
5. Drs. H.Rachwan Hermawan, BSc..M.Kes selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Vina Vitniawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. dr. H. Rizali Sofiyani, MM selaku Direktur Rumah Sakit Umum Ciamis yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
8. Vera Abriyanti, S.Kep.,Ners selaku CI Ruang Wijaya Kusuma 1 yang telah memberikan bimbingan, arahan, dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD Ciamis.

9. Seluruh dosen dan staf Program Studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik Universitas Bhakti Kencana.
10. Kedua orangtua yaitu Ayahanda Agus Nugraha, S.Sos., M.Si dan Ibunda Beti Hidayati yang selalu memberi doa, dukungan, semangat dan motivasi moril maupun materil, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
11. Kepada kakakku Nurce Purwantini S.Pd dan adikku Gilang Ramadhan Nugraha yang selalu mendo'akan dan memberi dukungan untuk keberhasilan penulis.
12. Kepada rekan kelompok selama melaksanakan praktek di RSUD Ciamis Meta Sagitha, M Qiemas, Deviana, Anjar, Illafin, Zuliyanti yang telah saling membantu dan mensupport selama melaksanakan praktek.
13. Sahabatku yang sudah penulis anggap sebagai saudara di Bandung Adao Manuel, Suci Sri Armi, Hasstika Marderina, Nurhalizah, Cristine Loweny, Arasy Naraswatu yang selalu ada dalam keadaan sehat ataupun sakit.
14. Personil Padepokan Empire Lalu Riath, Gilang Jati, M. Tauhid, Fadlah Dwi W, Lalu Muhammad, M. Reinaldy, serta tim orang-orang berisik Riska Anzelina, Ressa Erma, Dwi Mega Alfi, Ismi M, Widya Larasati, Reni Wulan yang selalu memberikan doa dan dukungan kepada penulis.
15. Seluruh teman-teman seperjuangan Anestesi angkatan 13 yang telah memberikan semangat, motivasi, dan dukungan dalam penyelesaian penyusunan karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari dalam penyusunan karya tulis ini masih banyak kekurangan sehingga penulis sangat mengharapkan segala masukan dan saran yang sifatnya membangun guna penulisan karya tulis yang lebih baik.

Bandung, Juni 2020

Andina Wahyudi Nugraha

ABSTRAK

Latar Belakang: Fraktur adalah patah tulang yang disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik. *World Health Organization* menjelaskan bahwa kejadian fraktur di dunia pada tahun 2018 sekitar 21 juta orang dengan prevalensi 6,5%. ROI (*Remove of Inplate*) adalah suatu tindakan operasi pembedahan untuk pelepasan internal fiksasi yang berbentuk *plate* dan *skrew* yang diberikan untuk memfiksasi tulang panjang yang mengalami fraktur. Dari beberapa masalah yang muncul pada fraktur dapat menyebabkan ketidaknyamanan pada klien salah satunya adalah nyeri akut. **Tujuan:** Untuk memperoleh pengalaman nyata dan mampu melaksanakan Asuhan Keperawatan Pada Klien *Remove of Inplate Union Close Fraktur Post* dengan Nyeri Akut di Ruang Wijaya Kusuma I. **Metode:** Penelitian yang dilakukan pada 2 klien post ROI dengan masalah keperawatannya nyeri akut menggunakan studi kasus, yaitu untuk mengeksplorasi suatu masalah/fenomena dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. **Hasil:** Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan dengan memberikan intervensi keperawatan, masalah keperawatan Nyeri Akut pada klien 1 dan klien 2 dapat teratasi dalam waktu 2x24 jam serta memenuhi kriteria hasil. **Diskusi:** Pada kedua klien post ROI ditemukan masalah nyeri akut. Terdapat perbedaan hasil dari intervensi berikan.
Kata Kunci : Fraktur Clavikula, *Remove of Inplate*, Nyeri.
Daftar Pustaka : 18 buku (2010-2018), 4 jurnal

ABSTRACT

Background: A fracture is a bone damage caused by trauma or physical exertion. The World Health Organization explains that the incidence of fractures in the world in 2018 is about 21 million people with a prevalence of 6.5%. ROI (*Remove of Inplate*) is a surgical operation for internal release of plate and skeleton fixation given to fix the fractured long bones. From the several problems that arise in the fracture can cause discomfort in the client one of which is acute pain. **Purpose:** To gain real experience and be able to carry out Nursing Care for Clients of *Remove of Inplate Union Close Post Fracture with Acute Pain in the Wijaya Kusuma Room I*. **Method:** Research conducted on 2 post ROI clients with acute nursing problems using case studies, namely to explore a problem / phenomenon with detailed limitations, has data collection that is wrong and includes various sources of information. **Outcomes:** After Nursing Care is carried out by providing nursing intervention, the problem of Acute Pain nursing on client 1 and client 2 can be resolved within 2x24 hours and meets the expected outcomes. **Discussion:** In both post ROI clients, acute pain was discovered. There are differences in the results of the interventions provided
Keywords: Clavicle Fracture, *Remove of Inplate*, Pain.
Bibliography: 18 books (2010-2018), 4 journals

DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Lembar Pernyataan Penulis	ii
Lembar Persetujuan	iii
Lembar Pengesahan	iv
Kata Pengantar.....	v
Abstak	vii
Daftar Isi.....	viii
Daftar Gambar	xi
Daftar Tabel.....	xii
Daftar Bagan.....	xiii
Daftar Singkatan	xiv
Daftar Lampiran.....	xv
BAB I PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	7
1.3. Tujuan Penulisan.....	7
1.3.1 Tujuan Umum.....	7
1.3.2 Tujuan Khusus	7
1.4. Manfaat.....	8
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	8
1.4.2 Manfaat Praktis	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Teori	9
2.1.1 Konsep Teori Fraktur	9
2.1.1.1 Definisi	9
2.1.1.2 Etiologi	9
2.1.1.3 Klasifikasi Fraktur.....	11
2.1.1.4 Patofisiologi	16
2.1.1.5 Faktor-faktor yang Mempengaruhi	17
2.1.1.6 Manifestasi Klinis	17
2.1.1.7 Tes Diagnostik	19
2.1.1.8 Komplikasi Fraktur	19
2.1.1.9 Penatalaksanaan Fraktur	23
2.1.1.10 Penyembuhan Tulang	26

2.1.2	Konsep Teori Fraktur Clavikula	29
2.1.2.1	Definisi	29
2.1.2.2	Anatomi Clavikula	29
2.1.2.3	Etiologi	30
2.1.2.4	Diagnosis	31
2.1.2.5	Klasifikasi	32
2.1.2.6	Manifestasi Klinis	33
2.1.2.7	Patofisiologi	34
2.1.2.8	Komplikasi	36
2.1.2.9	Pemeriksaan Penunjang	36
2.1.2.10	Tindakan Medis	37
2.2	Konsep Asuhan Keperawatan	39
2.2.1	Pengkajian	39
2.2.1.1	Pengumpulan Data	39
2.2.1.2	Pola Aktivitas Sehari-Hari	41
2.2.1.3	Pemeriksaan Fisik	42
2.2.1.4	Data Psikologis	45
2.2.1.5	Analisa Data	47
2.2.2	Diagnosa Keperawatan	48
2.2.3	Intervensi Keperawatan	49
2.2.4	Implementasi Keperawatan	59
2.2.5	Evaluasi Keperawatan	59
2.2.6	Konsep Nyeri	62
2.2.6.1	Definisi	62
2.2.6.2	Klasifikasi Nyeri	62
2.2.6.3	Fisiologi Nyeri	63
2.2.6.4	Derajat Nyeri	66
2.2.6.5	Faktor-faktor yang mempengaruhi	66
2.2.6.6	Pengkajian skala Nyeri	69
2.2.6.7	Batasan Karakteristik Nyeri	71
2.2.6.8	Mekanisme Nyeri	73
2.2.7	Hasil Penelitian Jurnal	73
BAB III METODE PENELITIAN		
3.1	Desain penelitian	74
3.2	Batasan Ilmiah	75
3.3	Partisipan/Responden Penelitian	76
3.4	Lokasi dan Waktu	76
3.5	Pengumpulan Data	77
3.6	Uji Keabsahan Data	79
3.7	Analisa Data	79

3.8 Etika Penelitian.....	81
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
4.1 Hasil	83
4.1.1 Gambaran dan Lokasi Pengambilan Data	83
4.1.2 Asuhan Keperawatan	83
4.1.2.1 Pengkajian.....	84
4.1.2.2 Diagnosa Keperawatan	99
4.1.2.3 Intervensi keperawatan.....	101
4.1.2.4 Implementasi	105
4.1.2.5 Evaluasi	110
4.2 Pembahasan	111
4.2.1 Pengkajian	111
4.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	114
4.2.3 Intervensi keperawatan.....	117
4.2.4 Implementasi	120
4.2.5 Evaluasi	123
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
5.1 Kesimpulan.....	126
5.1.1 Pengkajian	126
5.1.2 Diagnosa keperawatan	127
5.1.3 Intervensi Keperawatan.....	127
5.1.4 Implementasi	128
5.1.5 Evaluasi	128
5.2 Saran	129
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Klasifikasi Jenis Fraktur.....	17
Gambar 2.2 Proses Penyembuhan Tulang Normal.....	27
Gambar 2.3 Clavikula	30
Gambar 2.4 Mekanisme jatuh pada fraktur clavícula	31
Gambar 2.5 Klasifikasi Fraktur Clavícula	34

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Nyeri Akut	49
Tabel 2.2	Kerusakan Integritas Kulit	52
Tabel 2.3	Hambatan Mobilitas Fisik.....	53
Tabel 2.4	Resiko Infeksi.....	54
Tabel 2.5	Resiko Syok	56
Tabel 2.6	Defisit Perawatan Diri	57
Tabel 4.1	Identitas.....	85
Tabel 4.2	Riwayat Kesehatan	86
Tabel 4.3	Pola Aktivitas	87
Tabel 4.4	Pemeriksaan Fisik.....	89
Tabel 4.5	Data Psikologi	94
Tabel 4.6	Data Penunjang	96
Tabel 4.7	Therapy/Rencana Pengobatan.....	97
Tabel 4.8	Analisa Data	98
Tabel 4.9	Diagnosa Keperawatan	100
Tabel 4.10	Intervensi	102
Tabel 4.11	Implementasi.....	106
Tabel 4.12	Evaluasi.....	111

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway Fraktur Clavikula	31
---	----

DAFTAR SINGKATAN

BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
C	: Celcius
Cc	: Cubic Centimeter
DepKes	: Departemen Kesehatan
dr	: Dokter
GCS	: Glasgow coma Scala
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
IM	: Intra Muskular
IRT	: Ibu Rumah Tangga
IV	: Intra Vena
Kemenkes	: Kementrian Kesehatan
Kp	: Kampung
Mg	: Miligram
Mm	: Milimeter
mmHg	: Milimeter Merkuri Hydragyrum
N	: Nadi
Ny	: Nyonya
ORIF	: Open Reduction Interna Fixation
PNS	: Pegawai Negeri Sipil
POD	: <i>Post Of Day</i>
R	: Respirasi
ROI	: <i>Remove of Inplate</i>
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
RT	: Rukun Tetangga
RW	: Rukun Warga
S	: Suhu
SLTA	: Sekolah Lanjutan Tingkat Atas
TD	: Tekanan Darah
Tn	: Tuan
TTV	: Tanda Tanda Vital
WHO	: <i>World Health Organization</i>

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I	: Lembar Konsultasi KTI
Lampiran II	: Lembar Justifikasi
Lampiran III	: Lembar Persetujuan Menjadi Responden
Lampiran IV	: Lembar Observasi/Implementasi
Lampiran V	: Satuan Acara Penyuluhan
Lampiran VI	: Leaflet
Lampiran VIII	: Jurnal
Lampiran VIII	: Format Review Artikel
Lampiran IX	: Berita Acara Perbaikan Hasil Sidang Akhir

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Kecelakaan lalu lintas dengan kecepatan tinggi sering menyebabkan trauma. Pada perkembangan ini ilmu pengetahuan dan teknologi telah meningkat pesat. Kemajuan di bidang teknologi membawa manfaat yang sangat besar bagi manusia penambahan jalan raya dan penggunaan kendaraan bermotor yang tidak seimbang menyebabkan jumlah korban kecelakaan lalu lintas meningkat. Indonesia merupakan salah satu negara dengan tingkat kecelakaan yang cukup tinggi di kawasan ASEAN. Menurut Kepala Kepolisian Republik Indonesia pada Forum Polantas ASEAN 2017 menyatakan terdapat enam negara yang memiliki tingkat kecelakaan tertinggi yaitu Thailand, Vietnam, **Indonesia**, Malaysia, Filipina, dan Laos. Dimana Indonesia masuk tiga besar negara yang memiliki tingkat kecelakaan tertinggi. (Karnavian, 2017)

Fraktur merupakan masalah kesehatan yang menimbulkan kecacatan paling tinggi dari semua trauma kecelakaan kendaraan bermotor. Fraktur adalah patah tulang yang disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik. Kekuatan dan sudut tenaga fisik, keadaan tulang itu sendiri, serta jaringan lunak disekitar tulang akan menentukan apakah fraktur yang terjadi lengkap atau tidak lengkap. (Zairin Noor,2016).

Menurut *World Health Organization* (WHO) menjelaskan bahwa kejadian fraktur di dunia kurang lebih 18 juta jiwa, di tahun 2014 dengan prevalensi 2,7 % dan di tahun 2015 dengan prevalensi 3,2 % sedangkan tahun 2016 meningkat menjadi 21 juta orang dengan prevalensi 6,5%. Setiap tahun 10 juta penduduk Amerika Serikat yang mengalami trauma dan 10% memerlukan tindakan medis 3,6 Juta (12%) membutuhkan perawatan di rumah sakit dan menghabiskan biaya sebesar 100 milyar dollar (40%) dari biaya kesehatan di Amerika Serikat. Dinilai fraktur ekstremitas atas menjadi pembunuh setelah fraktur ekstremitas bawah.

Riset Kesehatan Dasar Indonesia (2016) juga menunjukkan bahwa patah tulang sebagai penyebab terbanyak keempat dari cedera di Indonesia. Data (2015) juga menunjukkan bahwa jenis kelamin dan tempat kejadian memiliki hubungan dengan insiden fraktur tulang pada laki-laki (6.6%) lebih rentan terhadap fraktur tulang dibanding wanita (4.6%) dan penduduk pedesaan (6.0%) lebih sering mengalami fraktur dari pada penduduk daerah perkotaan (5.7%) (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2016). Di Jawa Barat secara khusus memiliki jumlah kasus patah tulang melebihi rata-rata kasus nasional dengan nilai 6,0 % (Riskesdas, 2016).

Berdasarkan data hasil *medical record* RSUD Ciamis terhitung mulai bulan januari sampai dengan November 2019 didapatkan bahwa pasien dengan fraktur Clavikula post *Remove of Inplate* (ROI) tidak termasuk dalam 10 penyakit atau kasus terbesar di RSUD Ciamis dengan presentase 5,8%. Ruang Wijaya Kusuma 1 adalah ruang rawat inap khusus penyakit bedah

kelas I dan II. Hasil data medis di ruang penyakit bedah klien yang menjalani *Remove of Inplate* (ROI) sebanyak 43 pasien menempati urutan 9 dalam 10 besar penyakit bedah dan *Remove of Inplate* union fraktur clavikula sebanyak 7 pasien (Rekam Medis RSUD Ciamis)

Clavikula merupakan tulang penyokong yang memfiksasi lengan dibagian lateral, sehingga dapat bergerak dengan bebas. Sayangnya, karena posisi tersebut klavikula mudah terkena trauma karena clavikula meneruskan gaya dari ekstremitas superior ke tubuh. Tulang ini merupakan merupakan tulang yang sering fraktur di dalam tubuh, fraktur biasanya terjadi karena jatuh pada bahu atau jatuh dengan posisi tangan sebagai penumpu serta tangan yang terulur, Apabila fraktur tersebut tidak segera ditangani dapat menimbulkan kecacatan permanen seperti malunion, non union, penundaan penyatuan. Selain itu juga dapat terjadi penurunan fungsi fisik permanen, infeksi, kompresi syaraf, dan sindroma kompartemen. (outstretched hand). (Richard,2010)

Penatalaksanaan pada fraktur clavikula dapat digunakan dua pilihan yaitu dengan tindakan bedah atau *operative treatment* dan tindakan non bedah atau *nonoperative treatment*. Apabila terjadi malunion dan ini jarang sekali terjadi, perlu reposisi terbuka, dilanjutkan dengan pemasangan fiksasi interna/Operatif. (Wicaksono,2014)

ROI (*Remove of Inplate*) adalah suatu tindakan operasi pembedahan untuk pelepasan internal fiksasi yang berbentuk *plate* dan *skrew* yang diberikan untuk memfiksasi tulang panjang yang mengalami fraktur. (Prasetyo,2011)

Masalah keperawatan yang muncul setelah dilakukan tindakannya tindakan *Remove of Inplate* (ROI) pada Fraktur Calvikula adalah nyeri akut, ketidakefektifan perfusi jaringan perifer, kerusakan integritas kulit, hambatan mobilitas fisik, resiko infeksi dan resiko syok (Nurarif, 2015). Dari beberapa masalah yang muncul pada fraktur yang dapat menyebabkan ketidaknyamanan pada klien salah satunya adalah nyeri akut. Nyeri merupakan sensasi ketidaknyamanan yang bersifat individual. Respon nyeri sebagai suatu sensori subjektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau yang dirasakan dalam kejadian-kejadian dimana terjadi kerusakan (Perry & Potter, 2010). Sedangkan menurut *The Internasional for the Study of Pain* (IASP) nyeri merupakan pengalaman yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual dan potensial atau menggambarkan kondisi terjadinya suatu kerusakan. Seorang individu dapat berespon secara biologis dan perilaku akibat nyeri yang dapat menimbulkan respon fisik dan psikis. Respon fisik meliputi keadaan umum, respon wajah, dan perubahan tanda-tanda vital, sedangkan respon psikis akibat nyeri dapat merangsang respon stress sehingga mengurangi sistem imun dalam peradangan dan menghambat penyembuhan (Potter & Perry, 2010). Sehingga muncul pentingnya asuhan keperawatan dalam menanggulangi klien dengan nyeri.

Solusi yang dapat diberikan pada penderita fraktur pasca operasi adalah penanganan nyeri dengan teknik non farmakologi merupakan modal utama

menuju kenyamanan (Catur, 2014). Penanganan yang sering di gunakan untuk menurunkan nyeri post operasi fraktur berupa penanganan farmakologi, biasanya untuk menghilangkan nyeri digunakan analgesik non narkotik dan analgesik narkotik, pengendalian secara farmakologi efektif untuk nyeri sedang dan nyeri berat (Potter & Perry, 2011).

Penanganan nyeri yang biasa dilakukan pasien sendiri akan meringankan beban kerja petugas yang bisa dilakukan pasien secara mandiri. Riset modern menemukan bahwa sistem tubuh manusia tidaklah seperti yang dipercaya oleh para pakar pada era sebelumnya, diyakini bahwa jiwa dan tubuh senantiasa terpisah dan memiliki mekanisme kerjanya sendiri-sendiri yang tidak mempengaruhi satu sama lain (Ulwiya,2014). Bila nyeri tidak ditangani secara benar maka dapat menyebabkan kerusakan nyeri secara benar berdampak nyeri akut menjadi kronis yang merupakan permasalahan besar dan sulit ditangani, karena terjadi perubahan ekspresi dari saraf-saraf.

Intervensi yang dilakukan pada klien dengan diagnosa keperawatan Nyeri Akut (Nurarif, 2015) di antaranya melakukan pengkajian nyeri secara kompherensif, mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan, gunakan teknik komunikasi terapeutik, mengkaji kultur yang mempengaruhi nyeri, mengevaluasi pengalaman nyeri masa lampau, membantu pasien dan keluarga untuk mencari dukungan, mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri, mengurangi faktor prespitasi nyeri, penanganan nyeri dengan farmakologi dan nonfarmakologi, mengkaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi, mengajarkan tentang teknik non farmakologi,

memberikan analgetik untuk mengurangi nyeri, mengevaluasi keefektifan nyeri, meningkatkan istirahat, kolaborasi dengan dokter jika tindakan penanganan nyeri tidak berhasil, monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri. Intervensi non farmakologi yang dilakukan pada diagnosa keperawatan Nyeri akut yaitu *self healing* atau penyembuhan diri sendiri (Redho,Sofani 2018). Teknik *Self Healing* dapat memodulasikan nyeri melalui pengeluaran endorfin dan enkefalin.

Peran perawat pada kasus *Remove of Inplate* (ROI) sebagai pemberi asuhan kompherensif yang mencakup kebutuhan bio-psiko-sosoal-spiritual yang terkait dengan masalah tersebut meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi.

Berdasarkan Fenomena diatas penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan memfokuskan data yang ada dan mengetahui penatalaksanaan serta perawatan, maka penulis mengangkat judul “**Asuhan Keperawatan Pada Klien *Post Remove of Inplate* Union Fraktur Clavikula dengan Nyeri Akut di Ruangn Wijaya Kusuma 1 RSUD Ciamis**”

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah diatas, maka diangkat rumusan masalah “Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Pada Klien Union *Post Remove of Inplate Close* Fraktur Clavikula dengan nyeri akut di Ruangn Wijaya Kusuma 1 RSUD Ciamis”

1.3.Tujuan Penelitian

Adapun tujuan dari penelitian ini sebagai berikut :

1.3.1. Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman nyata dan mampu melaksanakan Asuhan Keperawatan Pada Klien *Remove of Inplate Union Close Fraktur Post* dengan Nyeri Akut di Ruang Wijaya Kusuma 1 RSUD Ciamis.

1.3.2. Tujuan Khusus

1.3.2.1.Melakukan pengkajian keperawatan kepada klien *Post Remove of Inplate Union Close Fraktur* dengan masalah keperawatan Nyeri Akut di Ruang Wijaya Kusuma 1.

1.3.2.2.Menetapkan diagnosis keperawatan pada klien *Post Remove of Inplate Union Close Fraktur* dengan masalah keperawatan Nyeri Akut di Ruang Wijaya Kusuma 1.

1.3.2.3.Menyusun rencana keperawatan pada klien *Post Remove of Inplate Union Close Fraktur* dengan masalah keperawatan Nyeri Akut di Ruang Wijaya Kusuma 1.

1.3.2.4.Melakukan tindakan keperawatan pada klien *Union Close Fraktur Post Remove of Inplate* dengan masalah keperawatan Nyeri Akut di Ruang Wijaya Kusuma 1.

1.3.2.5.Melakukan evaluasi tindakan keperawatan pada klien *Post Remove of Inplate Union Close Fraktur* dengan masalah keperawatan Nyeri Akut di Ruang Wijaya Kusuma 1.

1.4. Manfaat

1.4.1. Manfaat Teoritis

Karya tulis ilmiah ini dapat dijadikan tambahan referensi dan masukan ilmu keperawatan terkait asuhan keperawatan pada klien *Post Remove of Inplate Union Close* Fraktur.

1.4.2. Manfaat Praktis

1.4.2.1. Bagi Perawat

Diharapkan karya tulis ilmiah ini memberikan masukan dan referensi bagi profesi keperawatan dalam menjalankan asuhan keperawatan pada klien *Post Remove of Inplate Union Close* Fraktur.

1.4.2.2. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan karya tulis ilmiah bermanfaat bagi rumah sakit dan menjadi acuan rumah sakit untuk menjalankan asuhan keperawatan yang ada di rumah sakit terutama di ruangan penyakit bedah untuk kasus *Post Remove of Inplate Union Close* Fraktur

1.4.2.3. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan karya tulis ilmiah ini dapat menjadi salah satu sumber ilmu bagi seluruh mahasiswa dan institut pendidikan dalam melaksanakan pembelajaran di institusi maupun lahan praktik.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 KONSEP TEORI

2.1.1 Konsep Teori Fraktur

2.1.1.1 Definisi

Fraktur merupakan istilah dari hilangnya kontinuitas tulang, tulang rawan, baik yang bersifat total maupun sebagian. Secara ringkas dan umum, fraktur adalah patah tulang yang disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik. Kekuatan dan sudut tenaga fisik, keadaan tulang itu sendiri, serta jaringan lunak disekitar tulang akan menentukan apakah fraktur yang terjadi lengkap atau tidak lengkap. (Zairin Noor, 2016).

Fraktur lengkap terjadi apabila seluruh tulang patah, sedangkan pada fraktur tidak lengkap tidak melibatkan seluruh ketebalan tulang. Pada beberapa keadaan trauma muskuloskeletal, fraktur dan dislokasi terjadi bersamaan. Hal ini terjadi apabila disamping kehilangan hubungan yang normal antara kedua permukaan tulang disertai pula fraktur persendian tersebut (Zairin Noor, 2015).

2.1.1.2 Etiologi

Untuk mengetahui mengapa dan bagaimana tulang mengalami fraktur, pemeriksaan perlu mengenal anatomi dan fisiologi tulang sehingga pemeriksa mampu lebih jauh

mengenal keadaan fisik tulang dan keadaan trauma yang dapat menyebabkan tulang patah. Pada beberapa keadaan, kebanyakan proses fraktur terjadi karena kegagalan tulang menahan tekanan terutama tekanan membengkok, memutar, dan tarikan. Trauma muskuloskeletal yang bisa menjadi fraktur dapat dibagi menjadi trauma langsung dan tidak langsung (Zairin Noor, 2016).

1. Trauma langsung

Trauma langsung menyebabkan tekanan langsung pada tulang dan terjadi pada daerah tekanan. Fraktur yang terjadi biasanya bersifat kuminitif dan jaringan lunak ikut mengalami kerusakan (Zairin Noor, 2016).

2. Trauma tidak langsung

Trauma tidak langsung merupakan suatu kondisi trauma dihantarkan ke daerah yang lebih jauh dari daerah fraktur. Misalnya, jatuh dengan ekstensi dapat menyebabkan fraktur pada klavikula. Pada keadaan ini biasanya jaringan lunak tetap utuh (Zairin Noor, 2016).

Fraktur juga bisa terjadi akibat adanya tekanan yang berlebih dibandingkan kemampuan tulang dalam menahan tekanan. Tekanan yang terjadi pada tulang dapat berupa hal-hal berikut :

- a. Tekanan berputar yang menyebabkan fraktur bersifat spiral atau oblik.
 - b. Tekanan membengkok yang menyebabkan fraktur transversal.
 - c. Tekanan sepanjang aksis tulang yang dapat menyebabkan fraktur impaksi, dislokasi, atau fraktur dislokasi.
 - d. Kompresi vertikal dapat menyebabkan fraktur kominutif atau memecah, misalnya pada badan vertebra, talus, atau fraktur *buckle* pada anak-anak.
 - e. Fraktur remuk (*burst fracture*).
 - f. Trauma karena tarikan pada ligamen atau tendon akan menarik sebagian tulang
- (Zairin Noor, 2016).

2.1.1.3 Klasifikasi Fraktur

Klasifikasi fraktur dapat dibagi dalam klasifikasi penyebab, klasifikasi jenis, klasifikasi klinis, dan klasifikasi radiologis (Zairin Noor, 2016).

1. Klasifikasi Penyebab

a. Fraktur Traumatik

Disebabkan oleh trauma yang tiba-tiba mengenai tulang dengan kekuatan yang besar. Tulang tidak mampu menahan trauma tersebut sehingga terjadi fraktur.

b. Fraktur Patologis

Disebabkan oleh kelemahan tulang sebelumnya akibat kelainan patologis di dalam tulang. Fraktur patologis terjadi pada daerah-daerah tulang yang telah menjadi lemah karena tumor atau proses patologis lainnya tulang sering kali menunjukkan penurunan densitas. Penyebab yang paling sering dari fraktur-fraktur semacam ini adalah tumor, baik primer maupun metastatis.

c. Fraktur Stress

Disebabkan oleh trauma yang terus-menerus pada suatu tempat tertentu.

2. Klasifikasi Jenis Fraktur

Klasifikasi jenis fraktur dapat dilihat pada gambar 2.1 berbagai jenis fraktur tersebut adalah sebagai berikut (Zairin Noor, 2016) :

a. Fraktur terbuka

b. Fraktur tertutup

c. Fraktur kompresi

d. Fraktur stress

e. Fraktur avulsi

f. *Greenstick Fracture* (fraktur lentur atau salah satu tulang patah sedang sisi lainnya membengkok).

g. Fraktur transversal

- h. Fraktur kominutif (tulang pecah menjadi beberapa fragmen).
- i. Fraktur impaksi (sebagian fragmen tulang masuk kedalam tulang lainnya).

3. Klasifikasi Klinis

Manifestasi dari kelainan akibat trauma pada tulang bervariasi. Klinis yang didapatkan akan memberikan gambaran pada kelainan tulang. Secara umum keadaan patah tulang secara klinis dapat diklasifikasikan sebagai berikut (Zairin Noor, 2016):

a. Fraktur tertutup (*close fracture*)

Fraktur tertutup adalah fraktur dimana kulit tidak ditembus oleh fragmen tulang sehingga lokasi fraktur tidak tercemar oleh lingkungan atau tidak mempunyai hubungan dengan dunia luar.

b. Fraktur terbuka (*open fracture*)

Fraktur terbuka adalah fraktur yang mempunyai hubungan dengan dunia luar melalui luka pada kulit dan jaringan lunak, dapat berbentuk dari dalam (*from within*) atau dari luar (*from without*).

c. Fraktur dengan komplikasi (*complicated fracture*)

Fraktur dengan komplikasi adalah fraktur yang disertai dengan komplikasi misalnya *mal-union*, *delayed union*, *non-union*, serta infeksi tulang.

4. Klasifikasi Radiologis

Klasifikasi fraktur berdasarkan penilaian radiologis yaitu penilaian lokalisasi/letak fraktur, meliputi : diafisal, metafisal, intraartikular, dan fraktur dengan dislokasi. Estimasi penilaian pada konfigurasi atau sudut patah dari suatu fraktur dapat dibedakan sebagai berikut (Zairin Noor,2016) :

a. Fraktur Transversal

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

b. Fraktur Kuminutif

Fraktur kuminutif adalah serpihan-serpihan atau terputusnya keutuhan jaringan dimana terdapat lebih dari dua fragmen tulang.

c. Fraktur Oblik

Fraktur oblik adalah fraktur yang garis patahnya membentuk sudut terhadap tulang. Fraktur ini tidak stabil dan sulit diperbaiki.

d. Fraktur segmental

Fraktur segmental adalah dua fraktur berdekatan pada satu tulang yang menyebabkan terpisahnya segmen sentral dari suplai darahnya. Fraktur semacam ini sulit ditanganinya. Biasanya, satu ujung yang tidak memiliki pembuluh darah akan sulit sembuh dan mungkin memerlukan pengobatan secara bedah

e. Fraktur Impaksi

Fraktur impaksi atau fraktur kompresi. Fraktur kompresi terjadi ketika dua tulang menumbuk tulang yang berada diantaranya, seperti satu vertebra dengan dua vertebra lainnya (sering disebut dengan dua vertebra ini dapat didiagnosis dengan radiogram. Pandangan lateral dari tulang punggung menunjukkan pengurangan tinggi vertikal dan sedikit membentuk sudut pada satu atau beberapa vertebra.

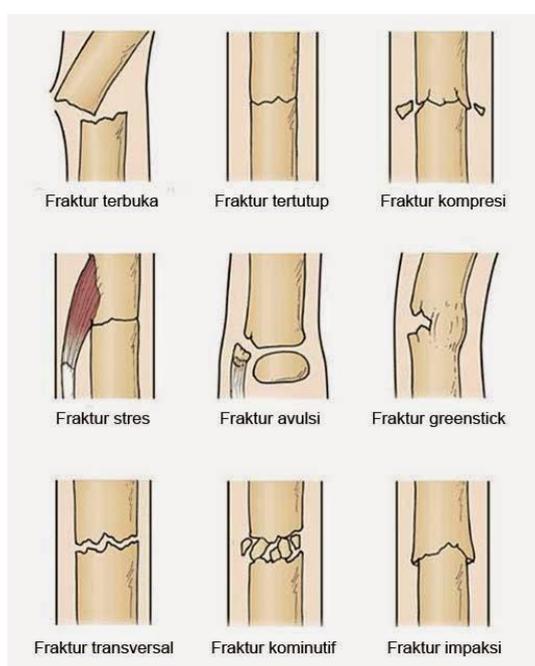
f. Fraktur spiral

Fraktur spiral timbul akibat torsi pada ekstremitas. Fraktur-fraktur ini khas pada cedera terputar sampai

tulang patah. Yang menarik adalah bahwa jenis fraktur rendah energi ini hanya menimbulkan sedikit kerusakan jaringan lunak dan cenderung cepat sembuh dengan imobilisasi luar.

Gambar 2.1

Klasifikasi Jenis Fraktur



Sumber : (Zairin Noor,2016)

2.1.1.4 Patofisiologi

Tulang bersifat rapuh namun cukup mempunyai kekuatan dan gaya pegas untuk menahan. Tapi apabila tekanan eksternal yang datang lebih besar dari yang dapat diserap tulang, maka terjadilah trauma pada tulang yang mengakibatkan rusaknya atau terputusnya kontinuitas tulang. Setelah terjadi fraktur, periosteum dan pembuluh darah serta saraf dalam korteks,

marrow, dan jaringan lunak yang membungkus tulang rusak. Perdarahan terjadi karena kerusakan tersebut dan terbentuklah hematoma di rongga medula tulang. Jaringan tulang segera berdekatan ke bagian tulang yang patah. Jaringan yang mengalami nekrosis ini menstimulasi terjadinya respon inflamasi yang ditandai dengan vasodilatasi, eksudasi plasma dan leukosit, dan infiltrasi sel darah putih. Kejadian inilah yang merupakan dasar dari proses penyembuhan tulang nantinya.

2.1.1.5 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Fraktur

1. Faktor Ekstrinsik

Adanya tekanan diluar yang bereaksi pada tulang yang tergantung terhadap besar, waktu, dan arah tekanan yang dapat menyebabkan fraktur (Alimul Hidayat, 2013).

2. Faktor Intrinsik

Beberapa sifat yang terpenting dari tulang yang menentukan daya tahan untuk timbulnya fraktur seperti kapasitas absorpsi dari tekanan, elastisitas, kelelahan, dan kepadatan atau kekerasan tulang (Alimul Hidayat, 2013)

2.1.1.6 Manifestasi Klinis

Manifestasi Klinis menurut Black dan Hawks (2014). Mendiagnosis fraktur harus berdasarkan manifestasi klinis klien, riwayat, pemeriksaan fisik, dan temuan radiologis.

Tanda dan gejala terjadinya fraktur antara lain:

1. *Deformitas*

Pembengkakan dari perdarahan lokal dapat menyebabkan deformitas pada lokasi fraktur. Spasme otot dapat menyebabkan pemendekan tungkai, deformitas rotasional, atau angulasi. Dibandingkan sisi yang sehat, lokasi fraktur dapat memiliki deformitas yang nyata.

2. Pembengkakan

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

3. Memar

Memar terjadi karena perdarahan subkutan pada lokasi fraktur.

4. Spasme otot

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

5. Nyeri

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

cedera pada struktur sekitarnya.

6. Ketegangan

Ketegangan diatas lokasi fraktur disebabkan oleh cedera yang terjadi

2.1.1.7 Test Diagnostik (Alimul Hidayat, 2013)

1. Pemeriksaan Rongen : Menentukan lokasi/luasnya fraktur/luasnya trauma, scan tulang, tomogram, scan CI : Memerlihatkan fraktur juga dapat digunakan untuk mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak.
2. Hitung darah lengkap : HB mungkin meningkat/menurun.
3. Peningkatan jumlah sop adalah respons stress normal setelah trauma
4. Kreatinin : Trauma otot meningkat beban kreatinin untuk ginjal.
5. Profil koagulasi : Perubahan dapat terjadi pada kehilangan darah, transfusi multiple, atau cedera lain.

2.1.1.8 Komplikasi Fraktur

Secara umum komplikasi fraktur terdiri atas komplikasi awal dan komplikasi lama (Zairin Noor, 2016).

1. Komplikasi Awal

a. Syok

Syok terjadi karena kehilangan banyak darah dan meningkatnya permeabilitas kapiler yang bisa menyebabkan menurunnya oksigenasi. Hal ini biasanya terjadi pada fraktur. Pada beberapa kondisi tertentu, syok neurogenik sering terjadi pada fraktur femur karena rasa sakit yang hebat pada pasien.

b. Kerusakan Arteri

Pecahnya arteri karena trauma bisa ditandai oleh : tidak adanya nadi : CRT (*Capillary Refil Time*) menurun, sianosis bagian distal, hematoma yang lebar, serta dingin pada ekstremitas yang disebabkan oleh tindakan emergency pembedahan, perubahan posisi pada yang sakit, tindakan reduksi, dan pembedahan.

c. Sindrom Kompartemen

Sindrom kompartemen adalah suatu kondisi dimana terjadi terjebaknya otot, tulang, saraf, dan pembuluh darah dalam jaringan parut akibat suatu pembengkakan dari edema atau perdarahan yang menekan otot, saraf, dan pembuluh darah. Kondisi sindrom kompartemen akibat komplikasi fraktur hanya terjadi pada fraktur yang dekat dengan persendian dan jarang terjadi pada bagian tengah tulang.

Tanda khas untuk sindrom kompartemen adalah **5P** : yaitu *pain*(nyeri lokal), *paralysis* (kelumpuhan tungkai), *pallor*(pucat bagian distal), *parestesia*(tidak ada sensasi) dan *pullselesness* (tidak ada denyut nadi, perfusi yang tidak baik, dan CRT >3 detik pada bagian distal kaki).

d. Infeksi

Sistem pertahanan tubuh rusak bila ada trauma pada jaringan. Pada trauma orthopedik infeksi dimulai pada kulit (suferpisial) dan masuk ke dalam. Hal ini biasanya terjadi pada kasus fraktur terbuka, tapi bisa juga karena penggunaan bahan lain dalam pembedahan seperti pin (ORIF) atau plat.

e. Avaskular Nekrosis

Avaskular nekrosis (AVN) terjadi karena aliran darah ke tulang rusak atau terganggu yang bisa menyebabkan nekrosis tulang dan diawali dengan adanya Volkman's Ischemia.

f. Sindrom Emboli Lemak

Sindrom emboli lemak (*fat embolism syndrom-FES*) adalah komplikasi serius yang sering terjadi pada kasus fraktur tulang panjang. FES terjadi karena sel-sel lemak yang dihasilkan sumsum tulang kuning masuk ke aliran darah dan menyebabkan tingkat oksigen dalam darah

rendah yang ditandai dengan gangguan pernapasan, takikardi, hipertensi, taipnea, dan demam.

2. Komplikasi Lama

a. *Delayed Union*

Delayed Union merupakan kegagalan fraktur berkonsolidasi sesuai dengan waktu yang dibutuhkan tulang untuk sembuh atau tersambung dengan baik. Ini disebabkan karena penurunan suplai darah ke tulang. *Delayed union* adalah fraktur yang tidak sembuh setelah selang waktu 3-5 bulan (tiga bulan untuk anggota gerak atas dan lima bulan untuk anggota gerak bawah).

b. *Non-union*

Disebut *non-union* apabila fraktur tidak sembuh dalam waktu antara 6-8bulan dan tidak terjadi konsolidasi sehingga terdapat pseudoartrosis (sendi palsu). Pseudoartrosis dapat terjadi tanpa infeksi tetapi dapat juga terjadi bersama infeksi yang disebut sebagai *infected pseudoarthrosis*.

c. *Mal-union*

Mal-union adalah keadaan dimana fraktur sembuh pada saatnya tetapi terdapat deformitas yang berbentuk angulasi, varus/valgus, atau menyilang misalnya pada fraktur radius-ulna.

2.1.1.9 Penatalaksanaan Fraktur

Prinsip menangani fraktur adalah mengembalikan posisi patahan ke posisi semula dan mempertahankan posisi itu selama masa penyembuhan patah tulang. Cara pertama penanganan adalah proteksi saja tanpa reposisi atau imobilisasi, misalnya menggunakan mitela. Biasanya dilakukan pada fraktur iga dan fraktur klavikula pada anak. Cara kedua adalah imobilisasi luar tanpa reposisi, biasanya dilakukan pada patah tulang tungkai bawah tanpa dislokasi. Cara ketiga adalah reposisi dengan cara manipulasi yang diikuti dengan imobilisasi, biasanya dilakukan pada patah tulang radius distal. Cara keempat adalah reposisi dengan traksi secara terus-menerus selama masa tertentu. Hal ini dilakukan pada patah tulang yang apabila direposisi akan terdislokasi di dalam gips. Cara kelima berupa reposisi yang diikuti dengan imobilisasi dengan fiksasi luar. Cara keenam berupa reposisi secara non-operatif diikuti dengan pemasangan fiksator tulang secara operatif. Cara ketujuh berupa reposisi secara operatif diikuti dengan fiksasi interna yang biasa disebut dengan ORIF (*Open Reduction Internal Fixation*). Cara yang terakhir berupa eksisi fragmen patahan tulang dengan prostesis (Sjamsuhidayat dkk, 2010). Menurut (Istianah,2017) penatalaksanaan medis antara lain :

1. Diagnosis dan penilaian fraktur

Anamnesis pemeriksaan klinis dan radiologi dilakukan dilakukan untuk mengetahui dan menilai keadaan fraktur. Pada awal pengobatan perlu diperhatikan lokasi fraktur, bentuk fraktur, menentukan teknik yang sesuai untuk pengobatan komplikasi yang mungkin terjadi selama pengobatan.

2. Reduksi

Tujuan dari reduksi untuk mengembalikan panjang dan kesejajaran garis tulang yang dapat dicapai dengan reduksi tertutup atau reduksi terbuka. Reduksi tertutup dilakukan dengan traksi manual atau mekanis untuk menarik fraktur kemudian, kemudian memanipulasi untuk mengembalikan kesejajaran garis normal. Jika reduksi tertutup gagal atau kurang memuaskan, maka bisa dilakukan reduksi terbuka. Reduksi terbuka dilakukan dengan menggunakan alat fiksasi internal untuk mempertahankan posisi sampai penyembuhan tulang menjadi solid. Alat fiksasi internal tersebut antara lain pen, kawat, skrup, dan plat. Alat-alat tersebut dimasukkan ke dalam fraktur melalui pembedahan ORIF (*Open Reduction Internal Fixation*). Pembedahan terbuka ini akan mengimobilisasi fraktur hingga bagian tulang yang patah dapat tersambung kembali.

3. Retensi

Imobilisasi fraktur bertujuan untuk mencegah pergeseran fragmen dan mencegah pergerakan yang dapat mengancam penyatuan. Pemasangan plat atau traksi dimaksudkan untuk mempertahankan reduksi ekstremitas yang mengalami fraktur.

4. Rehabilitasi

Mengembalikan aktivitas fungsional seoptimal mungkin. Setelah pembedahan, pasien memerlukan bantuan untuk melakukan latihan. Menurut *Kneale dan Davis* (2011) latihan rehabilitasi dibagi menjadi tiga kategori yaitu :

- a. Gerakan pasif bertujuan untuk membantu pasien mempertahankan rentang gerak sendi dan mencegah timbulnya pelekatan atau kontraktur jaringan lunak serta mencegah strain berlebihan pada otot yang diperbaiki post bedah.
- b. Gerakan aktif terbantu dilakukan untuk mempertahankan dan meningkatkan pergerakan, sering kali dibantu dengan tangan yang sehat, katrol atau tongkat
- c. Latihan penguatan adalah latihan aktif yang bertujuan memperkuat otot. Latihan biasanya dimulai jika kerusakan jaringan lunak telah pulih, 4-6 minggu setelah pembedahan atau dilakukan pada pasien yang mengalami

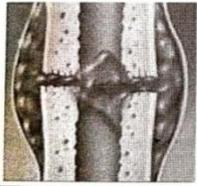
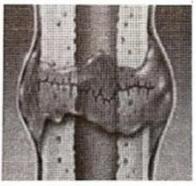
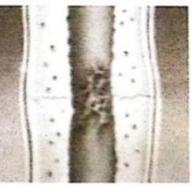
gangguan ekstremitas atas.

2.1.1.10 Penyembuhan Tulang

Ketika mengalami cedera fragmen, tulang hanya ditambal dengan jaringan parut, tetapi juga akan mengalami regenerasi secara bertahap. Adanya tahapan dalam penyembuhan tulang.

Gambar 2.2

Proses Penyembuhan Tulang Normal

Fase 1 Inflamasi	Fase 2 Proliferasi sel	Fase 3 Pembentukan dan penulangan kalus (osifikasi)	Fase 4 Remodeling
			
Segera setelah terjadi patah tulang, terbentuk bekuan darah dalam subperiosteum dan jaringan lunak. Fase ini merupakan reovaskularisasi dan awal pengaturuan bekuan darah.	Organisasi hematoma, pembentukan benang fibrin dalam jendalan darah, membentuk jaringan untuk revaskularisasi, serta invasi fibroblas dan osteoblas.	Pembentukan kalus kartilago dan jaring-jaring tulang dekat tempat patah tulang.	Revitalisasi korteks di mana tulang mengalami pelurusan kembali.

(Zairin Noor, 2016)

1. Fase 1 : Inflamasi

Respon tubuh pada saat mengalami fraktur sama dengan respons apabila ada cedera dibagian tubuh lain. Terjadi perdarahan pada jaringan yang cedera dan pembentukan hematoma pada lokasi fraktur. Ujung fragmen tulang mengalami devitalisasi karena terputusnya pasokan darah. Tempat cedera kemudian akan diinvasi oleh makrofag (sel darah putih besar) yang akan membersihkan daerah tersebut dari zat asing. Pada saat ini terjadi inflamasi, pembengkakan,

dan nyeri. Tahap inflamasi berlangsung beberapa hari dan hilang dengan berkurangnya pembengkakan nyeri.

2. Fase 2 : Proliferasi sel

Dalam sekitar lima hari, hematoma akan mengalami organisasi. Terbentuk benang-benang fibrin pada darah dan membentuk jaringan untuk revaskularisasi, serta invasi fibroblas dan osteoblas.

Fibroblas dan osteoblas (berkembang dari osteosist, sel endotel, dan sel periosteum) akan menghasilkan kolagen dan proteoglikan sebagai matriks kolagen pada patahan tulang. Terbentuknya jaringan ikat fibrus dan tulang rawan (osteoid). Dari periosteum tampak pertumbuhan melingkar. Kalus tulang rawan tersebut dirangsang oleh gerakan mikro minimal pada tempat patah tulang. Namun, gerakan yang berlebihan akan merusak struktur kalus. Tulang yang sedang aktif tumbuh menunjukkan potensial elektronegatif

3. Fase 3 : Pembentukan dan penulangan kalus (osifikasi)

Pertumbuhan jaringan berlanjut dan lingkaran tulang rawan tumbuh mencapai sisi lain sampai celah terhubung. Fragmen patahan tulang digabungkan dengan jaringan fibrus, tulang rawan, dan serat tulang imatur. Bentuk kalus dan volume yang dibutuhkan untuk menghubungkan defek secara langsung berhubungan dengan jumlah kerusakan dan

pergeseran tulang. Perlu waktu tiga sampai empat minggu agar fragmen tulang tergabung dalam tulang rawan atau jaringan fibrus. Secara klinis, fragmen tulang tak bisa lagi digerakkan.

Pembentukan kalus mulai mengalami penulangan dalam dua sampai 3 minggu patah tulang melalui proses penulangan endokondrial. Mineral terus menerus ditimbun sampai tulang benar-benar bersatu dengan keras. Permukaan kalus tetap bersifat elektronegatif. Pada patah tulang panjang orang dewasa normal, penulangan memerlukan waktu tiga sampai empat bulan.

4. Fase 4 : Remodeling menjadi tulang dewasa.

Tahap akhir perbaikan patah tulang meliputi pengambilan jaringan mati reorganisasi tulang baru ke susunan struktur sebelumnya. Remodeling memerlukan waktu berbulan-bulan sampai bertahun-tahun bergantung pada beratnya modifikasi tulang yang dibutuhkan, fungsi tulang, dan stres fungsional pada tulang (pada kasus yang melibatkan tulang kompak dan konselus). Tulang konselus mengalami penyembuhan dan remodeling lebih cepat dari pada tulang kortikal kompak, khususnya pada titik kontak langsung. Ketika remodeling telah sempurna, muatan permukaan patah tulang tidak lagi negatif.

2.1.2 Konsep Teori Fraktur Clavikula

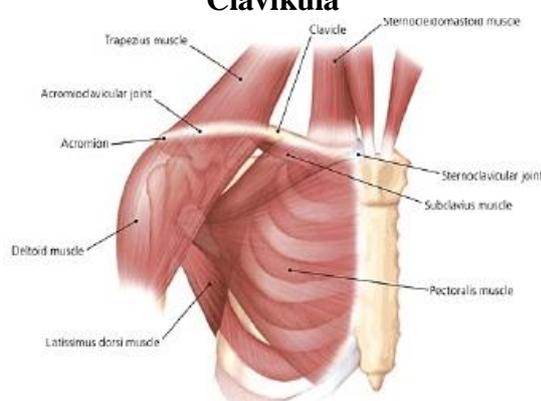
2.1.2.1 Definisi

Fraktur Clavikula adalah putusnya hubungan tulang clavikula yang disebabkan oleh suatu trauma langsung dan tidak langsung pada posisi lengan terputar/tertarik keluar (*outstreched hand*), dimana trauma dilanjutkan dari pergelangan tangan sampai clavikula. (Zairin Noor,2016)

2.1.2.2 Anatomi Clavikula

Os Clavikula mempunyai huruf S. Lengkung medialisnya lebih besar menuju ke depan, lengkung lateralis lebih kecil mengarah ke belakang. Ujung medial berhubungan dengan sternum dan disebut ekstremitas sternalis, terdapat tonjolan kecil disebut tuberositas kostalis untuk mengikat ligementum kosta clavikular. Bagian lateral berhubungan dengan akromion (eskstermitas akrominalis), terdapat tuberositas kostalis dan sulkus subclavikular. (Syarifuddin,2011)

Gambar 2.3
Clavikula



(Rasjad,2012)

2.1.2.3 Etiologi

Fraktur clavícula paling sering disebabkan oleh mekanisme kompresi atau penekanan, paling sering karena suatu kekuatan yang melebihi kekuatan tulang tersebut dimana arahnya dari lateral bahu bisa karena jatuh, kecelakaan olahraga, ataupun kecelakaan kendaraan bermotor.

Gambar 2.4

Mekanisme jatuh pada fraktur clavícula

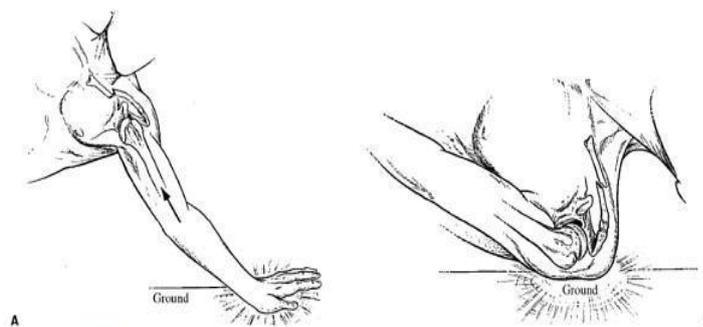


FIGURE 10-1 Clavicle fractures can occur as a result of an indirect (A) or direct (B) mechanism.

(Zuckerman 2011)

Fraktur clavícula merupakan cedera yang sering terjadi akibat jatuh atau hantaman langsung ke bahu. Lebih dari 80% fraktur ini terjadi pada sepertiga tengah atau proksimal clavícula (Putra 2013). Pada daerah tengah tulang clavícula tidak diperkuat oleh otot ataupun ligament-ligament seperti pada daerah distal dan proksimal clavícula. Clavícula bagian tengah juga merupakan transition point antara bagian lateral dan bagian medial. Hal ini yang menjelaskan kenapa pada daerah ini paling sering terjadi fraktur dibandingkan daerah distal ataupun proksimal.

2.1.2.4 Diagnosis

Gambaran klinis pada patah tulang klavikula biasanya penderita datang dengan keluhan jatuh atau trauma. Pasien merasakan rasa sakit bahu dan diperparah dengan setiap gerakan lengan. Pada pemeriksaan fisik pasien akan terasa nyeri tekan pada daerah fraktur dan kadang-kadang terdengar krepitasi pada setiap gerakan. Dapat juga terlihat kulit yang menonjol akibat desakan dari fragmen patah tulang. Pembengkakan lokal akan terlihat disertai perubahan warna lokal pada kulit sebagai akibat trauma dan gangguan sirkulasi yang mengikuti fraktur. Untuk memperjelas dan menegaskan diagnosis dapat dilakukan pemeriksaan penunjang.

Evaluasi pada fraktur clavícula yang standar berupa proyeksi anteroposterior (AP) yang dipusatkan pada bagian tengah clavícula. Pencitraan yang dilakukan harus cukup luas untuk bisa menilai juga kedua AC joint dan SC joint. Bisa juga digunakan posisi oblique dengan arah dan penempatan yang baik. Proyeksi AP 20-60° dengan cephalic terbukti cukup baik karena bisa meminimalisir struktur toraks yang bisa mengganggu pembacaan. Karena bentuk dari clavícula yang berbentuk S, maka fraktur menunjukkan deformitas multi planar, yang menyebabkan susah menilai dengan menggunakan radiograph biasa. CT scan, khususnya dengan 3

dimensi meningkatkan akurasi pembacaan.

2.1.2.5 Klasifikasi

Klasifikasi fraktur klavikula terbagi 3:

2. Fraktur mid klavikula

- a. Paling banyak ditemui.
- b. Terjadi medial ligament korako-klavikula (antara medial dan 1/3 lateral).
- c. Mekanisme trauma berupa trauma langsung atau tak langsung (dari lateral bahu).

3. Fraktur 1/3 lateral klavikula

Fraktur klavikula lateral dan ligament korako-klavikula, yang dapat dibagi:

- a. Type 1: undisplaced jika ligament intak
- b. Type 2 displaced jika ligamen korako-klavikula ruptur.
- c. type 3 : fraktur yang mengenai sendi akromioklavikularis
Mekanisme trauma pada type 3 biasanya karena kompresi dari bahu

4. Fraktur 1/3 medial klavikula

Insiden jarang, hanya 5% dan seluruh fraktur klavikula. Mekanisme trauma dapat berupa trauma langsung dan trauma tak langsung pada bagian lateral bahu yang dapat menekan klavikula ke sternum . Jatuh dengan tangan terkadang dalam posisi abduksi.

Gambar 2.5

Klasifikasi Fraktur Clavicula

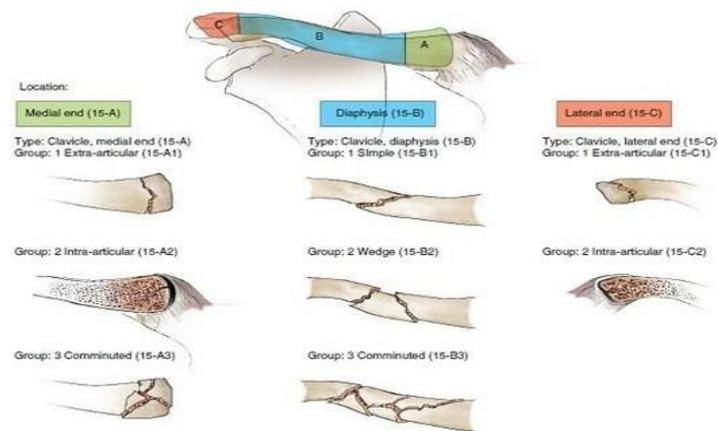


FIGURE 1.1
AO/OTA classification of clavicle fractures.

(Zuckerman 2011)

2.1.2.6 Manifestasi klinik

Keluhan nyeri pada bahu depan, adanya riwayat trauma pada bahu atau jatuh dengan posisi tangan yang tidak optimal (outstretched hand)

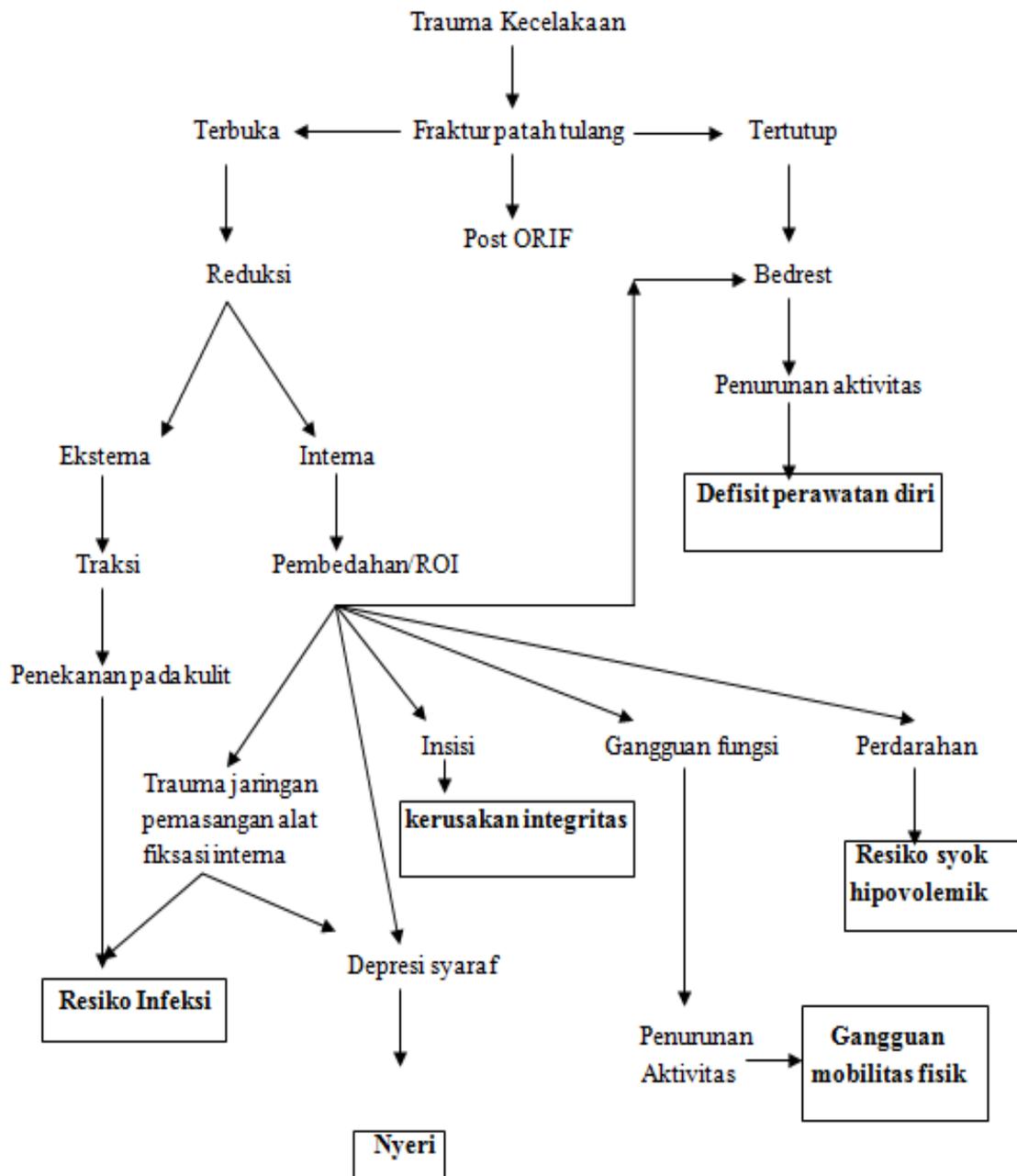
1. *Look* yaitu pada fase awal cedera klien terlihat menggendong lengan pada dada untuk mencegah pergerakan. Suatu benjolan besar atau deformitas pada bahu depan terlihat dibawah kulit dan kadang-kadang fragmen yang tajam mengancam kulit.
2. *Feel* didapatkan adanya nyeri tekan pada bahu depan.
3. *Move* karena ketidakmampuan mengangkat bahu ke atas, keluar dan kebelakang thoraks.

(Helmi,2012)

2.1.2.7 Patofisiologi

Tulang pertama yang mengalami proses pengerasan selama perkembangan embrio pada minggu ke lima dan enam. Tulang clavikula, tulang humerus bagian proksimal dan tulang skapula bersama-sama membentuk bahu ke atas, keluar, dan kebelakang thoraks. Pada bagian proximal tulang clavikula bergabung dengan sternum disebut sebagai sambungan *sternoclavicular*. Pada bagian distal clavikula, patah tulang pada umumnya mudah untuk dikenali dikarenakan tulang clavikula adalah tulang yang terletak dibawah kulit (*subcutaneus*) dan tempatnya relatif didepan. Karena posisinya yang terletak dibawah kulit maka tulang ini sangat rawan sekali untuk patah. Patah tulang clavikula terjadi akibat tekanan yang kuat atau hantaman yang keras ke bahu. Energi tinggi yang menekan bahu ataupun pukulan langsung pada tulang akan menyebabkan fraktur.(Helmi,2012)

Bagan 2.1
Pathway Fraktur Clavikula



(Andra & Yessie, 2013 h.204)

2.1.2.8 Komplikasi

Komplikasi pada fraktur clavikula dapat berupa :

1. Komplikasi awal
 1. Kerusakan arteri
 2. Sindrom kompartemen
 3. Fat embolism syndrom
 4. Infeksi
 5. Syok
2. Komplikasi lanjut
 - a. Mal union
 - b. Non Union

(De Jong,2010)

2.1.2.9 Pemeriksaan Penunjang

1. Laboratorium : Pada fraktur test laboratorium yang perlu diketahui, Hemoglobin, hematokrit, sering rendah akibat perdarahan, laju endap darah (LED) meningkat.
2. Radiologi : X-Ray dapat dilihat gambaran fraktur, deformitas dan metalikment.
3. Venogram (anterogram) menggambarkan arus vaskularisasi.
4. CT-scan untuk mendeteksi struktur fraktur yang kompleks.
5. Rontgen untuk menentukan lokasi, luas dan jenis fraktur.
6. Scan tulang atau MRI meperlihatkan fraktur dan mengidentifikasi kerusakn jaringan lunak. (De Jong,2010)

2.1.2.10 Tindakan Medis

Intervensi medis dengan penatalaksanaan pembedahan menimbulkan luka insisi yang menjadi pintu masuknya organisme patogen serta akan menimbulkan masalah resiko tinggi infeksi pascabedah, nyeri akibat trauma jaringan lunak.(Muttaqin, 2012). Intervensi pembedahan pada fraktur tertutup adalah ORIF (Open Reduction Internal Fixation) merupakan tindakan bedah yang dilakukan guna untuk mempertemukan dan memfiksasi kedua ujung fragmen tulang yang patah serta untuk mengoptimalkan penyembuhan dan hasil (Journal of Orthopaedic Surgery, 2011), dengan cara pemasangan plate dan skrew.Setelah tulang menyambung (satu-dua tahun) maka plate dan skrew akan dilepas, dirumah sakit pelepasan tersebut sering disebut dengan operasi ROI apabila tidak dilakukan maka dapat mengganggu pertumbuhan tulang serta reaksi penolakan dari tubuh seperti infeksi.

A. *Open Reduction Internal Fixation (ORIF)*

ORIF adalah suatu jenis operasi atau pembedahan dengan pemasangan internal fiksasi yang dilakukan ketika fraktur tersebut tidak dapat direduksi secara cukup dengan *close reduction* untuk mempertahankan posisi yang tepat pada fragmen tulang (Potter & Perry,2010). Fungsi ORIF untuk mempertahankan fungsi fragmen tulang agar tetap menyatu

dan tidak mengalami pergerakan.

B. *Remove Of Inplate (ROI)*

ROI (*Remove of Inplate*) adalah suatu tindakan operasi pembedahan untuk pelepasan internal fiksasi yang berbentuk *plate* dan *skrew* yang diberikan untuk memfiksasi tulang panjang yang mengalami fraktur (Prasetyo,2011).

Secara umum, pasien yang terpasang plate memiliki gejala yang dapat dilacak inplate in-situ harus selalu lepas. Plate adalah perangkat medis yang diproduksi untuk menggantikan tulang atau sendi untuk mendukung tulang yang rusak. Di bidang Oerthopedi, pada umumnya inoalte dipasang dengan tujuan membantu proses penyembuhan tulang atau penyambungan tulang. Sehingga bila tujuan sudah tercapai, dianjurkan untuk mengeluarkan inplate tersebut dari dalam tubuh (Ebnezar,2015). Keuntungan melepas inplate pada tulang adalah membuat daya elastis tulang yang terpasang pen kembali seperti semula.

2.2 KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dan pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien (Nurarif & Kusuma, 2015).

2.2.1.2 Pengumpulan Data

1. Identitas Klien

Meliputi nama, jenis kelamin, umur, alamat, agama, suku, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, golongan darah, nomor registrasi, tanggal MRS, diagnosa medis (Aziz Alimul Hidayat, 2013).

2. Keluhan Utama

Pada umumnya keluhan utama pada kasus fraktur adalah rasa nyeri. Nyeri tersebut bisa akut atau kronik tergantung dan lamanya serangan. Untuk memperoleh pengkajian yang lengkap tentang rasa nyeri digunakan :

a. *Provoking Incident*

Apakah ada peristiwa yang menjadi faktor presipitasi nyeri.

b. *Quality of Pain*

Seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan klien. Apakah seperti terbakar,

berdenyut, atau menusuk.

c. *Region :Radiation, relief*

Apakah rasa sakit bisa reda, apakah sakit menjalar atau menyebar, dan dimana rasa sakit terjadi.

d. *Severity (scale) of Pain*

Seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan klien, bisa berdasarkan skala nyeri atau klien menerangkan seberapa jauh rasa sakit mempengaruhi kemampuan fungsinya.

e. *Time*

Berapa lama nyeri berlangsung, kapan, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari.

3. Riwayat Penyakit 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. Selain itu, dengan mengetahui mekanisme terjadinya kecelakaan bisa diketahui luka kecelakaan yang lain (Ignatavicius, Donna D, 1995 dalam buku Aziz Alimul Hidayat, 2013).

4. Riwayat Penyakit 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 (Zairin Noor,2016).

5. Riwayat Penyakit Keluarga

Penelusuran riwayat keluarga sangat penting, karena berupa penyakit muskuloskeletal berkaitan dengan kelainan genetik dan dapat diturunkan. Perlu ditanyakan apakah pada generasi terdahulu ada yang mengalami keluhan sama dengan keluhan pasien saat ini (Zairin Noor, 2016).

2.2.1.3 Pola Aktivitas Sehari-Hari

1. Pola Nutrisi dan Metabolisme

Pada klien fraktur harus mengkonsumsi nutrisi melebihi kebutuhan sehari-harinya seperti kalsium, zat besi, protein, Vit.C dan lainnya untuk membantu proses penyembuhan tulang. Evaluasi terhadap pola nutrisi klien bisa membantu menentukan penyebab masalah muskuloskeletal dan mengantisipasi komplikasi dari nutrisi yang tidak adekuat terutama kalsium atau protein dan terpapar sinar matahari yang kurang merupakan faktor predisposisi masalah

muskuloskeletal terutama pada lansia. Selain itu juga obesitas juga menghambat degenerasi dan dan mobilitas klien (Aziz Alimul Hidayat, 2013).

2. Pola Eliminasi

Pada pola eliminasi yang dikaji yaitu frekuensi, konsistensi, warna, bau, dan jumlah. Pada kedua pola ini juga dikaji ada kesulitan atau tidak (Aziz Alimul Hidayat, 2013).

2. Pola Tidur dan Istirahat

Semua klien fraktur timbul rasa nyeri, keterbatasan gerak, sehingga hal ini dapat mengganggu pola dan kebutuhan tidur klien. Selain itu juga, pengkajian di laksanakan pada lamanya tidur, suasana lingkungan, kebiasaan tidur, dan kesulitan tidur serta penggunaan obat tidur (Doengos. Marilyn E,2002 dalam buku Aziz Alimul Hidayat, 2013).

3. Pola Aktivitas

Karena timbulnya nyeri, keterbatasan gerak, maka semua bentuk kegiatan klien menjadi berkurang dan kebutuhan klien perlu banyak dibantu oleh orang lain. Hal ini yang perlu dikaji adalah bentuk aktivitas klien terutama pekerjaan klie. Karena ada beberapa bentuk pekerjaan beresiko untuk terjadinya fraktur dibanding pekerjaan yang lain (Aziz Alimul Hidayat, 2013).

2.2.1.4 Pemeriksaan Fisik

1. Sistem Respirasi

Dikaji dengan cara inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi.

Dalam sistem ini perlu dikaji mengenai bentuk hidung, kebersihan, adanya sekret, adanya pernafasan cuping hidung, bentuk dada, pergerakan dada, apakah simetris atau tidak, bunyi nafas, adanya ronchi atau tidak, frekuensi dan irama nafas.

2. Sistem Kardiovaskuler

Dikaji mulai dari warna konjungtiva, warna bibir, tidak ada peningkatan JVP, peningkatan frekuensi, dan irama denyut nadi, bunyi jantung tidak disertai suara tambahan, penurunan atau peningkatan tekanan darah.

3. Sistem Pencernaan

Dikaji mulai dari mulut sampai anus, dalam sistem ini perlu dikaji adanya stomatitis, caries bau mulut, mukosa mulut, ada tidaknya pembesaran tonsil, bentuk abdomen, adanya massa, pada auskultasi dapat diperiksa peristaltik usus.

4. Sistem Perkemihan

Dikaji ada tidaknya pembengkakan dan nyeri pada daerah pinggang, observasi dan palpasi pada daerah abdomen untuk mengkaji adanya retensi urine, atau ada

tidaknya nyeri tekan dan benjolan serta pengeluaran urine apakah ada nyeri pada waktu miksi (proses pengeluaran urine) atau tidak.

5. Sistem Neurologi

Secara umum pada pasien yang menjalani *Remove of inplate* (ROI) tidak mengalami gangguan, namun gangguan terjadi dengan adanya nyeri sehingga perlu dikaji tingkat skala (0-10) serta perlu dikaji tingkat GCS dan pemeriksaan fungsi syaraf kranial untuk mengidentifikasi kelainan atau komplikasi.

6. Sistem Integumen

Perlu dikaji keadaan kulit (tugor, kebersihan, pigmentasi, tekstur dan lesi) serta perlu dikaji kuku dan keadaan rambut sekitar kulit atau ekstremitas mengidentifikasi adanya edema atau tidak. Pada klien post *Remove of Inplate* akan didapatkan kelainan integument karena adanya luka insisi pada daerah tulang selangka atau pada daerah operasi, sehingga perlu dikaji ada atau tidaknya lesi dan kemerahan, pengukuran suhu untuk mengetahui adanya infeksi.

7. Sistem Endokrin

Dalam sistem ini perlu dikaji adanya pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening.

8. Sistem Muskuloskeletal

Perlu dikaji kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah. Diperiksa juga adanya kekuatan pergerakan atau keterbiasaan gerak atau keterbiasaan gerak, refleks pada ekstremitas atas dan bawah. Pada klien post *Remove of Inplate* didapatkan keterbatasan gerak gerak pada ekstremitas atas dikarenakan luka operasi yang ditutup dan terpasangnya infus.

9. Sistem Penglihatan

Untuk mengetahui keadaan kesehatan mata harus diperiksa tentang fungsi penglihatan, kesimetrisan mata kiri dan kanan

2.2.1.5 Data Psikologis

Data psikologis yang perlu dikaji adalah status emosional, konsep diri, mekanisme koping klien dan harapan serta pemahan klien tentang kondisi kesehatan sekarang.

1. Status Emosional

Kemungkinan ditemukan klien gelisah dan labil, karena proses penyakit yang tidak diketahui, tidak pernah diderita sebelumnya.

2. Konsep Diri

Konsep diri didefinisikan sebagai semua pikiran, keyakinan, dan kepercayaan yang membuat orang mengetahui tentang dirinya atau mempengaruhi hubungan dengan oranglain, konsep diri terdiri dari

1. Gambaran Diri

Kaji klien bagaimana dengan badannya selama sakit dan setelah dioperasi

2. Harga Diri

Kaji penilaian pribadi klien dalam memenuhi ideal dirinya

3. Peran Diri

Kaji kesadaran diri klien mengenai jenis kelaminnya, dan kaji apakah klien mempunyai tujuan yang bernilai yang dapat dirasakan

4. Identitas Diri

Tanyakan kepada klien tentang fungsinya sebagai perempuan

5. Ideal Diri

Kaji persepsi klien tentang dirinya bagaimana ia harus berperilaku sesuai dengan standar pribadi.

3. Aspek sosial dan Budaya

Pengkajian ini menyangkut pada pola komunikasi dan interaksi interpersonal, gaya hidup, faktor social, serta *support system* yang ada pada klien.

4. Data Spiritual

Pada data spiritual menyangkut keyakinan terhadap Agama yang dianut, harapan kesembuhan serta kegiatan spiritual yang dilakukan saat ini.

4. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan laboratorium dan radiologi perlu dilakukan untuk memvalidasi menegakan diagnosa sebagai pemeriksaan penunjang,

5. Data Pengobatan

Data ini digunakan untuk mengetahui jenis obat apa saja yang digunakan pada pasien yang menjalani *Remove of Inplate*. Untuk mengetahui keefektifan penyembuhan.

2.2.1.6 Analisa Data

Analisa data merupakan kemampuan kognitif dalam pengembangan daya berpikir dan penalaran yang dipengaruhi oleh latar belakang ilmu dan pengetahuan, pengalaman, dan keperawatan. Dalam melakukan analisa data, diperlukan kemampuan mengkaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep, teori dan prinsip yang relevan untuk

membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan klien.

Setelah semua data terkumpul kemudian data akan dianalisis dan digolongkan menjadi data subjektif dan data objektif sesuai dengan masalah keperawatan yang timbul (Rohmah, 2010).

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Mengacu pada tindakan pembedahan fraktur diagnosis keperawatan yang biasanya muncul pada klien berdasarkan buku NANDA yang disusun oleh Nurarif & Kusuma (2015) adalah

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan), spasme otot, gerakan fragmen tulang, edema, cedera jaringan lunak, pemasangan traksi.
2. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan fraktur terbuka, pemasangan traksi (pen, kawat, sekrup).
3. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan rangka neuromuscular, nyeri, terapi restriktif (imobilisasi).
4. Resiko infeksi berhubungan dengan trauma, imunitas tubuh primer menurun, prosedur invasive (pemasangan traksi).
5. Resiko syok berhubungan dengan kehilangan volume darah akibat trauma (fraktur).
6. Defisit Perawatan diri berhubungan dengan gangguan *neuromuscular*

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi atau perencanaan adalah suatu proses didalam pemecahan masalah yang merupakan keputusan awal tentang sesuatu apa yang akan dilakukan, bagaimana dilakukan, kapan dilakukan, siapa yang melakukan dari semua tindakan keperawatan.

Intervensi merupakan tahap ketiga dari proses keperawatan dimana perawat menetapkan tujuan dan hasil yang diharapkan bagi pasien ditentukan dan merencanakan intervensi keperawatan. Selama perencanaan, dibuat prioritas dengan kolaborasi klien dan keluarga, konsultasi tim kesehatan lain, telaah literature, modifikasi asuhan keperawatan dan tertata informasi yang relevan tentang kebutuhan perawatan kesehatan klien dan penatalaksanaan klinik.(Kumala dan Mutaqim,2012)

Intervensi Keperawatan berdasarkan buku NANDA

(Amin Huda Nurarif, 2015).

Tabel 2.1

Nyeri akut

Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<p>NOC</p> <p>1. <i>Pain Level</i></p> <p>2. <i>Pain control</i></p> <p>3. <i>Comfort level</i></p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>a. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi, (untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)</p> <p>b. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri</p> <p>c. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)</p> <p>d. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</p> <p>e. Tanda vital dalam rentang normal</p>	<p>NIC</p> <p><i>Pain Management</i></p> <p>1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi</p> <p>2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan</p> <p>3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien</p> <p>4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri</p> <p>5. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau</p>	<p>1. Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri</p> <p>2. Isyarat nonverbal dapat atau tidak dapat mendukung intensitas nyeri klien, tetapi mungkin merupakan satu-satunya indikator jika klien tidak dapat mengatakannya secara verbal (Doengus, 2018)</p> <p>3. Reduksi ansietas dan ketakutan dapat meningkatkan relaksasi dan kenyamanan (Doengus, 2012)</p> <p>4. Informasi ini menentukan data dasar kondisi pasien dengan memandu intervensi keperawatan (Doengus, 2012)</p> <p>5. Penanganan sukses terhadap nyeri memerlukan. Penggunaan teknik efektif memberikan penguatan positif, meningkatkan rasa control, dan menyiapkan pasien untuk intervensi yang biasa digunakan setelah pulang (Doenges, 2014)</p>

-
- | | |
|---|--|
| 6. Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan control nyeri masa lampau | 6. Memahami keparahan dan lokasi nyeri, membantu untuk menemukan upaya control nyeri yang tepat. Intervensi meliputi mediasi, pengaturan posisi, pengalihan imajinasi, relaksasi, dan teknik pernafasan (Doengous, 2014) |
| 7. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan | 7. Informasi ini akan menemukan tindakan selanjutnya (Marni, 2010) |
| 8. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu, ruangan, pencahayaan dan kebisingan | 8. Untuk meningkatkan manajemen nyeri non farmakologi (Marni, 2010) |
| 9. Kurangi faktor presipitasi nyeri | 9. Meningkatkan istirahat dan kemampuan koping (Marni, 2010) |
| 10. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inter personal) | 10. Membantu pasien lebih beristirahat efektif dan memfokuskan kembali perhatian sehingga mengurangi nyeri dan ketidaknyamanan (Marni, 2010) |
| 11. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi | 11. Menemukan data dasar kondisi pasien dan memandu intervensi keperawatan (Doengoes, 2014) |
| 12. Ajarkan tentang teknik non farmakologi | 12. Memfokuskan kembali perhatian, peningkatan relaksasi, dan tempat meningkatkan kemampuan koping (Doengoes, 2014) |
| 13. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri | 13. Meredakan nyeri, meningkatkan kenyamanan dan meningkatkan istirahat (Marni, 2010) |
| 14. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri | 14. Nyeri merupakan pengalaman subjektif, pengkajian berkelanjutan diperlukan untuk mengevaluasi efektivitas medikasi dan kemajuan penyembuhan (Doengoes, 2014) |
| 15. Tingkatkan istirahat | 15. Mengurangi ketegangan |
-

-
- | | |
|---|--|
| | otot,meningkatkan relaksasi, dan dapat meningkatkan kemampuan koping (Doenges, 2014) |
| 16. Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil | 16. Perubahan pada karakteristik nyeri dapat mengindikasikan suatu komplikasi, memerlukan evaluasi dan intervensi medis yang cepat dan tepat (Doenges, 2014) |
| 17. Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri | 17. Penggunaan persepsi sendiri/perilaku untuk menghilangkan nyeri dapat membantu pasien mengatasinya lebih efektif (Marni,2010) |
-

Tabel 2.2

Kerusakan Integritas Kulit

Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<p>NOC</p> <p>1. <i>Tissue Integrity : Skin and Mucous</i></p> <p>2. <i>Wound healing : primary and secondary Intention</i></p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>a. Perfusi jaringan baik</p> <p>b. Tidak ada tanda-tanda infeksi</p> <p>c. Ketebalan dan tekstur jaringan normal</p> <p>d. Menunjukkan pemahaman dalam proses dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera berulang</p> <p>e. Menunjukkan terjadinya proses penyembuhan luka.</p>	<p><i>Pressure ulcer prevention wound care</i></p> <p>1. Anjurkan klien untuk menggunakan pakaian yang longgar</p> <p>2. Jaga kulit agar tetap bersih dan kering</p> <p>3. Mobilisasi klien (ubah posisi) setiap dua jam sekali</p> <p>4. Observasi adanya kemerahan</p> <p>5. Monitor aktivitas dan mobilisasi klien</p> <p>6. Observasi luka : lokasi, dimensi, kedalaman luka, jaringan nekrotik, tanda-tanda infeksi lokal, formasi traktus</p> <p>7. Ajarkan keluarga tentang luka dan perawatan luka</p> <p>8. Kolaborasi ahli gizi</p>	<p>1. Tindakan tersebut meningkatkan kenyamanan dan menurunkan suhu tubuh (Doengoes,20 12)</p> <p>2. Mengurangi kerusakan integritas kulit yang lebih parah</p> <p>3. Berdiam dalam satu posisi yang lama dapat memnurunkan sirkulasi sirkusi ke luka, dan dapat menunda penyembuhan (Doengoes,20 12)</p> <p>4. Untuk mengidentifikasi gangguan integritas kulit (Marni,2016)</p> <p>5. Untuk mengetahui perkembangan aktivitas mobilisasi klien</p> <p>6. Dengan selalu mengobservasi luka dapat diketahui tingkat keparahan luka dan bagaimana proses peningkatan kesembuhan pada luka</p> <p>7. Mengurangi resiko penyebaran bakteri (Doengoes,20 12)</p> <p>8. Diet TKTP yaitu dapat</p>

pemberian diet TKTP (tinggi kalori tinggi protein)	memenuhi kebutuhan Energi & Protein yang meningkatkan untuk mencegah & mengurangi kerusakan jaringan tubuh.
9. Cegah kontaminasi feses dan urine	9. Mencegah akses atau membatasi penyebaran organisme penyebab infeksi dan kontaminasi silang (Doengoes,20 12)
10. Berikan posisi yang mengurangi tekanan pada luka	10. Untuk mencegah meluasnya infeksi pada kulit (Marni,2016)
11. Hindari kerutan pada tempat tidur	11. Untuk mencegah meluasnya infeksi pada kulit (Marni,2016)

Tabel 2.3

Hambatan Mobilitas Fisik

Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<p>NOC</p> <p>1. <i>Joint Movement : Active</i></p> <p>2. <i>Mobility Level</i></p> <p>3. <i>Self care : ADLs</i></p> <p>4. <i>Transfer performance</i></p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>a. Klien meningkat dalam aktivitas fisik</p> <p>b. Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas</p> <p>c. Memverbalisasi perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah</p> <p>d. Memperagakan penggunaan alat bantu untuk mobilisasi (walker)</p>	<p>NIC</p> <p><i>Exercise therapy : ambulation</i></p> <p>1. Kaji kemampuan klien dalam beraktivitas</p> <p>2. Konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai dengan kebutuhan</p> <p>3. Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi</p> <p>4. Lakukan pendekatan kepada pasien untuk melakukan</p>	<p>1. Mengidentifikasi kelemahan/kekuatan dan dapat memberikan informasi bagi pemulihan. (nurarif,2015)</p> <p>2. Program khusus dapat dikembangkan untuk menemukan kebutuhan yang berarti atau menjaga kekurangan tersebut dalam keseimbangan. (Nurarif,2015)</p> <p>3. Mengetahui tingkat kemampuan klien dalam melakukan aktifitas (Nurarif,2015)</p>

aktifitas sebatas kemampuan	4. Diharapkan pasien lebih kooperatif dalam melakukan aktifitas (Nuarif,2013)
5. Bantu latihan rentang gerak pasif pada ekstremitas yang sakit maupun yang sehat sesuai keadaan klien	5. Meningkatkan sirkulasi darah, muskuloskeletal, mempertahankan tonus otot, mempertahankan gerak sendi, mencegah kontraktur dan mencegah reabsorpsi kalsium karena imobilisasi (Nuarif,2013)
6. Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan perawatan diri sesuai keadaan klien	6. Meningkatkan kemandirian klien dalam perawatan diri sesuai kondisi kebutuhannya klien. (Nuarif,2015)
7. Ajarkan pasien mengubah posisi secara periodik sesuai dengan keadaan klien.	7. Menurunkan insiden komplikasi kulit dan pernafasan (Nuarif,2013)

Tabel 2.4

Resiko Infeksi

Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
NOC <i>1. Immune Status</i>	NIC <i>Infection Control</i>	
<i>2. Knowledge Infection control</i>	1. Bersihkan lingkungan setelah dipakai klien lain	1. Meminimalkan resiko infeksi
<i>3. Risk control</i>		
Kriteria Hasil :		
a. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi	2. Pertahankan teknik isolasi	2. Mencegah penyebaran bakteri oleh penderita
b. Mendeskripsikan proses penularan penyakit, factor yang mempengaruhi penularan serta pelaksanaannya	3. Batasi pengunjung bila perlu	3. Untuk meminimalkan penyebaran infeksi (Doengoes, 2012)
c. Menunjukkan kemampuan		4. Meminimalkan patogen yang

untuk mencegah timbulnya infeksi	4. Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangannya saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkannya	ada disekeliling pasien
d. Jumlah leukosit dalam batasan normal		
e. Menunjukkan perilaku hidup sehat	5. Gunakan sabun antimikroba untuk cucitangan	5. Untuk membunuh patogen yang menempel pada tangan
	6. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan	6. untuk mencegah terjadinya infeksi (Doengoes, 2012)
	7. Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat	7. Tindakan aseptik dapat mengurangi paparan klien dari sumber infeksi
	8. Tingkatkan intake nutrisi	8. Malnutrisi dapat memengaruhi kesehatan umum dan menurunkan tahanan terhadap infeksi
	9. Berikan terapi antibiotik bila perlu	9. Untuk meningkatkan pemulihan dan mencegah komplikasi (Doengoes, 2012)
		10.
	<i>Infection Protection</i>	
	1. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal	1. Mencegah terjadinya komplikasi lebih berat yang diakibatkan infeksi bakteri patogen
	2. Monitor hitung granulosit, WBC	2. Mengetahui tingkat virulensi suatu infeksi dan bagaimana sistem imun tubuh dalam mempertahankan kekebalannya.
	3. Monitor kerentanan terhadap infeksi	3. Mengetahui sejauh mana tubuh dapat mempertahankan kekebalannya dan mencegah terjadinya komplikasi lebih berat
	4. Berikan perawatan kulit pada area epidema	4. Mencegah perluasan area infeksi
	5. Inspeksi kondisi luka / insisi bedah	5. Mencegah terjadinya infeksi pada area luka operasi

6. Intruksikan klien untuk minum antibiotik sesuai resep	6. Mempercepat penyembuhan luka
7. Ajarkan cara menghindari infeksi.	7. Mengetahui hal-hal yang dapat menimbulkan infeksi.

Tabel 2.5

Resiko syok

Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<p>NOC</p> <p>Blood lose severty</p> <p>Blood koagulation</p> <p>Kriteria hasil</p> <p>a. Tidak ada hematuria dan hematemesis</p> <p>b. Jehilangan darah yang terlihat</p> <p>c. Tekanan darah dalam batas normal sistol dan diastol</p> <p>d. Tidak ada distensi abdominal hemoglobin dan hematokrit dalam batas normal</p> <p>e. Plasma, PT, PTT dalam batas normal</p>	<p>NIC</p> <p>Mandiri</p> <p>1. Monitor tanda-tanda syok</p> <p>2. Perthanakan bedrest selama perdarahan aktif</p> <p>3. Catat nilai Hb dan Ht sebelum dan sesudah terjadinya perdarahan</p> <p>4. Monitor nilai lab (koagulasi) yang meliputi PT, PTT, Trombosit</p> <p>5. Kolaborasi dalam pemberian produk darah</p> <p>6. Lindungi pasien dari trauma yang menyebabkan perdarahan. Hindari pemberian aspirin dan anti koagulasi</p>	<p>1. Perubahan pada TD dan denyut nadi dapat digunakan untuk menentukan perkiraan kehilangan darah, TD kurang dari 90 mmHg dan denyut nadi lebih dari 110 menandakan penurunan volume 5-35% atau kira-kira 1000 mL. . hipotensi postural mencerminkan penurunan volume sirkulasi.</p> <p>2. Mengurangi kemungkinan cedera meskipun aktivitas perlu dipertahankan (Doengoes,2018)</p> <p>3. Membantu mengetahui kebutuhan pergantian darah dan memantau efektivitas terapi (Doengoes,2018)</p> <p>4. Transfusi dapat diperlukan pada kejadian pendarahan persistem atau pendarahan spontan masif (Doengoes,2018)</p> <p>5. Mengurangi cedera tidak sengaja yang dapat menyebabkan pendarahan (Doengoes,2018)</p> <p>6. Medikasi ini mengurangi agregasi trombosit sehingga memperpanjang proses koagulasi dan kemudian dapat menyebabkan iritasi lambung lebih lanjut sehingga</p>

meningkatkan resiko
pendarahan (Doengoes,2018)

Tabel 2.6

Defisit Perawatan Diri

Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<p>NOC Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perawatan diri klien terpenuhi:</p> <p>a. Mampu melakukan aktifitas perawatan diri sesuai dengan tingkat kemampuan secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu</p> <p>b. Mampu mempertahankan kebersihan pribadi dan penampilan yang rapi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu</p>	<p>NIC</p> <p>1. Kaji tingkat kekuatan dan toleransi</p> <p>2. Rencanakan tindakan untuk mengurangi pergerakan pada sisi yang sakit, seperti tempatkan makanan didekat klien</p> <p>3. Dukung kemandirian klien dalam berpakaian, berhias, bantu pasien jika diperlukan</p> <p>4. Beri pujian atas usaha untuk berpakaian sendiri</p> <p>5. Identifikasi kebiasaan BAB. Anjurkan minum dan latihan</p>	<p>1. Membantu dalam mengantisipasi dan merencanakan pertemuan untuk kebutuhan individual (Nurarif,2015)</p> <p>2. Klien akan lebih mudah mengambil peralatan yang diperlukan(Nurarif,2015)</p> <p>3. Menjaga harga diri klien (Nurarif,2015)</p> <p>4. Dapat meningkatkan harga diri klien, memandirikan dan menganjurkan klien untuk terus mencoba(Nurarif,2015)</p> <p>5. Meningkatkan latihan dapat mencegah konstipasi.(Nurarif,2015)</p>

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pelaksanaan rencana keperawatan oleh perawat dan klien. Implementasi merupakan tahap ke empat dari proses keperawatan yang dimulai setelah perawat menyusun rencana keperawatan (Dermawan, 2012).

Fokus utama dari komponen implementasi adalah pemberian asuhan keperawatan yang aman dan individual dengan pendekatan multifokal. Implementasi perencanaan berupa penyelesaian tindakan yang diperlukan untuk memenuhi kriteria hasil seperti yang digambarkan dalam rencana tindakan (Dermawan, 2012).

Dalam melaksanakan implementasi terdapat beberapa pedoman menurut (Dermawan, 2012) diantaranya :

1. Tindakan yang dilakukan konsisten dengan rencana dan dilakukan setelah memvalidasi rencana..
2. Keterampilan interpersonal, intelektual, dan teknis dilakukan dengan kompeten dan efisien di lingkungan yang sesuai.
3. Keamanan fisik dan psikologis klien dilindungi.
4. Dokumentasi tindakan dan respon klien dicantumkan dalam catatan perawatan kesehatan dan rencana asuhan.

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi didefinisikan sebagai keputusan dari efektifitas asuhan keperawatan antara dasar tujuan keperawatan klien yang telah ditetapkan dengan respon perilaku klien yang tampil. Evaluasi

keperawatan yaitu membandingkan efek/hasil suatu tindakan keperawatan dengan norma atau kriteria tujuan yang sudah dibuat.

Type pernyataan tahapan evaluasi dapat dilakukan secara formatif dan sumatif. Evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilakukan selama proses asuhan keperawatan, sedangkan evaluasi sumatif adalah evaluasi akhir. Untuk memudahkan perawat mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen SOAP/SOAPIE/SOPIER (Dermawan, 2012).

1. S (*Subjektif*) : Hasil pemeriksaan terakhir yang dikeluhkan oleh pasien biasanya data ini berhubungan dengan kriteria hasil.
2. O (*Objektif*) : Data berdasarkan hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung pada klien, dan yang dirasakan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.
3. A (*Analisis*) : Menjelaskan apakah masalah kebutuhan pasien terpenuhi atau tidak.
4. P (*Plan*) : Rencana tindak lanjut yang akan dilakukan terhadap pasien.
5. I (*Implementasi*) : Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah yang ada sesuai dengan intruksi yang telah teridentifikasi dalam komponen P.

6. E (*Evaluasi*) : Mengevaluasi respon klien terhadap tindakan atau hasil.
7. R (*Reassessment*) : Pengkajian ulang yang dilakukan terhadap perencanaan setelah diketahui hasil evaluasi, apakah dari rencana tindakan perlu dilanjutkan, dimodifikasi, atau dihentikan.

2.2.6 KONSEP NYERI

2.2.6.1 Definisi

Nyeri merupakan sensasi ketidaknyamanan yang bersifat individual. Respon nyeri sebagai suatu sensori subjektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau yang dirasakan dalam kejadian-kejadian dimana terjadi kerusakan (Perry & Potter, 2010)

International Association for the Study of Pain (IASP) mendefinisikan nyeri sebagai suatu sensori yang tidak menyenangkan dan pengalaman emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual dan potensial, atau dijelaskan dalam istilah seperti kerusakan (Priscilla LeMone, 2015).

2.2.6.2 Klasifikasi Nyeri

Menurut Nanda (2018) nyeri diklasifikasikan sebagai berikut :

1. Nyeri Akut

Nyeri akut adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang timbul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau di gambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa.

2. Nyeri Kronis

Nyeri kronis adalah nyeri konstan atau intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri ini berlangsung diluar waktu penyembuhan yang diperkirakan dan sering tidak dapat dikaitkan dengan penyebab atau cedera spesifik.

2.2.6.3 Fisiologi Nyeri

1. Stimulus

Nyeri selalu dikaitkan dengan adanya stimulus (rangsangan nyeri) dan reseptor. Reseptor yang dimaksud adalah *nosisseptor*, yaitu ujung-ujung saraf bebas pada kulit yang berespon terhadap stimulus yang kuat. Munculnya nyeri dimulai dengan adanya stimulus nyeri. Stimulus-stimulus tersebut dapat berupa biologis, zat kimia, panas, listrik serta mekanik.

Dalam buku Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri yang disusun oleh Prasetyo (2010), Terdapat beberapa jenis stimulus Nyeri, diantaranya :

2. Reseptor Nyeri

Reseptor merupakan sel-sel khusus yang mendeteksi perubahan-perubahan partikular disekitarnya, kaitannya dengan proses terjadinya nyeri maka reseptor-reseptor inilah yang menangkap stimulus-stimulus nyeri (Prasetyo, 2010).

Reseptor ini dapat terbagi menjadi :

1) Exteroreseptor

Yaitu reseptor yang berpengaruh terhadap perubahan pada lingkungan eksternal, antara lain :

- a. Corpusculum miessiner, corpusculum marker : untuk merasakan stimulus taktil (sentuhan / rabaan)
- b. Corpusculum Ruffini : untuk merasakan rangsang panas, merupakan ujung saraf bebas yang terletak di dermis dan sub kutis.

2) Telereseptor

Merupakan reseptor yang sensitif terhadap stimulus yang jauh.

3) Propioseptor

Merupakan reseptor yang menerima impuls primer dari organ otot, spindel dan tendon golgi.

4) Interoseptor

Merupakan reseptor yang sensitif terhadap perubahan pada organ-organ visceral dan pembuluh darah.

Beberapa penggolongan lain dari reseptor sensori :

- a. Termoreseptor : reseptor yang menerima sensasi suhu (panas atau dingin).
- b. Mekanoreseptor : reseptor yang menerima stimulus – stimulus nyeri.

- c. Kemoreseptor : reseptor yang menerima stimulus kimiawi.

2.2.6.4 Derajat nyeri

Pengukuran derajat nyeri sebaiknya dilakukan dengan tepat karena sangat dipengaruhi oleh faktor subyektif seperti faktor fisiologis, psikologi, lingkungan. Karenanya, anamnesis berdasarkan pada pelaporan mandiri pasien yang bersifat sensitif dan konsisten sangatlah penting. Pada keadaan di mana tidak mungkin mendapatkan penilaian mandiri pasien seperti pada keadaan gangguan kesadaran, gangguan kognitif, pasien pediatrik, kegagalan komunikasi, tidak adanya kerjasama atau ansietas hebat dibutuhkan cara pengukuran yang lain. Pada saat ini nyeri di tetapkan sebagai tanda vital kelima yang bertujuan untuk meningkatkan kepedulian akan rasa nyeri dan diharapkan dapat memperbaiki tatalaksana nyeri akut. (Mangku, senapathi, 2010)

Berbagai cara dipakai untuk mengukur derajat nyeri, cara yang sederhana dengan menentukan derajat nyeri secara kualitatif sebagai berikut:

1. Nyeri ringan adalah nyeri yang hilang timbul, terutama sewaktu melakukan aktivitas sehari-hari dan hilang pada waktu tidur
2. Nyeri sedang adalah nyeri terus menerus, aktivitas

terganggu, yang hanya hilang apabila penderita tidur

3. Nyeri berat adalah nyeri yang berlangsung terus menerus sepanjang hari, penderita tak dapat tidur atau sering terjaga oleh gangguan nyeri sewaktu tidur

2.2.6.5 Faktor Faktor-Faktor yang Mempengaruhi persepsi dan reaksi terhadap nyeri

Menurut McCaffery dan Pasero dalam buku Prasetyo (2010) menyatakan bahwa hanya klienlah yang paling mengerti dan memahami tentang nyeri yang ia rasakan. Faktor Faktor yang mempengaruhi Nyeri antara lain :

1. Usia

Usia merupakan variable yang penting dalam mempengaruhi nyeri pada individu.

2. Jenis Kelamin

Secara umum pria dan wanita tidak berbeda secara signifikan dalam berespon terhadap nyeri. Hanya beberapa budaya yang menganggap bahwa seorang anak laki-laki harus lebih berani dan tidak boleh menangis dibandingkan dengan anak perempuan dalam situasi yang sama ketika merasakan nyeri. Akan tetapi dari penelitian terakhir memperlihatkan hormon seks pada mamalia berpengaruh pada terhadap tingkat toleransi terhadap nyeri. Hormon seks testosteron menaikkan ambang nyeri pada percoaan binatang,

sedangkan estrogen meningkatkan pengenalan/sensitivitas terhadap nyeri.

3. Kebudayaan

Perawat terkadang seringkali berasumsi bahwa cara berespon pada setiap individu dalam masalah nyeri adalah sama, sehingga mereka mencoba mengira bagaimana pasien berespon terhadap nyeri.

4. Makna Nyeri

Makna nyeri pada seseorang mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri.

5. Lokasi dan Tingkat Keparahan Nyeri

Nyeri yang dirasakan bervariasi dalam intensitas dan tingkat keparahan pada masing-masing individu. Nyeri yang dirasakan mungkin terasa ringan, sedang atau bisa jadi merupakan nyeri yang berat.

6. Perhatian

Tingkat perhatian terhadap nyeri akan mempengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkat terhadap nyeri akan meningkatkan respon nyeri sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan penurunan respon nyeri.

7. Ansietas (kecemasan)

Hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks,

ansietas yang dirasakan seseorang seringkali meningkatkan persepsi nyeri, akan tetapi nyeri juga dapat menimbulkan perasaan ansietas.

8. Keletihan

Keletihan/kelelahan yang dirasakan seseorang akan meningkatkan sensasi nyeri dan menurunkan kemampuan coping individu.

9. Pengalaman Sebelumnya

Setiap individu belajar dari pengalaman nyeri, akan tetapi pengalaman yang telah dirasakan individu tersebut tidak berarti bahwa individu tersebut akan mudah dalam menghadapi nyeri di masa yang akan datang.

10. Dukungan Keluarga dan Sosial

Individu yang mengalami nyeri seringkali membutuhkan dukungan, bantuan, perlindungan dari anggota keluarga yang lain, atau teman terdekat. Walaupun nyeri masih dirasakan oleh klien, kehadiran orang terdekat akan meminimalkan kesepian atau ketakutan.

2.2.6.6 Pengkajian Skala Nyeri

Pengkajian nyeri menurut (Prasetyo,2010) yaitu :

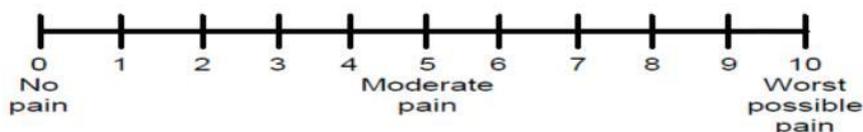
1. Numeric Rating Scale

Skala Numerik (*Numerical Rating Scale, NRS*) digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Dalam hal ini,

pasien menilai nyeri dengan skala 0-10. Skala ini efektif digunakan untuk mengkaji intensitas nyeri sebelum dan sesudah intervensi terapeutik.

Gambar 2.7

Skala intensitas Nyeri Numerik



0	Tidak nyeri	:	-
1-3	Nyeri ringan	:	Secara objektif pasien dapat berkomunikasi dengan baik
4-6	Nyeri sedang	:	Secara objektif pasien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik.
7-9	Nyeri berat	:	Secara objektif terkadang klien tidak dapat mengikuti perintah, tapi masih responterhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya,tidak dapat

diatasi dengan alih posisi nafas panjang dan distraksi.

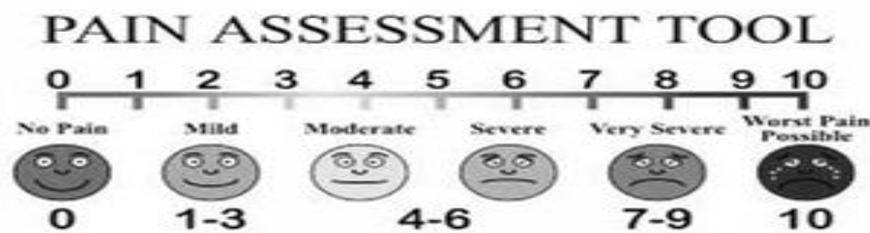
- 10 Nyeri sangat berat : Pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul.

2. Skala Analog Visual

Skala Analog Visual (*Visual Analog Scale, VAS*) merupakan suatu garis lurus, yang mewakili intensitas nyeri terus menerus dan memiliki alat pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Skala ini memberikan kebebasan penuh pada pasien untuk mengidentifikasi tingkat keparahan nyeri yang ia rasakan. Skala Analog Visual merupakan pengukur keparahan nyeri yang lebih sensitif karena pasien dapat mengidentifikasi setiap titik pada rangkaian dari pada dipaksa memilih satu kata atau satu angka (McGuire, 1984 pada buku Prasetyo, 2010).

Gambar 2.8

Skala Face Pain



2.2.6.7 Batasan Karakteristik Nyeri

Menurut NANDA (2018) karakteristik nyeri sebagai berikut :

1. Perubahan selera makan
2. Perubahan pada parameter fisiologis
3. Diaforesis
4. Perilaku distraksi
5. Bukti nyeri dengan menggunakan standar daftar periksa nyeri untuk pasien yang tidak dapat mengungkapkannya
6. Perilaku ekspresif
7. Ekspresi wajah nyeri
8. Sikap tubuh melindungi
9. Putus asa
10. Sikap melindungi area nyeri
11. Perilaku protektif
12. Laporan tentang perilaku nyeri / perubahan aktivitas
13. Dilatasi pupil
14. Fokus pada diri sendiri
15. Keluhan tentang intensitas dengan skala nyeri dan instrumen nyeri

2.2.6.8 Mekanisme Nyeri

Nyeri secara keilmuan (pengakuan yang subjektif) terpisah dan berbeda dari istilah nonisepsi. Nonisepsi merupakan ukuran kejadian fisiologis. Nonisepsi merupakan sistem yang membawa informasi mengenai peradangan. Kerusakan atau ancama kerusakan pada jaringan spinalis dan otak. Nonisepsi biasanya muncul tanpa ada rasa nyeri dan berada di alam bawa sadar. (Joyce M. Black & Jane Hokanson Hawks,2014)

Nyeri mungkin disertai respon fisik yang dapat diobservasi seperti peningkatan atau penurunan tekanan darah, takikardi, diforesis, takipneu, Fokus pada nyeri, dan melindungi bagian tubuh yang nyeri. Respon kardiovaskuler dan pernafasan akibat stimulasi sistem saraf simpatis sebagai bagian dari respon flight or flight. Nyeri akut yang tidak teratasi akan memicu sistem kronis. (Hardhi Kusuma,2015)

2.2.7 Hasil Penelitian Jurnal Terkait Teknik *Self Healing*

Kedua responden dilatih teknik terapi *Self Healing* yaitu penurunan rasa nyeri dengan teknik penyembuhan diri sendiri atau tanpa menggunakan obat atau alat yang merupakan metode penyembuhan dengan melibatkan nafas stabil, gerak yang bertujuan untuk kesembuhan, sentuhan, dan keheningan sehingga dapat

berinteraksi dengan diri sendiri yang filosofinya bertumpu pada manusia sebagai unit yang lengkap antara badan, batin, dan kemampuan individualnya dilakukan pasien post operasi selama 10 menit dilakukan 3 kali yaitu pagi, sore dan malam hari, dan mendapat hasil yang efektif. Begitu pula hasil penelitian oleh Ahmad Redho, Yani Sofiani, Anwar Wardi Warongan dengan judul **“Pengaruh *Self Healing* terhadap Penurunan Skala Nyeri Pasien Post Operasi di RSUD Bangkinang Kabupaten Kampar 2018”** dan jurnal penelitian oleh Roselly Bertauli, Lindawati F, Pomarida Simbolon dengan judul **“Hubungan kontrol diri dengan tingkat nyeri pada pasien post operasi di ruang rawat inap Rumah Sakit Santa Elisabeth”** Memberikan kesimpulan bahwa menurunkan intensitas nyeri dengan memberikan terapi *Self Healing* menunjukkan hasil efektif.