

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI  
*ORIF (OPEN REDUKSI INTERNAL FIKSASI)* DENGAN  
NYERI AKUT DI RUANG MELATI IV MEDIKAL  
BEDAH RUMAH SAKIT UMUM  
DAERAH DR SOEKARDJO  
TASIKMALAYA**

**KARYA TULIS ILMIAH**

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

**Oleh:**

**Anggas Ardiyanto**

**NIM: AKX.16.018**



**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN KONSENTRASI  
ANESTESI DAN GAWAT DARURAT MEDIK STIKES  
BHAKTI KENCANA BANDUNG  
2019**

## SURAT PERNYATAAN

Dengan ini saya,

Nama : Anggas Ardiyanto  
NPM : AKX.16.018  
Program Studi : DIII Keperawatan  
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi  
*ORIF (Open Reduksi Internal Fiksasi)* Dengan  
Nyeri Akut Di Ruang Melati IV Medikal Bedah Di  
RSUD dr.Soekardjo

Menyatakan:

1. Tugas akhir saya ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk memperoleh gelar profesional Ahli Madya (Amd) di Program Studi DIII Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung maupun di perguruan tinggi lainnya.
2. Tugas akhir saya ini adalah karya tulis yang murni dan bukan hasil plagiat/jiplakan, serta asli dari ide dan gagasan saya sendiri tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan dari pembimbing.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenar – benarnya dan apabila kemudian hari terdapat penyimpangan yang tidak etis, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang saya peroleh atau sanksi lainnya sesuai norma yang berlaku di perguruan tinggi.

Bandung, 23 Mei 2019

Yang Membuat Pernyataan



Anggas Ardiyanto

**LEMBAR PERSETUJUAN  
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI *ORIF*  
(*OPEN REDUKSI INTERNAL FIKSASI*) DENGAN NYERI  
AKUT DI RUANG MELATI IV MEDIKAL  
BEDAH RUMAH SAKIT UMUM  
DAERAH DR SOEKARDJO  
TASIKMALAYA**

**ANGGAS ARDIYANTO**

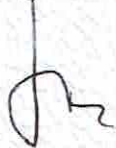
**AKX.16.018**

Karya tulis ilmiah ini telah di setujui oleh Panitia Penguji

TANGGAL, 23 MEI 2019

**Menyetujui**

**Pembimbing Utama**



**Drs. Rachwan H, Bsc.M.Kes**

**NIK: 10115175**

**Pembimbing Pendamping**



**Rizki, Muliani, S.Kep.,Ners.,MM**

**NIK: 10108089**

**Mengetahui**

**Ketua Prodi DIII Keperawatan**



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

**NIK: 1011603**

**LEMBAR PENGESAHAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI *ORIF*  
(*OPEN REDUKSI INTERNAL FIKSASI*) DENGAN NYERI  
AKUT DI RUANG MELATI IV MEDIKAL  
BEDAH RUMAH SAKIT UMUM  
DAERAH DR SOEKARDJO  
TASIKMALAYA**

Oleh:

Nama : ANGGAS ARDIYANTO


NIM : AKX.16.018

Telah diuji

Pada tanggal 23 MEI 2019

Panitia Penguji

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



Anggota :

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

2. Angga Satria, S.Kep.,Ners.,M.Kep

3. Rizki, Muliani, S.Kep.,Ners.,MM



Mengetahui



Diketahui dan disetujui  
Ketua,

**Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep**

**NIK 10107064**

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran 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 OPERASI *ORIF* DENGAN NYERI AKUT DI RSUD DR.SOEKARDJO TASIKMALAYA” 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 STIKes 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 Bhakti Kencana Bandung.
2. Rd.Siti Jundiah, S,Kp.,MKep, selaku Ketua Stikes Bhakti Kencana Bandung
3. Hj. Tuti Suprapti ,S,Kp.,M.kep selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana.
4. Drs. Rachwan H, Bsc.M.Kes selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. Rizki Muliani, S.Kep.,Ners.,MM selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Bapak dr. H. Wasisto Hidayat, M.Kes selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum Daerah dr.Soekardjo Tasikmalaya yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
7. Roni Husnara S.Kep., Ners selaku *Critical Instruktur* Ruangan Melati 4 Medikal Bedah yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi

dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.

8. Ayahanda Yuda Surasa, Ibunda Sumarmi, dan adikku Fiqih Ardiansyah yang telah memberikan semangat, motivasi dan materi.
9. Para senior dan sahabatku khususnya Aldi Prananda Josandy, Ariq Abidzar Fathurohman, Muhammad Lukman Maulana, Munirudin, Pramudita Medica Riadi, Reza Syaftiawan, Rahadiyan Muja, Reno Eri Maulana. Dan teman-teman seperjuangan angkatan XII 2016 yang berjuang bersama-sama dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
10. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu per satu.

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

Bandung, 23 Mei 2019



Anggas Ardiyanto

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** *ORIF (Open Reduksi Internal Fiksasi)* adalah operasi yang dilakukan untuk memperbaiki tulang menggunakan pelat bedah, paku, sekrup, atau pin. Luka pada post operasi *ORIF* akan merangsang terjadinya respon nyeri. Penanganan non farmakologi yang dapat dilakukan dengan manajemen nyeri : terapi musik. **Metode:** studi kasus yaitu mengeksplorasi suatu masalah/fenomena dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. Studi kasus ini dilakukan pada dua orang klien post operasi *ORIF* atas indikasi Fraktur Mandibula dengan Nyeri Akut. **Hasil:** setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi keperawatan, masalah keperawatan nyeri akut pada kasus pertama dan kasus kedua dapat teratasi. **Diskusi:** klien dengan masalah keperawatan nyeri akut tidak selalu memiliki respon yang sama pada setiap klien post operasi *ORIF*. Perbedaan pada ke-2 klien pada hari pertama sampai hari ke-3 setelah dilakukan manajemen nyeri terapi musik yaitu kasus 1 dari skala nyeri 5 menjadi 3 (0-10), dan pada kasus 2 dari skala nyeri 6 menjadi 3 (0-10). Sehingga manajemen terapi musik dapat menurunkan intensitas nyeri terutama pada klien post operasi *ORIF* atas indikasi Fraktur Mandibula.

Kata kunci : Asuhan keperawatan, Nyeri akut, post operasi *ORIF*

Daftar pustaka : 10 Buku (2008-2018), 3 Jurnal (2008-2018), 1 website (2014)

## ABSTRACT

**Background:** *ORIF (Open Internal Reduction Fixation)* is an operation performed to repair bones using a surgical plate, nails, screws, or pins. Post-operative *ORIF* injuries will stimulate pain responses. Non-pharmacological treatment that can be done with pain management: music therapy. **Method:** a case study that explores a problem / phenomenon with detailed limitations, has in-depth data collection and includes various sources of information. This case study was carried out on two postoperative clients of *ORIF* on the indication of Mandibular Fractures with Acute Pain. **Results:** after nursing care by providing nursing intervention, nursing problems of acute pain in the first and second cases can be resolved. **Discussion:** clients with acute pain nursing problems do not always have the same response to each post *ORIF* surgery client. The difference in the 2 clients on the first day to the third day after pain management of music therapy is that case 1 from the scale of pain 5 to 3 (0-10), and in case 2 of the scale of pain 6 to 3 (0-10) . So that management of music therapy can reduce pain intensity, especially in postoperative clients *ORIF* indications of Mandibular Fracture.

Keywords: Nursing care, acute pain, *ORIF* post surgery

Bibliography : 10 Books (2008-2018), 3 Journals (2008-2018), 1 website (2014)

## DAFTAR ISI

Halaman

Halaman Judul.....	i
Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Pengesahan.....	iv
Kata Pengantar.....	v
<i>Abstract</i> .....	vii
Daftar Isi.....	viii
Daftar Gambar.....	xi
Daftar Tabel.....	xii
Daftar Bagan.....	xiii
Daftar Lampiran.....	xiv
Daftar Lambang, Singkatan, dan istilah.....	xv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar belakang.....	1
1.2 Batasan Masalah.....	5
1.3 Tujuan penelitian.....	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
1.4 Manfaat.....	6
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	6
1.4.2 Manfaat Praktis.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Konsep Teori.....	8
2.1.1 Definisi Penyakit.....	8
2.1.2 Anatomi Fisiologi Wajah.....	9
2.1.3 Etiologi.....	13
2.1.4 Patofisiologi.....	14
2.1.5 Klasifikasi Fraktur Mandibula.....	16
2.1.6 Manifestasi Klinis.....	17
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang.....	17
2.1.8 Komplikasi.....	18
2.1.9 Penatalaksanaan.....	18
2.2 Konsep Nyeri.....	20



2.2.1 Definisi Nyeri .....	20
2.2.2 Klasifikasi Nyeri .....	20
2.2.3 Pengukuran Derajat Nyeri .....	21
2.2.4 Efek Respon Nyeri .....	22
2.2.5 Strategi Penanganan Nyeri .....	22
2.3 Penatalaksanaan Terapi Musik .....	23
2.3.1 Definisi Terapi Musik .....	23
2.3.2 Tujuan Terapi Musik .....	24
2.3.3 Prosedur Terapi Musik .....	24
2.4 Konsep Asuhan Keperawatan .....	25
2.4.1 Pengkajian .....	25
2.4.2 Analisa Data .....	32
2.4.3 Diagnosa Keperawatan .....	32
2.4.4 Intervensi Keperawatan .....	32
2.4.5 Implementasi .....	36
2.4.6 Evaluasi .....	36
BAB III METODE PENELITIAN .....	37
3.1 Desain Penelitian .....	37
3.2 Batasan Masalah .....	37
3.3 Partisipan/Responden/Subjek Penelitian .....	38
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian .....	38
3.5 Pengumpulan Data .....	39
3.5.1 Wawancara .....	39
3.5.2 Observasi Pemeriksaan Fisik .....	39
3.5.3 Studi Dokumentasi .....	40
3.6 Uji Keabsahan Data .....	40
3.6.1 Memperpanjang Waktu Pengamatan/Tindakan .....	40
3.6.2 Trigulasi .....	41
3.7 Analisa Data .....	41
3.7.1 Pengumpulan Data .....	42
3.7.2 Mereduksi Data .....	42
3.7.3 Penyajian Data .....	42
3.7.4 Kesimpulan .....	42
3.8 Etik Penelitian .....	43
3.8.1 <i>Informed Consent</i> (Persetujuan responden) .....	43
3.8.2 <i>Anomity</i> (Tanpa nama) .....	43
3.8.3 <i>Confidentiality</i> (Kerahasiaan) .....	44

3.8.4 <i>Beneficence</i> (Bermanfaat) .....	44
3.8.5 <i>Justice</i> (Keadilan) .....	44
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN .....	45
4.1 Hasil .....	45
4.1.1 Gambar Lokasi Pengambilan Data .....	45
4.1.2. Pengkajian .....	45
4.1.3 Analisa Data .....	55
4.1.4 Diagnosa Keperawatan .....	57
4.1.5 Intervensi .....	60
4.1.6 Implementasi Keperawatan .....	63
4.1.7 Evaluasi .....	66
4.2 Pembahasan .....	67
4.2.1 Pengkajian .....	67
4.2.2 Diagnosa Keperawatan .....	70
4.2.3 Perencanaan .....	71
4.2.4 Pelaksanaan .....	73
4.2.5 Evaluasi .....	74
BAB V Kesimpulan dan Saran .....	76
5.1 Kesimpulan .....	76
5.1.1 Pengkajian .....	76
5.1.2 Diagnosa Keperawatan .....	77
5.1.3 Intervensi .....	77
5.1.4 Implementasi .....	78
5.1.5 Evaluasi .....	78
5.2 Saran .....	79
5.2.1 Untuk Rumah Sakit .....	79
5.2.2 Untuk Pendidikan .....	79
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	

## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Tulang Wajah .....	9
Gambar 2.2 Daerah Mandibula .....	12
Gambar 2.3 Bagian Mandibula saraf trigeminal (saraf cranial V).....	13
Gambar 2.4 Klasifikasi BSI .....	16

## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan.....	32
Tabel 4.1 Identitas Klien.....	45
Tabel 4.2 Identitas Penanggung Jawab .....	46
Tabel 4.3 Riwayat Kesehatan.....	46
Tabel 4.4 Perubahan Aktifitas Sehari-hari .....	47
Tabel 4.5 Pemeriksaan Fisik .....	48
Tabel 4.6 Pemeriksaan Psikologi .....	52
Tabel 4.7 Pemeriksaan Diagnostik .....	54
Tabel 4.8 Pengobatan dan Penatalaksanaan Medis .....	55
Tabel 4.9 Analisa Data .....	55
Tabel 4.10 Diagnosa Keperawatan.....	57
Tabel 4.11 Intervensi.....	60
Tabel 4.12 Implementasi.....	63
Tabel 4.13 Evaluasi .....	66

## DAFTAR BAGAN

	Halaman
Bagan 2.1 Pathway Fraktur Mandibula.....	15

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 Lembar Konsultasi KTI

Lampiran 2 Lembar Persetujuan Justifikasi

Lampiran 3 Lembar Observasi

Lampiran 4 Satuan Acara Penyuluhan

Lampiran 5 Leaflet

Lampiran 6 Jurnal

Lampiran 7 Daftar Riwayat Hidup

## DAFTAR LAMBANG, SINGKATAN, DAN ISTILAH

BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
cm	: centimeter
CRT	: <i>Capillary Refill Time</i>
DPT	: <i>Dental Panoramic Tomogram</i>
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
DEPKES	: Departemen Kesehatan
Hb	: Hemoglobin
Ht	: Hematokrit
ICS	: <i>Intercosta</i>
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
IPPA	: Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi
IV	: Intravena
Kg	: Kilogram
Kp	: Kampung
ml	: mililiter
mmHg	: <i>milimetres of mercury</i>
MRI	: <i>Magnetic Resonance Imaging</i>
ORIF	: <i>Open Reduksi Internal Fiksasi</i>
PERMENKES	: Peraturan Menteri Kesehatan

RI	: Republik Indonesia
RR	: <i>Respirasi Rate</i>
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
SMP	: Sekolah Menengah Pertama
STM	: Sekolah Teknik Menengah
TD	: Tekanan Darah
THT	: Telinga Hidung Tenggorokan
TTV	: Tanda Tanda Vital
WHO	: <i>Worl Health Organization</i>



# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Fraktur atau patah tulang adalah terputusnya kontinuitas tulang dan ditentukan sesuai jenis dan luasnya (Brunner & Suddarth, 2005). Menurut Muttaqin dan Sari (2011) fraktur mandibula atau patah tulang rahang bawah adalah terputusnya kontinuitas pada rahang bawah.

Menurut *World Health Organization (WHO)* tahun 2013 menyebutkan bahwa kecelakaan lalu lintas mencapai 120.2226 kali atau 72% dalam setahun. Di Indonesia angka kejadian patah tulang atau insiden fraktur cukup tinggi, berdasarkan data dari Departemen Kesehatan RI tahun 2013 didapatkan sekitar delapan juta orang mengalami kejadian fraktur dengan jenis yang berbeda dan penyebab yang berbeda. Dari hasil survei tim Depkes RI didapatkan 25% penderita fraktur mengalami kematian, 45% mengalami cedera fisik, 15% mengalami stress psikologis seperti cemas bahkan depresi, dan 10% mengalami kesembuhan dengan baik (Depkes RI 2013).

Penonjolan, bentuk anatomis dan posisi mandibula yang terbuka menyebabkannya lebih sering mengalami trauma dibandingkan dengan tulang wajah lainnya walaupun mandibula merupakan tulang wajah yang terpadat dan terkuat. Dari seluruh fraktur di daerah wajah sekitar dua per tiga adalah fraktur mandibula atau setara dengan 61% kasus dibandingkan dengan fraktur tulang

pipi 27% dan tulang hidung 19.5%. Mandibula dibagi menjadi tujuh regio atau daerah anatomis yaitu *prosesuskondilus*, *prosesuskoroniod*, ramus, angulus, korpus, alveolus, dan simfisis parasimfisis mandibula. Daerah mandibula yang lemah adalah daerah kondilus-subkondilus, angulus dan daerah simfisis parasimfisis mandibula. Frekuensi kejadian fraktur di daerah kondilus-subkondilus 29%, angulus mandibula 24% dan daerah simfisis parasimfisis mandibula 22%.<sup>8,9</sup>. Penyebab fraktur mandibula selain kecelakaan lalu lintas dapat akibat perkelahian, kecelakaan kerja, luka tembak, terjatuh, aktifitas fisik, trauma saat pencabutan gigi ataupun akibat proses patologis. Fakta-fakta diatas menyebutkan bahwa kecelakaan lalu lintas menjadi faktor penyebab tersering fraktur mandibula dibandingkan faktor-faktor lainnya.

Berdasarkan hasil data yang diperoleh dari bagian rekam medik Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soekardjo Tasikmalaya pada bulan Januari sampai Desember 2018, jumlah penderita yang mengalami fraktur mandibula yaitu 5 orang termasuk dalam kategori penyakit yang sedikit, pada bulan Juni 1 orang dan di bulan Juli 4 orang.

Secara khusus penanganan fraktur mandibula dan tulang maksilofasial mulai diperkenalkan oleh Hipocrates tahun 460-375 SM dengan menggunakan panduan oklusi atau hubungan yang ideal antara gigi bawah dan gigi rahang atas sebagai dasar pemikiran dan diagnosis fraktur mandibula. Tujuan dari penatalaksanaan fraktur mandibula adalah memperoleh reduksi anatomi dari garis fraktur, mendapatkan kembali oklusi sebelum cedera, immobilisasi mandibula dalam periode tertentu untuk penyembuhan, menjaga nutrisi yang

adekuat, mencegah infeksi, *malunion* dan *nonunion*. Manajemen dari teknik yang sering digunakan adalah mengikat gigi-gigi dengan *arch bars* dan *elastic band* untuk fiksasi intermaksila untuk fraktur yang stabil. Dapat juga digunakan dengan kombinasi reduksi terbuka dan *interosseus wire* atau *plate* yang rigid pada fraktur yang tidak stabil atau *unfavorable*. Pada perkembangan selanjutnya oleh para klinisi menggunakan oklusi sebagai konsep dasar penanganan fraktur mandibula dan tulang maksilofasial terutama dalam diagnostik dan penatalaksanaannya. Pada prinsipnya ada dua cara penatalaksanaan fraktur mandibula yaitu reposisi tertutup dan terbuka. Pada reposisi tertutup atau konservatif, reduksi fraktur dan imobilisasi mandibula dicapai dengan menempatkan peralatan fiksasi maksilomandibula. Reposisi terbuka bagian yang fraktur dibuka dengan pembedahan, segmen direduksi dan difiksasi secara langsung dengan menggunakan kawat atau plat yang disebut *wire* atau *plate osteosynthesis*. *ORIF* adalah operasi yang dilakukan untuk memperbaiki tulang menggunakan pelat bedah, paku, sekrup, atau pin (Brunner & Suddarth, 2013).

Penatalaksanaan nyeri dibagi nyeri dibagi menjadi dua, yaitu penatalaksanaan nyeri dengan pendekatan farmakologis dan non farmakologis. Kedua pendekatan ini diseleksi dan disesuaikan dengan kebutuhan individu atau dapat juga digunakan secara bersama-sama. Pada penelitian ini yang digunakan adalah penatalaksanaan secara non farmakologi yaitu terapi distraksi musik klasik. Musik merupakan salah satu teknik distraksi yang efektif menurunkan nyeri dengan mengalihkan perhatian seseorang dari nyeri. Terapi musik bertujuan untuk membantu mengekspresikan perasaan, membantu rehabilitasi

fisik, memberikan pengaruh positif, memberikan pengaruh positif terhadap suasana hati dan emosi, meningkatkan memori, serta menyediakan kesempatan yang unik untuk berinteraksi dan membangun kedekatan emosional. Dengan demikian terapi musik dapat membantu mengatasi nyeri dan meringankan rasa sakit (Nurghiwiati, 2015).

Pembedahan dapat menyebabkan ketidaknyamanan bagi klien karena tindakan pembedahan dapat menyebabkan trauma pada jaringan yang dapat menimbulkan nyeri. Nyeri bersifat subjektif, tidak ada dua individu yang mengalami nyeri yang sama dan tidak ada dua kejadian nyeri yang sama menghasilkan respon atau perasaan identik pada individu. Nyeri merupakan sumber frustrasi, baik klien maupun tenaga kesehatan (Potter & Perry, 2010).

Nyeri menyebabkan klien sangat menderita, tidak mampu bergerak, susah tidur, tidak enak makan dan minum, cemas, gelisah, perasaan tidak tertolong dan putus asa. Keadaan seperti ini sangat mengganggu kehidupan sehari-hari. Mutu kehidupannya sangat rendah, bahkan sampai tidak mampu untuk mandiri layaknya orang sehat (Senapathi & Mangku 2010).

Berdasarkan data bahwa jumlah penderita yang sedikit dan besarnya masalah yang ditimbulkan dari tindakan operasi *ORIF* serta pentingnya peranan perawat, penulis tertarik untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah studi kasus dengan judul “**Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi *ORIF* (*Open Reduksi Internal Fiksasi*) dengan nyeri akut di RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.**

## **1.2 Batasan Masalah**

Bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien post operasi *ORIF (Open Reduksi Internal Fiksasi)* dengan nyeri akut di RSUD dr.Soekardjo Tasikmalaya ?

## **1.3 Tujuan Peneliti**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Penulis mendapatkan pengalaman dan dapat mengaplikasikan tentang asuhan keperawatan pada klien post operasi *ORIF (Open Reduksi Internal Fiksasi)* dengan nyeri akut di Ruang Melati IV Medikal Bedah Rumah Sakit Umum Daerah dr.Soekardjo Tasikmalaya.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- 1) Penulis mampu melakukan pengkajian pada klien post operasi *ORIF (Open Reduksi Internal Fiksasi)* dengan nyeri akut di ruangan Melati IV.
- 2) Penulis mampu menegakan diagnosa keperawatan pada klien post operasi *ORIF (Open Reduksi Internal Fiksasi)* dengan nyeri akut di ruangan Melati IV.
- 3) Penulis mampu menyusun rencana asuhan secara menyeluruh pada klien post operasi *ORIF (Open Reduksi Internal Fiksasi)* dengan nyeri akut di ruangan Melati IV.
- 4) Penulis mampu melakukan asuhan keperawatan secara langsung pada klien post operasi *ORIF (Open Reduksi Internal Fiksasi)* dengan nyeri akut di ruangan Melati IV.

- 5) Penulis mampu mengevaluasi efektifitas asuhan yang diberikan pada klien post operasi *ORIF (Open Reduksi Internal Fiksasi)* nyeri akut di ruangan Melati IV.

## **1.4 Manfaat**

### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan pada klien post operasi *ORIF (Open Reduksi Internal Fiksasi)* dengan masalah keperawatan nyeri akut.

### **1.4.2 Manfaat Praktis**

- a. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan asuhan keperawatan ini dapat menjadi referensi bacaan ilmiah mahasiswa untuk mengaplikasikan asuhan keperawatan dengan nyeri akut pada klien post operasi *ORIF (Open Reduksi Internal Fiksasi)*.

- b. Bagi Rumah Sakit

Memberikan masukan bagi pihak rumah sakit untuk menambah informasi tentang penanganan nyeri akut pada klien post operasi *ORIF (Open Reduksi Internal Fiksasi)*.

- c. Bagi Profesi Keperawatan

Meningkatkan pengetahuan perawat dalam menerapkan teknik non-farmakologi terhadap nyeri akut pada klien post operasi *ORIF (Open Reduksi Internal Fiksasi)*.

d. Bagi Penulis

Penulis mampu meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dengan pemberian teknik terapi musik terhadap nyeri pada klien post operasi *ORIF (Open Reduksi Internal Fiksasi)*.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Teori**

##### **2.1.1 Definisi Fraktur Mandibula**

Menurut Price dan Wilkinson (2006) dikutip dalam Arif dan Kusuma (2013) fraktur adalah patah tulang, biasanya disebabkan oleh trauma atau fisik. Kekuatan dan sudut dari tenaga tersebut, keadaan tulang, dan jaringan lunak disekitar tulang akan menentukan apakah fraktur itu lengkap ataupun tidak lengkap.

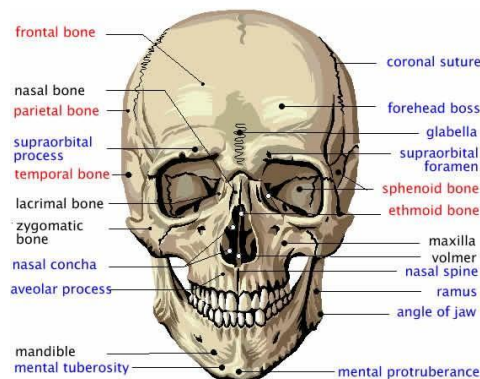
Fraktur mandibula adalah putusnya kontinuitas tulang mandibula, hilangnya kontinuitas pada rahang bawah (mandibula), yang diakibatkan oleh trauma wajah ataupun keadaan patologis, dapat berakibat fatal bila tidak ditangani dengan benar. Sebagian besar diakibatkan perkelahian dan kecelakaan lalu lintas (yang pertama tampaknya meningkat sedangkan yang terakhir berkurang dengan di pakainya sabuk pengaman, dan lain-lain). Kadang-kadang fraktur itu *comminuted* dengan kehilangan jaringan keras dan jaringan lunak, misalnya luka tembak (Mitchell et al. 2014).

Dari beberapa pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa Fraktur Mandibula ialah hilangnya kontinuitas pada rahang bawah (mandibula) diakibatkan perkelahian, dan kecelakaan lalu lintas.



### 2.1.2 Anatomi Fisiologi Wajah

Tengkorak terbentuk dari tulang wajah dan kranium. Kranium menutupi otak, sementara tulang wajah merupakan tempat mata, hidung, dan mulut. Tulang wajah bertindak sebagai “zona hancur”, struktur ini dapat mengalami fraktur guna menyerap tekanan pada saat trauma.



Gambar 2.1 Tulang wajah

Sumber : *Oxford University Press*, 2011

#### 1) Tulang frontal

Tulang ini adalah tulang pada dahi. Di bagian inferior tulang frontal bersambung dengan tulang nasal pada nasion dan zigoma pada sutura zigomatiko-frontal. Tulang ini juga membentuk atap orbit, tepi orbital superior dan sebagian dinding medial orbital. Di dalam tulang frontal tepat di atas nasion terdapat sinus udara frontal, yang dapat hancur dan mengalami fraktur saat terkena trauma.

## 2) Orbita

Orbita merupakan suatu rongga berbentuk kerucut atau piramida, basisnya merupakan bagian anterior dan apeksnya merupakan bagian posterior. Orbita melindungi bola mata, otot yang berhubungan, saraf, pembuluh darah, dan apparatus lakrimalis. Orbita memiliki empat dinding dan satu apeks, dan membentuk tulang-tulang wajah seperti di bawah ini:

- a) Dinding superior (tebal) – frontal, sayap kecil sfenoid (dekat apeks).
- b) Dinding medial (tipis) – ethmoid, frontal, lakrimal, sayap kecil sfenoid.
- c) Dinding inferior (tipis) – maksila, zygomaticus, palatina.
- d) Dinding lateral (tebal) – prosesus frontal zygomaticus, sayap besar sfenoid.
- e) Apeks – kanal optik melalui sayap kecil sfenoid.

## 3) Kompleks naso-ethmoidal

Bagian dari hidung yang merupakan tulang adalah :

- a) Tulang nasal
- b) Prosesus frontal maksila
- c) Bagian nasal dari tulang frontal
- d) Lempeng tegak lurus ethmoid
- e) Conchae dan vomer inferior

Bentuk hidung bagian eksternal bergantung pada perbedaan kartilago nasal. Bentuknya dibagi menjadi 2 ruangan yakni sebagian tulang dan kartilago septum nasal, dengan komponen utama berupa:

- a) Lempeng tegak lurus ethmoid – superior (turun dari lempeng kribiform ethmoid kemudian memisahkan rongga dari fosa kranial anterior; patahnya hidung atau kompleks naso-ethmoidal dapat menyebabkan robeknya dural dan kebocoran cairan *serebrospinal* (CSF).
- b) Vomer – posteroinferior
- c) Kartilago septal-anterior.

Pada bagian dalam massa lateral tulang ethmoid terdapat *sel ethmoid* yang membentuk sinus ethmoid. Bila drainasenya terhambat, maka infeksi dapat melewati sel tersebut melewati dinding medial orbita yang rapuh dan menyebabkan (pasca-sepsis) selulitis periorbital, yang apabila tidak diobati maka dapat menimbulkan kebutaan.

#### 4) Kompleks zigomatikus

Tulang malar atau zigomatikus membentuk tonjolan tulang pipi dan bagian lateral serta sebagian dinding inferior orbita. Tulang bilateral ini memiliki badan pusat yang terdiri dari tiga prosesus-prosesus frontal, prosesus temporal dan prosesus maksilaris.

#### 5) Maksila

Rahang atas dibentuk oleh penyatuan maksila. Tonjolan alveolar ikut menyokong gigi maksila. Penyatuan maksila ini berbentuk

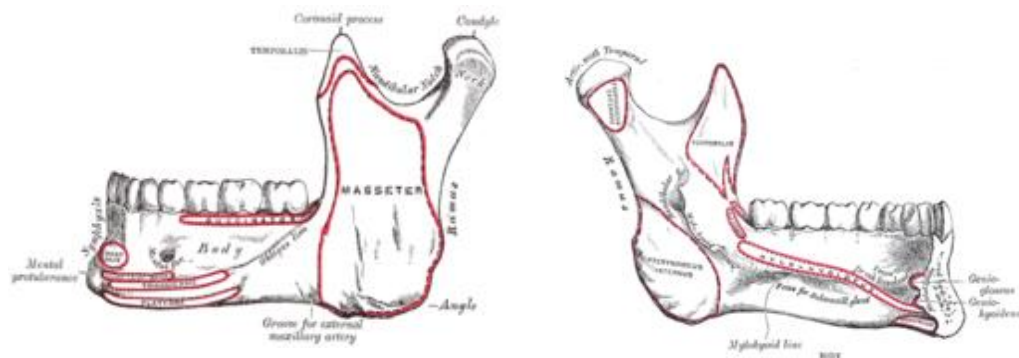
piramid, menyatu secara bilateral dengan tulang zigomatik dan superior dengan tulang frontal dan tulang nasal. Maksila juga ikut membentuk dasar orbita.

#### 6) Mandibula

Mandibula adalah tulang yang dapat bergerak, sebagian besar berbentuk U yang terdiri dari segmen horizontal dan vertikal, segmen horizontal terdiri dari tubuh di setiap sisi dan area simfisis terpusat. Segmen vertikal terdiri dari sudut dan rami, yang berartikulasi dengan tengkorak melalui kondilus dan sendi temporomandibula. Mandibula melekat pada tulang wajah lainnya dengan sistem otot dan ligament yang kompleks (Yadav & Rajesh 2012).

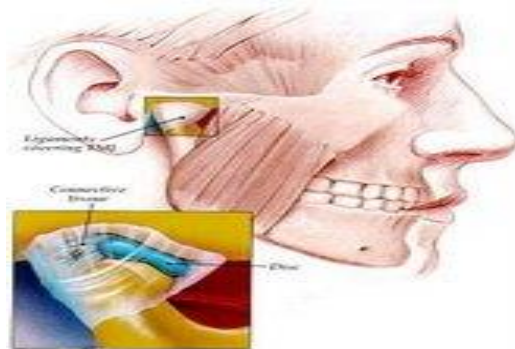
##### a. aspek lateral

##### b. aspek medial



Gambar 2.2 Daerah mandibula

Sumber : *Oxford University Press*, 2011



Gambar 2.3 Bagian mandibula saraf trigeminal (saraf cranial V)

Sumber : *Oxford University Press*, 2011

### 2.1.3 Etiologi

Penyebab dari fraktur mandibula adalah trauma langsung, dimana klien jatuh dengan posisi dagu langsung terbentur dengan benda keras (jalanan) dan tulang mandibula tidak mampu menahan benturan sehingga mengalami fraktur (Hoyt, 2008).

Trauma langsung ke mandibula pada kecelakaan bermotor merupakan penyebab paling tinggi yang mengakibatkan fraktur mandibula yaitu 43% dari kasus kejadian di Amerika Serikat, kemudian pukulan dari korban serangan orang lain 34% , kecelakaan kerja 7%, terjatuh 7%, kecelakaan olahraga 4%, dan penyebab lainnya 5% (Chang, 2008).

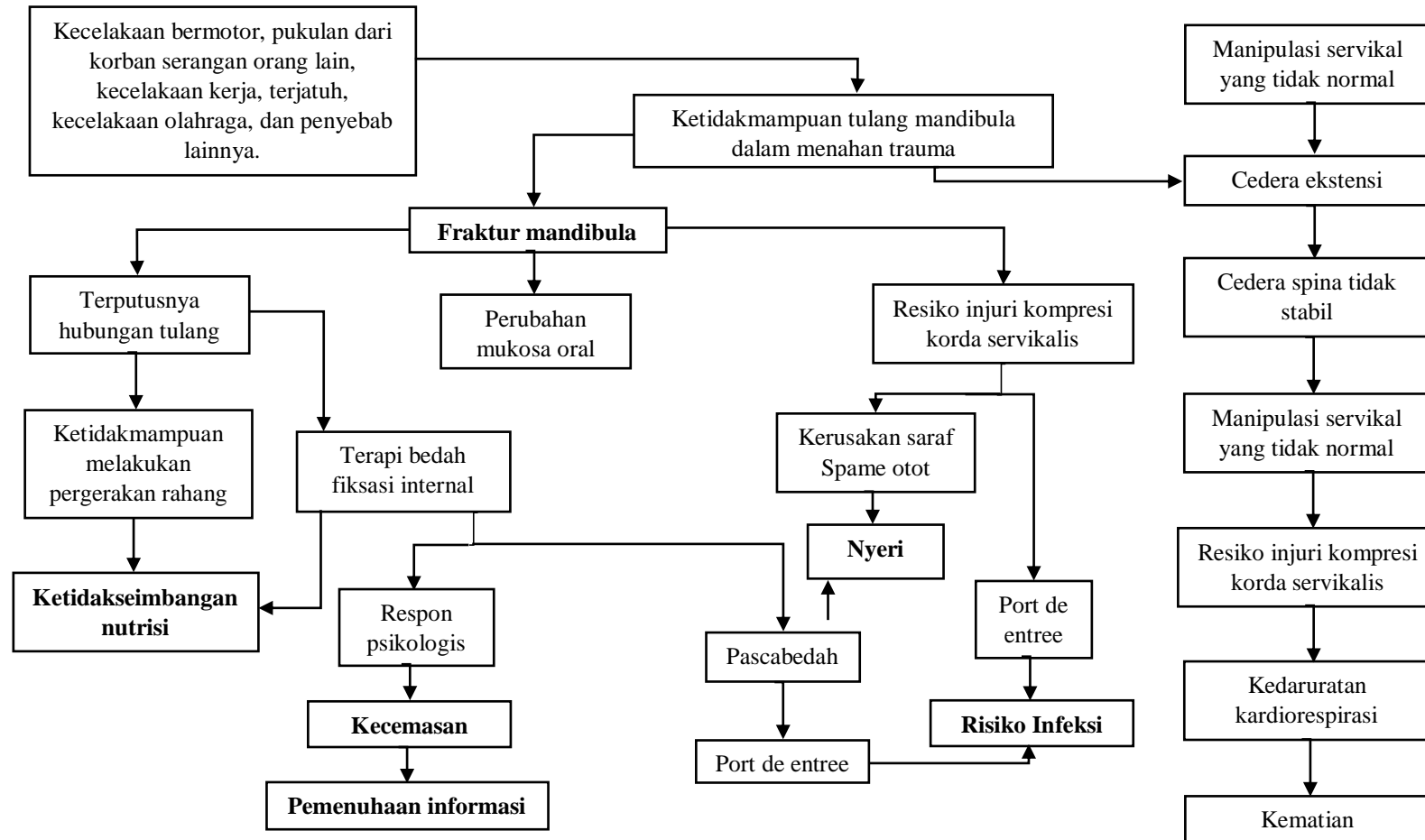
Fraktur mandibula biasa terjadi pada badan (29%), kondilus (26%), sudut mandibula (25%), simfis (17%), ramus (4%), dan prosesus koronoideus (1%) (Barera, 2008).

#### 2.1.4 Patofisiologi

Fraktur akibat trauma dapat memberikan manifestasi akut pada sistem lain. Pada beberapa kasus trauma mandibula bisa mempengaruhi perubahan spina servikal yang memberikan manifestasi cedera korda dengan bentuk kegagalan kardiorespirasi yang mematikan.

Kondisi trauma mandibula yang sangat kuat dapat menyebabkan gangguan pada spina servikal. Hal ini akibat trauma hiperstensi dengan cedera yang dapat mengalami pergeseran lebih jauh dan terjadi cedera spina tidak stabil dimana terjadi perubahan struktur dari *oseoligamentos posterior* (pedikulus, sendi-sendi permukaan, arkus tulang *posterior*, ligamen interspinosa dan supraspinosa), komponen pertengahan (sepertiga bagian posterior badan vertebral, bagian posterior dari diskus intervertebralis dan ligamen longitudinal posterior), *columna anterior* (dua-pertiga bagian anterior corpus vertebra, bagian anterior diskus intervebralis dan ligament longitudinal anterior) (Salter, 1999).

Bagan 2.1 Pathway Fraktur Mandibula



Sumber : Muttaqin &amp; Sari 2011

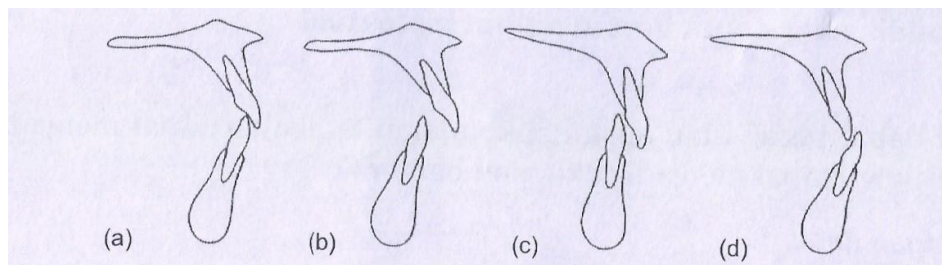
### 2.1.5 Klasifikasi Fraktur Mandibula

Klasifikasi *British Standards Institute* (BSI) (2011)

Berdasarkan hubungan insisif :

- 1) Kelas I (ideal) : tepi insisal insisif bawah berkontak atau berada di bawah singulum insisif depan atas (gambar 2.3a). Singulum adalah bentuk cembung yang ditemukan pada permukaan lingual gigi anterior. Singulum dapat diidentifikasi sebagai tepian berbentuk V yang terbalik.
- 2) Kelas II : tepi insisal insisif bawah berada lebih posterior daripada singulum insisif atas. Terdapat dua tipe yaitu :
  - a) Devisi I : insisif atas proklinasi atau berada pada inklinasi rata-rata dan terdapat peningkatan overjet (gambar 2.3b).
  - b) Devisi II : insisif depan atas retroklinasi (gambar 2.3c).
- 3) Kelas III : tepi insisal insisif bawah berada lebih anterior dibandingkan bidang singulum insisif atas (gambar 2.3d).

Oklusi juga dapat diklasifikasikan berdasarkan hubungan antara gigi kaninus serta molar atas dan bawah.



Gambar 2.4 Klasifikasi BSI (2011)

Sumber : *Oxford University Press*, 2011



### 2.1.6 Manifestasi Klinis

Cascarini et al. (2013) menyatakan kesukaran menelan atau bernafas merupakan tanda penting. Nyeri bervariasi dan diperparah saat makan dan bicara. Pembengkakan juga bervariasi dan dapat menghambat pemeriksaan. Klien menerangkan bahwa gigi geligi tidak bertemu satu dengan yang lainnya, hal ini bukan indikator terpercaya terjadinya fraktur karena hal tersebut juga dapat terjadi pada memar atau efusi sendi. Meskipun demikian, parestesi gigi geligi rahang bawah dan bibir merupakan indikator baik untuk fraktur dan harus didokumentasikan dikemudian hari. Tanda-tanda klinisnya adalah sakit pada daerah sendi rahang jika bagian dagu ditekan, pembengkakan pada daerah sendi rahang, gigitan terbuka anterior, kontak prematur gigi posterior, sakit saat membuka mulut, dan perdarahan dari telinga. Pada kasus dengan perdarahan dari telinga atau *meatus akustikus eksterna*, perlu dilakukan kerjasama dengan dokter THT untuk membedakannya dengan fraktur *basis cranii*.

### 2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Pada umumnya dilakukan DPT (*Dental Panoramic Tomogram*) dengan PA mandibula tetapi radiografi oklusal rahang bawah juga memberikan gambaran baik daerah anterior. Kombinasi radiografi oklusal maksila dan DPT. Bila gigi kaninus posisinya tampak lebih vertikal dibandingkan dengan gambar hasil DPT, maka posisi sebenarnya gigi kaninus tersebut lebih kearah palatal. Pemeriksaan radiografi harus selalu dilakukan dalam 2 dimensi. Pemeriksaan radiografi standar adalah OPG dan Mandibula *CT-scan* dan

MRI. Pemeriksaan *CT-scan* (potongan aksial dan koronal) biasanya diindikasikan pada kasus politrauma dan pada kasus *displacement* (Mitchell et al. 2014).

### **2.1.8 Komplikasi**

Komplikasi setelah dilakukannya perbaikan pada fraktur mandibula umumnya jarang terjadi. Komplikasi yang paling umum terjadi pada fraktur mandibula adalah infeksi atau *osteomyelitis* yang nantinya dapat menyebabkan berbagai komplikasi lainnya. Tulang mandibula merupakan daerah yang paling sering mengalami gangguan penyembuhan fraktur, baik itu malunion ataupun nonunion. Keluhan yang diberikan dapat berupa rasa sakit dan tidak nyaman yang berkepanjangan pada sendi rahang atau temporo mandibula, oleh karena perubahan posisi dan ketidakstabilan antara sendi rahang kiri dan kanan. Hal ini tidak hanya berdampak pada sendi tetapi otot-otot pengunyahan dan otot sekitar wajah juga dapat memberikan respon nyeri (Saigal, 2014).

### **2.1.9 Penatalaksanaan**

Prinsip penanganan fraktur mandibula pada langkah awal bersifat kedaruratan seperti jalan nafas (*airway*), pernafasan (*breathing*), sirkulasi darah termasuk penanganan syok (*circulation*), penanganan luka jaringan lunak dan imobilisasi sementara serta evaluasi terhadap kemungkinan cedera otak. Tahap kedua adalah penanganan fraktur secara definitif yaitu reduksi/reposisi fragmen fraktur secara tertutup (*close reduction*) dan secara terbuka (*open reduction*), fiksasi fragmen fraktur dan imobilisasi, sehingga

fragmen tulang yang telah dikembalikan tidak bergerak sampai fase penyambungan dan penyembuhan tulang selesai (ACS, 2008). Teknik dari reduksi secara tertutup dan fiksasi dari fraktur mandibula memiliki berbagai variasi. Penempatan *Ivy loop* menggunakan kawat 24-gauge antara 2 gigi yang stabil, dengan penggunaan kawat yang lebih kecil untuk memberikan fiksasi maxillomandibula antara *loop Ivy*, telah berhasil. *Arch bar* dengan kawat 24 – dan 26-gauge yang fleksibel dan sering digunakan digunakan. Pada *edentulos* mandibula, gigi palsu dapat ditransfer ke rahang dengan kawat *circummandibula*. Gigi tiruan rahang atas dapat ditempelkan ke langit-langit. Setiap *screw* dari *maxillofacial* set dapat digunakan sebagai *lag screw*. *Arch bar* dapat ditempatkan dan *intermaxillary fixation* (IMF) dapat tercapai. *Gunning Splints* juga telah digunakan pada kasus ini karena memberikan fiksasi dan dapat diberikan asupan makanan. Pada kasus fraktur kominitif, rekonstruksi mandibula mungkin diperlukan untuk mengembalikan posisi anatomis dan fungsi.

Reposisi tertutup (*closed reduction*) patah tulang rahang bawah yaitu, penanganan konservatif dengan melakukan reposisi tanpa operasi langsung pada garis fraktur dan melakukan imobilisasi dengan *interdental wiring* atau *eksternal pin fixation*. Reposisi terbuka (*open reduction*) tindakan operasi dengan *ORIF* untuk melakukan koreksi deformitas maloklusi yang terjadi pada patah tulang rahang bawah dengan melakukan fiksasi secara langsung dengan menggunakan kawat (*wire osteosynthesis*) atau plat (*plat osteosynthesis*) (Muttaqin & Sari, 2011).

## **2.2 Konsep Nyeri**

### **2.2.1 Definisi Nyeri**

Nyeri dapat diartikan sebagai suatu sensasi yang tidak menyenangkan baik secara sensori maupun emosional yang berhubungan dengan adanya suatu kerusakan jaringan atau faktor lain, sehingga individu merasa tersiksa, menderita yang akhirnya akan mengganggu aktivitas sehari-hari (Asmadi 2009).

### **2.2.2 Klasifikasi Nyeri**

Menurut Asmadi (2009) klasifikasi dibedakan menjadi dua yaitu :

#### 1) Nyeri akut

Nyeri akut adalah nyeri yang dirasakan dalam waktu yang singkat dan berakhir kurang dari enam bulan, sumber dan daerah nyeri diketahui dengan jelas. Rasa nyeri mungkin sebagai akibat dari luka, seperti luka operasi, ataupun pada arteriosclerosis pada arteri koroner.

#### 2) Nyeri kronis

Nyeri kronis yaitu nyeri yang dirasakan lebih dari enam bulan. Nyeri kronis ini polanya beragam dan berlangsung berbulan-bulan bahkan bertahun-tahun. Ragam pola tersebut ada yang nyeri timbul dengan periode yang diselingi interval bebas dari nyeri lalu timbul kembali lagi nyeri, dan begitu seterusnya. Ada pula pola nyeri kronis yang konstan, rasa nyeri tersebut terus menerus terasa makin lama makin meningkat intensitasnya walaupun telah diberikan pengobatan.

### 2.2.3 Pengukuran Derajat Nyeri

Menurut Tantri (2009) beberapa skala dapat digunakan untuk mengukur derajat nyeri ataupun derajat perbaikan nyeri setelah intervensi. Skala pengukuran nyeri dapat digunakan untuk membandingkan efikasi beberapa terapi nyeri, pengukuran nyeri dapat dilakukan dengan skala sebagai berikut:

#### 1) Skala deskripsi verbal (SDV)

Skala deskripsi verbal adalah skala yang paling sering digunakan (dengan menggunakan kategori : tidak nyeri sama sekali, nyeri ringan, nyeri sedang, nyeri berat).

#### 2) Numerical Rating Scale (NRS)

NRS terdiri atas dua bentuk, verbal dan tertulis. Pasien mengukur intensitas nyeri yang dirasakannya dalam skala 0-10 dimana 0 menunjukkan tidak ada nyeri dan 10 menunjukkan nyeri terburuk.

Keterangan:

0 : tidak nyeri

1-3 : nyeri ringan : secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik.

4-6 : nyeri sedang: secara objektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik.

7-9 : nyeri berat: secara obyektif terkadang klien tidak dapat mengikuti perintah, tapi masih respon terhadap 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.

### 3) Skala analog visual (SAV)

SAV adalah skala yang paling sering digunakan untuk mengukur intensitas nyeri, dengan kata “tidak nyeri” di ujung kiri dan “sangat nyeri” di ujung kanan.

## **2.2.4 Efek Respon Nyeri**

### a. Perubahan fisiologis

Perubahan fisiologis yang disebabkan oleh nyeri dan cedera merupakan akibat aktivasi sistem saraf pusat dan perifer (Marsaban et al 2009).

### b. Perubahan psikologi

Setiap individu memiliki respons yang berbeda terhadap stimulus akut, dan berbahaya, termasuk dalam nyeri pasca bedah. Variasi ini berasal dari perbedaan pengalaman, makna nyeri, kecemasan, dan kemampuan kontrol terhadap suatu kejadian (Marsaban et al 2009).

## **2.2.5 Strategi Penanganan Nyeri**

### 1) Management Nyeri Farmakologi

Management nyeri farmakologi menggunakan obat analgetik. Pemberian obat analgetik yang diberikan guna untuk mengganggu atau memblok transmisi stimulus agar terjadi perubahan persepsi dengan cara mengurangi kortikal terhadap nyeri (Andarmoyo 2013).

## 2) Management Nyeri Non-Farmakologi

Cara non farmakologis dapat dilakukan dengan cara relaksasi, teknik pernapasan, *massage*, akupresur, terapi panas dingin, musik dan TENS (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*) (Ma'rifah 2014). Management Nyeri Non-Farmakologi untuk mengurangi nyeri saat ini terus dikembangkan menjadi beberapa teknik, salah satunya adalah Terapi Distraksi Musik Klasik. Musik merupakan salah satu teknik distraksi yang efektif menurunkan nyeri dengan mengalihkan perhatian seseorang dari intensitas skala nyeri tertinggi 6 dan terendah 2. Diyakini bahwa rata-rata nilai intensitas nyeri pada klien post operasi *ORIF* diantara 3 sampai dengan 4, sesudah diberikan terapi musik yaitu mengalami penurunan intensitas nyeri 3 (nyeri ringan). Musik klasik yang diciptakan oleh karya Mozart dimana terapi musik bentuk kesehatan yang menggunakan musik dan aktifitas musik untuk mengatasi masalah dalam berbagai aspek fisik, psikologis, kognitif dan kebutuhan social individu yang mengalami cacat fisik (Djohan, 2009)

## **2.3 Penatalaksanaan Terapi Musik**

### **2.3.1 Definisi Terapi Musik**

Terapi musik adalah usaha meningkatkan kualitas fisik dan mental dengan rangsangan suara yang terdiri dari melodi, ritme, harmoni, bentuk dan gaya diorganisir sedemikian rupa, sehingga menciptakan musik yang bersifat untuk kesehatan fisik dan mental. Musik memiliki kekuatan untuk mengobati

penyakit dan meningkatkan kemampuan seseorang. Hal ini disebabkan musik memiliki beberapa kelebihan yaitu musik bersifat nyaman, menenangkan, membuat rileks, berstruktur, dan universal. Terapi musik sangat mudah diterima organ pendengaran kita dan kemudian melalui saraf pendengaran disalurkan kebagian otak yang memproses emosi (Djohan, 2009).

### **2.3.2 Tujuan Terapi Musik**

Musik bersifat sedatif tidak hanya efek distraksi dalam persepsi nyeri. Mitchel dan MacDonald (2006) mengemukakan efek terapi musik pada nyeri adalah distraksi terhadap pikiran tentang nyeri, menurunkan ketegangan tubuh, memberikan gambaran positif pada *visual imagery*, relaksasi, dan meningkatkan mood yang positif. Terapi musik dengan pendekatannya yang unik dan universal membantu mencapai tujuan dengan penurunan stress, ketakutan akan penyakit dan cedera, menurunkan tingkat depresi, kecemasan, stress, dan insomnia. Terapi musik juga mendorong perilaku kesehatan yang positif, mendorong kemajuan klien selama masa pengobatan dan pemulihan (Schou, 2008).

### **2.3.3 Prosedur Kerja Terapi Musik**

Pada pelaksanaan terapi musik klasik ini, peneliti melaksanakan terapi musik selama 15 menit yang diberikan selama dua kali dalam sehari pada klien post operasi fraktur. Pada setiap pemberian terapi peneliti mencoba membantu klien untuk serius dalam mengikuti anjuran prosedur terapi musik klasik sesuai SOP yang sudah ada. Pada keadaan perawatan akut,



mendengarkan musik dapat memberikan hasil yang sangat efektif dalam upaya mengurangi nyeri pasca operasi (Potter, 2006).

## **2.4 Konsep Asuhan Keperawatan**

### **2.4.1 Pengkajian**

Pengkajian adalah langkah awal dan dasar dalam proses keperawatan secara menyeluruh (Jitowiyono 2012). Pokok utama pengkajian, meliputi:

#### 1) Pengumpulan Data

##### a) Identitas Klien

Terdiri dari : nama, umur, jenis kelamin, agama, suku/bangsa, pendidikan, pekerjaan, status marital, tanggal masuk Rumah Sakit, tanggal operasi, tanggal pengkajian, No. Medrek, diagnosa medis dan alamat.

##### b) Identitas Penanggung Jawab

Terdiri dari : nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, hubungan keluarga dengan klien, alamat.

#### 2) Riwayat Kesehatan

##### a) Keluhan Utama

Keluhan utama yang mungkin dirasakan setelah operasi *ORIF* diantaranya nyeri pada luka operasi (Brunner & Suddarth 2013).

#### 3) Riwayat Kesehatan Sekarang

Riwayat merupakan penuntun pengkajian fisik yang berkaitan informasi tentang keadaan fisiologis, psikologis, budaya dan psikososial

untuk membantu pasien dalam mengutarakan masalah–masalah atau keluhan secara lengkap, maka perawat dianjurkan menggunakan analisa symptom PQRST.

a) Provokatif dan paliatif

Yaitu segala sesuatu yang memperberat dan memperingan keluhan. Biasanya pada klien pasca *ORIF* mengeluh nyeri (Doenges, 2014).

b) Kualitatif atau Kuantitatif

Bagaimana gejala dirasakan, apakah menyebar. Biasanya pada klien pasca *ORIF* mengeluh nyeri yang dirasakan sangat berat (Doenges, 2014).

c) *Region* atau Area Radiasi

Dimana gejala dirasakan apakah menyebar. Biasanya pada klien pasca *ORIF* mengeluh nyeri yang dirasakan lokal atau pun menyeluruh (Doenges, 2014).

d) *Saverity* atau Skala

Seberapa tingkat keparahan rasa nyeri yang dirasakan klien. Pada skala berapa, skala nyeri 0-10.

e) *Timing*

Yaitu menunjukkan waktu terjadinya dan frekuensinya kejadian keluhan. Biasanya pada klien pasca *ORIF* mengeluh kesemutan pada dagu dan bibir bawah (Doenges 2014).

#### 4) Riwayat Kesehatan Dahulu

Riwayat penyakit dahulu diisi dengan riwayat penyakit klien yang berhubungan dengan penyakit saat ini atau penyakit yang mungkin dapat dipengaruhi atau mempengaruhi penyakit yang diderita klien saat ini. Bila klien pernah menjalani operasi, perlu dikaji tentang waktu operasi, jenis operasi, jenis anestesi, dan kesimpulan akhir setelah operasi (Nikmatur, 2012).

#### 5) Riwayat Kesehatan Keluarga

Mengkaji penyakit yang ada dalam keluarga apakah ada yang menderita penyakit serupa dengan klien dan penyakit menular lain serta penyakit keturunan.

#### 6) Data Biologis

##### a) Pola nutrisi

Dikaji tentang frekuensi makan, porsi makan, riwayat alergi terhadap suatu jenis makanan tertentu dan jenis minuman, jumlah minuman, adakah pantangan. Pada klien Fraktur Mandibula post operasi *ORIF* terjadi faktor biologi (perubahan struktural) ketidakmampuan untuk mengunyah/menelan dan hal ini akan mengganggu kebutuhan nutrisi (Doenges, 2014).

##### b) Pola eliminasi

###### (1) Buang Air Besar (BAB)

Tidak ada masalah pada klien post operasi *ORIF*.

(2) Buang Air Kecil (BAK)

Tidak ada masalah pada klien post operasi *ORIF*.

(3) Pola istirahat tidur

Waktu tidur, lamanya tidur setiap hari, apakah ada kesulitan dalam tidur. Pada klien Fraktur Mandibula post operasi *ORIF* sering terjadi nyeri dan hal ini mungkin akan mengganggu istirahat tidur klien.

(4) Pola personal hygiene

Dikaji mengenai frekuensi dan kebiasaan mandi, mencuci rambut, gosok gigi dan memotong kuku. Pada klien Fraktur Mandibula post operasi *ORIF* kemungkinan dalam perawatan dirinya tersebut memerlukan bantuan sebagian.

(5) Pola aktivitas

Kaji kegiatan dalam beraktivitas yang dilakukan dilingkungan keluarga dan masyarakat : mandiri/tergantung.

7) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dalam keperawatan dipergunakan untuk memperoleh data objektif dari riwayat keperawatan klien, dalam pemeriksaan fisik dapat menentukan status kesehatan klien dan mengambil data dasar untuk menentukan rencana keperawatan.

a) Sistem Pernapasan

Pada klien fraktur mandibula post operasi *ORIF*, adanya mengi/ronkhi menunjukkan sekret tertahan, mengidentifikasi kebutuhan intervensi lebih agresif (Doenges, 2012).

b) Sistem Kardiovaskuler

Pada klien fraktur mandibula post operasi *ORIF*, takikardi/peningkatan gelisah dapat mengindikasikan terjadinya hipoksia/pengaruh terhadap pernapasan (Doenges, 2012).

c) Sistem Pencernaan

Pada klien fraktur mandibula post operasi *ORIF*, nutrisi adekuat penting untuk penurunan berat badan berlebihan (dapat mencapai 4,5-9 kg dalam waktu singkat). Klien/orang terdekat memerlukan bantuan dalam pilihan/rencana menu makanan untuk memenuhi nutrisi kebutuhan dengan kesulitan pencernaan nutrien (Doenges, 2012).

d) Sistem Perkemihan

Pada klien post operasi tidak ada masalah pada sistem perkemihan

e) Sistem Endokrin

Tidak ada masalah pada sistem endokrin.

f) Sistem Persarafan

Pada klien fraktur mandibula post operasi, kekakuan otot dan maloklusi gigi dapat memperlambat kemampuan untuk makan makanan normal untuk beberapa waktu (biasanya 5-6 minggu) (Doenges, 2012).

g) Sistem Integumen

Tidak ada masalah pada sistem integument.

h) Sistem Muskuloskeletal

Pada ekstremitas atas dan ekstremitas bawah tidak ada masalah.

i) Sistem Reproduksi

Pada klien post operasi *ORIF* tidak ada masalah pada sistem reproduksi.

8) Data psikologis

a) Status emosional

Dikaji tentang emosi klien. Pada klien Fraktur Mandibula dengan post operasi *ORIF*, biasanya terjadi ansietas sehubungan dengan prosedur pembedahan.

b) Konsep diri

a) Citra tubuh

Sikap ini mencakup persepsi dan perasaan tentang ukuran dan bentuk serta penampilan.

b) Identitas diri

Kesadaran tentang diri sendiri yang dapat diperoleh individu dari observasi dan penilaian terhadap dirinya.

c) Peran diri

Serangkaian sikap perilaku, nilai dan tujuan yang dihubungkan dengan fungsi individu didalam kelompok sosialnya.

d) Ideal diri

Persepsi individu tentang bagaimana ia seharusnya bertingkah laku berdasarkan standar pribadi.

e) Harga diri

Penilaian pribadi terhadap hasil yang dicapai dengan menganalisis seberapa banyak kesesuaian tingkah laku dengan dirinya.

9) Mekanisme koping

Perilaku yang mewakili upaya untuk melindungi diri sendiri dari pengalaman yang menakutkan berhubungan dengan respon neurobiologik. Mekanisme koping terdiri dari :

- a) Regresi berhubungan dengan masalah proses informasi dan upaya untuk menanggulangi ansietas.
- b) Proyeksi sebagai upaya untuk menjelaskan kerancuan persepsi
- c) Menarik diri

10) Data sosial dan budaya

Pengkajian ini menyangkut pada pola komunikasi, gaya hidup, hubungan sosial, faktor sosiokultural.

11) Data spiritual

Menyangkut agama yang dianut klien, kegiatan agama dan kepercayaan yang dilakukan klien selama ini apakah ada gangguan aktivitas beribadah selama sakit. Dan juga bagaimana sikap klien

terhadap petugas kesehatan dan keyakinan klien terhadap penyakit yang dideritanya.

#### 12) Data penunjang

Data penunjang meliputi foto ronsen wajah : menyatakan luasnya fraktur (Doengos, 2012).

### **2.4.2 Analisa Data**

Analisa data adalah pengelompokan data-data klien atau keadaan tertentu mengalami permasalahan kesehatan atau keperawatan berdasarkan kriteria permasalahannya (Nikmatur & Walid 2009).

### **2.4.3 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan adalah suatu penyatuan dari masalah pasien yang nyata maupun potensial berdasarkan data yang telah dikumpulkan (Jitowiyono 2012). Menurut Muttaqin dan Sari (2011), NANDA (2018) diagnosa keperawatan yang mungkin muncul post operasi *ORIF* adalah :

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya inkontinuitas jaringan.
- 2) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan ketidakadekuatan intake nutrisi sekunder dari nyeri.
- 3) Risiko infeksi berhubungan dengan adanya luka operasi.

### **2.4.4 Intervensi Keperawatan**

Intervensi adalah penyusunan rencana tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan untuk menanggulangi masalah sesuai dengan diagnosa keperawatan (Jitowiyono 2012). Adapun intervensi menurut (Muttaqin dan Sari, 2011), NANDA (2018), NIC (2016), NOC (2016), Doenges (2014) :



**Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan**

No.	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
1.	Nyeri akut	<p><b>NOC :</b></p> <p>a. Pain Level, b. Pain control, c. Comfort level</p> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <p>a. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)</p> <p>b. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyer</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><b>NIC :</b></p> <p><b>Managemen nyeri</b></p> <p>a. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi</p> <p>b. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan</p> <p>c. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan</p> <p>d. Kurangi faktor pencetus atau meningkatkan nyeri (misal : kecemasan, ketakutan, dan kurang pengetahuan)</p> <p>e. Ajarkan tentang teknik non farmakologi</p> <p>f. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri</p> <p>g. Tingkatkan istirahat/tidur</p> <p><b>Pemberian Analgesik</b></p> <p>a. Tentukan lokasi, karakteristik,</p>	<p>a. Mengetahui keadaan / kondisi klien saat ini dan penanganan yang akan diberikan</p> <p>b. Mengetahui adanya perasaan tidak nyaman yang mempengaruhi kondisi klien.</p> <p>c. Lingkungan yang tenang dan nyaman akan menurunkan stimulus nyeri eksternal.</p> <p>d. Pengetahuan tentang penyakit dan penyebab nyeri akan membantu mengurangi nyeri dan dapat membantu kepatuhan klien terhadap rencana terapiutik</p> <p>e. Pendekatan dengan menggunakan relaksasi menunjukkan keefektifan dalam mengurangi nyeri.</p> <p>f. Analgetik diberikan untuk membantu menghambat stimulus nyeri ke pusat persepsi.</p> <p>g. Istirahat/tidur dapat membantu menurunkan nyeri.</p> <p>a. Untuk memberikan intervensi</p>

			<p>kualitas, dan derajat nyeri sebelum mengobati klien</p> <p>b. Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi dan riwayat alergi obat.</p> <p>c. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali</p>	<p>farmakologi yang tepat dan sesuai.</p> <p>b. Untuk pemberian obat sesuai dengan prinsip 6 benar dan menghindari timbulnya alergi</p> <p>c. Mengetahui perubahan kondisi klien setelah diberikan tindakan</p>
2.	<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan</p>	<p><b>NOC :</b></p> <p>a. Nutritional Status : food and Fluid Intake</p> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <p>a. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan</p> <p>b. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan</p> <p>c. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi</p> <p>d. Tidak ada tanda tanda malnutrisi</p> <p>Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti</p>	<p><b>NIC</b></p> <p><b>Manajemen Nutrisi</b></p> <p><b>NIC :</b></p> <p><b>Nutrition Management</b></p> <p>a. Tentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien.</p> <p>b. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi</p> <p><b>Nutrition Monitoring</b></p> <p>a. BB pasien dalam batas normal</p>	<p>a. Makanan tinggi kalori dibutuhkan pada pasien yang pemasukannya dibatasi, karbohidrat memberikan energi yang siap dipakai, lemak diserap dengan buruk karena disfungsi hati dan memperberat ketidaknyamanan abdomen, protein diperlukan pada kadar protein serum untuk menurunkan odema dan meningkatkan regenerasi sel hati.</p> <p>b. Diet yang tepat penting untuk penyembuhan.</p> <p>a. Memvalidasi dan menetapkan derajat masalah untuk menetapkan pilihan intervensi yang tepat.</p>

- |  |  |
|--|--|
| b. Monitor adanya penurunan berat badan                            | b. Penimbangan berat badan dilakukan sebagai evaluasi terhadap intervensi yang akan diberikan.                     |
| c. Jadwalkan pengobatan dan tindakan tidak selama jam makan        | c. Klien dengan kerusakan hati memerlukan tambahan nutrisi melalui terapi farmakologi sesuai indikasi.             |
| d. Monitor mual dan muntah   | d. Membantu mengetahui toleransi terhadap makanan yang berhubungan dengan peningkatan tekanan intraabdomen/asites. |
| e. Monitor kadar albumin, total protein, Hb, dan kadar Ht, glukosa | e. Untuk mengetahui penanganan intervensi lanjutan.  |
| f. Monitor makanan kesukaan  | f. Untuk meningkatkan keinginan/nafsu makan karena klien mungkin kehilangan minat makan karena mual dan kelemahan. |

e.	
3. Risiko infeksi	NOC
	<p>a. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi</p> <p>b. Mendeskripsikan proses penularan penyakit, factor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya</p> <p>c. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi</p>
	NIC
	<p>a. Kaji kondisi luka/insisi bedah.</p> <p>b. Gunakan prinsip aseptik medis dan steril ketika merawat pasien, melakukan prosedur atau perawatan luka.</p> <p>c. Kolaborasi dengan</p>
	<p>a. Lihat apakah ada peningkatan nyeri pada dan disekitar luka, kortisol berlebihan memperlambat penyembuhan, dan penutupan luka, serta memberikan deteksi dini terjadinya proses infeksi.</p> <p>b. Kerusakan kulit dan jaringan membuat teknik aseptik jauh lebih penting untuk mengurangi risiko infeksi.</p> <p>c. Mungkin diberikan secara profilatik</p>

---

	pemberian antibiotik sesuai indikasi.	atau menurunkan jumlah organisme.
d.	Observasi luka.	d. Untuk memberikan informasi dasar adanya kemungkinan kebutuhan tentang sirkulasi.

---

#### 2.4.5 Implementasi

Pelaksanaan keperawatan merupakan kegiatan yang dilakukan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan. Selama pelaksanaan kegiatan dapat berifat mandiri dan kolaboratif. Selama melaksanakan kegiatan perlu diawasi dan dimonitor kemajuan kesehatan klien (Judha & Nazwar, 2011).

#### 2.4.6 Evaluasi

Evaluasi adalah respon klien setelah dilakukan tindakan keperawatan. Ada dua macam evaluasi :

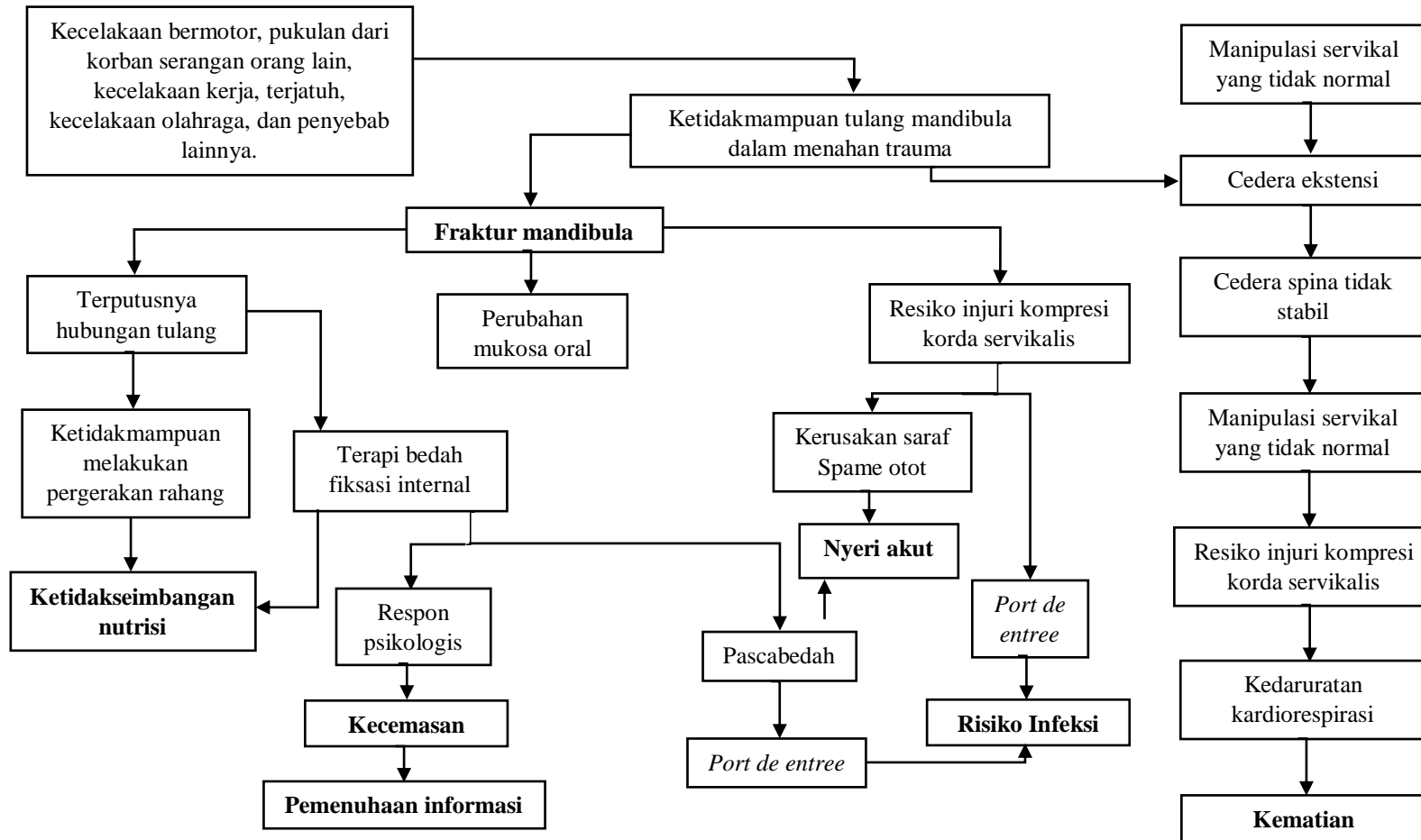
##### a. Evaluasi formatif

Evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilakukan pada setiap akhir pembahasan suatu pokok/topik, dan dimaksudkan untuk mengetahui sejauh manakah suatu proses telah berjalan sebagaimana yang direncanakan.

##### b. Evaluasi sumatif

Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan pada setiap akhir satu satuan waktu yang didalamnya tercakup lebih dari satu pokok bahasan.

Bagan 2.1 Pathway Fraktur Mandibula



Sumber : Muttaqin & Sari 2011