

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. M DENGAN PENERAPAN *GUIDED
IMAGERY* TERHADAP SKALA NYERI POST ORIF FRAKTUR TIBIA
DI RUANGAN TRAUMA CENTER RSUP Dr. MDJAMIL
PADANG TAHUN 2024**

*Diajukan untuk Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners Siklus KIAN Memenuhi
Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan Profesi Ners*



Oleh
Tiara Rani Arifa K, S. Kep
2314901082

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
FAKULTAS ILMU KESEHATAN DAN TEKNOLOGI INFORMASI
UNIVERSITAS ALIFAH PADANG
TAHUN 2024**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. M DENGAN PENERAPAN *GUIDED
IMAGERY* TERHADAP SKALA NYERI POST ORIF FRAKTUR TIBIA
DI RUANGAN TRAUMA CENTER RSUP Dr. MDJAMIL
PADANG TAHUN 2024**

Keperawatan Medikal Bedah

LAPORAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Untuk Memperoleh Gelar Ners (Ns)
Pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners
Universitas Alifah Padang

**Tiara Rani Arifa K, S. Kep
2314901082**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
FAKULTAS ILMU KESEHATAN DAN TEKNOLOGI INFORMASI
UNIVERSITAS ALIFAH PADANG
TAHUN 2024**

PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap : Tiara Rani Arifa K, S. Kep
NIM : 2314901082
Tempat/ Tanggal Lahir : Inderapura, 17 Agustus 1999
Tahun Masuk : 2023
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners
Nama Pembimbing Akademik : Ns. Vania Aresti Yendrial, M.Kep
Nama Pembimbing : Ns. Vania Aresti Yendrial, M.Kep

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan karya tulis ilmiah saya yang berjudul :

“Asuhan Keperawatan Pada Tn. M Dengan Penerapan *Guided Imagery* Terhadap Skala Nyeri Post Orif Fraktur Tibia Di Ruang Trauma Center RSUP Dr. M Djamil Padang Tahun 2024”

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat, dalam penulisan Laporan Karya Ilmiah Akhir Ners, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Padang, Oktober 2024

Tiara Rani Arifa K, S. Kep
NIM: 2314901082

PERSETUJUAN LAPORAN ILMIAH AKHIR
ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. M DENGAN PENERAPAN *GUIDED*
***IMAGERY* TERHADAP SKALA NYERI POST ORIF FRAKTUR TIBIA**
DI RUANGAN TRAUMA CENTER RSUP Dr. MDJAMIL
PADANG TAHUN 2024

Tiara Rani Arifa K, S. Kep
2314901082

Laporan Karya Ilmiah Akhir Ners ini telah disetujui,
Desember Tahun 2024

Oleh:

Pembimbing

Ns. Vania Aresti Yendrial, M. Kep

Mengetahui,

Dekan

Fakultas Ilmu Kesehatan dan Teknologi Informasi
Universitas Alifah Padang



Ns. Syalvia Oresti, M.Kep, Ph.D

PERSETUJUAN PENGUJI

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. M DENGAN PENERAPAN *GUIDED
IMAGERY* TERHADAP SKALA NYERI POST ORIF FRAKTUR TIBIA
DI RUANGAN TRAUMA CENTER RSUP Dr. MDJAMIL
PADANG TAHUN 2024**

Tiara Rani Arifa K, S. Kep

2314901082

**Laporan Karya Ilmiah Akhir Ners ini telah di uji dan dinilai oleh
penguji Program Studi Pendidikan Profesi Ners
Desember Tahun 2024**

Oleh :

TIM PENGUJI

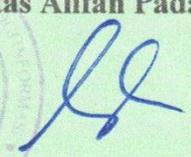
Pembimbing : Ns. Vania Aresti Yendrial, M.Kep (.....)

Penguji I : Dr. Ns. Asmawati, M.Kep (.....)

Penguji II : Ns. Willady Rasyid M.Kep Sp KMB (.....)

**Mengetahui,
Dekan**

**Fakultas Ilmu Kesehatan dan Teknologi Informasi
Universitas Alifah Padang**


Ns. Syalvia Oresti, M.Kep, Ph.D

UNIVERSITAS ALIFAH PADANG

Laporan Karya Ilmiah Akhir Ners, September 2024

Tiara Rani Arifa K, S. Kep

Asuhan Keperawatan Pada Tn. M Dengan Penerapan *Guided Imagery* Terhadap Skala Nyeri Post Orif Fraktur Tibia Di Ruang Trauma Center RSUP Dr. M Djamil Padang Tahun 2024

xv + 131 Halaman + 11 tabel + 4 gambar + 3 lampiran

RINGKASAN EKSLUSIF

Menurut *World Health of Organization* (WHO) mengenai kejadian fraktur atau patah tulang di dunia pada tahun 2020 terjadi kurang lebih 13 juta orang dengan angka prevalensi sebesar 2,7%. Operasi atau pembedahan merupakan tindakan pengobatan yang menggunakan cara invasif yang dapat menyebabkan nyeri. *Guided imagery* merupakan imajinasi yang dirancang secara khusus untuk mencapai efek positif yang dapat menurunkan nyeri. Tujuan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini untuk mengaplikasikan asuhan keperawatan pada Tn. M dengan penerapan *guided imagery* terhadap skala nyeri post Orif fraktur tibia

Berdasarkan hasil pengkajian klien didapatkan klien post operasi ORIF mengeluh nyeri secara terus-menerus, nyeri dirasakan di kaki sebelah kiri (tibia) dengan skala nyeri 6. Pasien memiliki luka post operasi ORIF di kaki sebelah kiri (tibia) dengan panjang ± 15 cm dengan luka tampak masih basah.

Didapatkan diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik, kerusakan integritas kulit dan nyeri akut. Intervensi keperawatan yang diberikan yaitu teknik *guided imagery* dilakukan selama 10 menit dan sebanyak dua kali sehari selama 3 hari berturut-turut. Setelah dilakukan implementasi didapatkan evaluasi penurunan skala nyeri dari skala 6 menjadi skala 3

Disimpulkan bahwa pemberian *guided imagery* dalam menurunkan skala nyeri pada pasien post orif. Diharapkan pemberian teknik *guided imagery* dapat diberikan sebagai salah satu upaya penatalaksanaan nonfarmakologi dalam menurunkan skala nyeri.

Kata kunci : *Guided Imagery*, nyeri, post orif
Daftar Pustaka : 39 (2018- 2023)

ALIFAH UNIVERSITY of PADANG

Ners Final Scientific Work Report, September 2024

Tiara Rani Arifa K, S. Kep

Nursing Care for Mr. M With the Application of Guided Imagery to the Post Oral Tibia Fracture Pain Scale in the Trauma Center Room at RSUP Dr. M Djamil Padang in 2024

xv + 131 Pages + 11 tables + 4 pictures + 3 attachments

EXCLUSIVE SUMMARY

According to the World Health Organization (WHO), the incidence of fractures or broken bones in the world in 2020 occurred approximately 13 million people with a prevalence rate of 2.7%. Surgery or surgery is a treatment that uses invasive methods that can cause pain. Guided imagery is imagination that is specifically designed to achieve positive effects that can reduce pain. The purpose of writing this scientific paper is to apply nursing care to Mr. M with the application of guided imagery to the pain scale post Orif tibia fracture

Based on the results of the client assessment, it was found that post-ORIF surgery clients complained of continuous pain, the pain was felt in the left leg (tibia) with a pain scale of 6. The patient had a post-ORIF surgery wound on the left leg (tibia) with a length of \pm 15 cm with a wound looks still wet.

The nursing intervention provided, namely the guided imagery technique, was carried out for 10 minutes and twice a day for 3 consecutive days. After implementation, an evaluation of the pain scale decreased from scale 6 to scale 3

It was concluded that providing guided imagery was in reducing the pain scale in post-orificial patients. Suggestions for nurses in the room to apply guided imagery techniques as a non-pharmacological management effort to reduce the pain scale.

Keywords : Guided Imagery, pain, post orif

Bibliography : 39 (2018- 2023)

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Identitas Pribadi

Nama : Tiara Rani Arifa K, S. Kep
Tempat Lahir : Inderapura
Tanggal Lahir : 17 Agustus 1999
Agama : Islam
Anak ke : 3
Jumlah bersaudara : 5
Daerah Asal : Pesisir Selatan
Kebangsaan : Indonesia
Alamat : Kampung jua, lubug begalung

Identitas Orang Tua

Nama Ayah : Kamisril (alm)
Pekerjaan : -
Nama Ibu : Bismawati
Pekerjaan : IRT

Riwayat Pendidikan

2008 – 2013 : SDN
2013– 2016 : SMPN
2016 – 2019 : SMAN
2019 – 2023 : S1 Keperawatan STIKes Alifah Padang
2023 : Profesi Ners Stikes Alifah Padang

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis ucapkan atas kehadiran Allah SWT yang telah memberikan petunjuk dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Tn. M Dengan Penerapan *Guided Imagery* Terhadap Skala Nyeri Post Orif Fraktur Tibia Di Ruang Trauma Center RSUP Dr. M Djamil Padang Tahun 2024”**. Laporan Karya Ilmiah Akhir Ners ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan profesi ners Universitas Alifah Padang.

Proses pembuatan Karya Ilmiah Akhir Ners ini, penulis tidak terlepas dari kesulitan dan hambatan, namun berkat bimbingan, bantuan dan penjelasan dari berbagai pihak akhirnya Karya Ilmiah Akhir Ners ini dapat diselesaikan. Penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Ns. Vania Aresti Yendrial, M.Kep sebagai pembimbing yang telah bersedia mengarahkan, membimbing dan memberi masukan kepada penulis dengan penuh perhatian dan kesabaran sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners
2. Ibu Ns. Rebbi Permatasari, M. Kep selaku Ketua program Studi Profesi Ners Universitas Alifah Padang
3. Ibu Dr. Fanny Ayudia, S.SiT, M. Biomed selaku Rektor Universitas Alifah Padang

4. Ibu Ns. Yulia Susanti, S. Kep selaku kepala ruangan Trauma Center di RSUP Dr. M DJamil Padang yang telah meluangkan waktu dan berpartisipasi dalam penyusunan Karya Ilmiah ini.
5. Tn. M yang sudah bersedia meluangkan waktu untuk menjadi pasien kelolaan penulis
6. Orang tua yang selalu mendoakan dan menjadi penyemangat bagi penulis, serta memenuhi segala kebutuhan baik moril maupun materil.
7. Rekan-rekan mahasiswa Program Studi Profesi Ners Universitas Alifah Padang yang telah memberikan motivasi dan dorongan serta sumbangan ide dan pikiran kepada penulis dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir Ners ini masih jauh dari kesempurnaan. Hal ini bukanlah suatu kesengajaan melainkan karena keterbatasan ilmu dan kemampuan penulis, untuk itu dengan segala kerendahan hati penulis menerima masukan, kritikan, dan saran demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Padang, Oktober 2024

Penulis

DAFTAR ISI

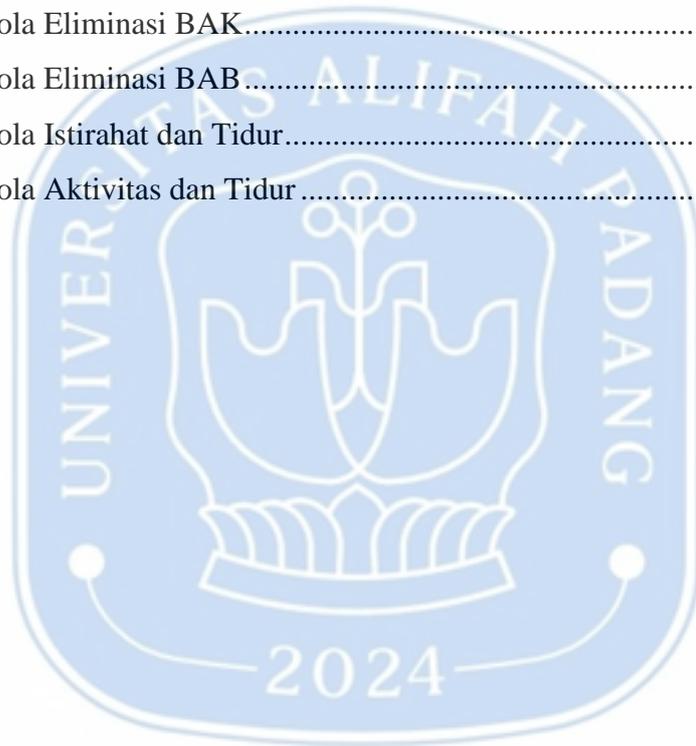
COVER	i
LAPORAN ILMIAH AKHIR NERS	ii
PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT	iii
PERNYATAAN PERSETUJUAN PEMBIMBING	iv
PERNYATAAN PERSETUJUAN PENGUJI	v
RINGKASAN EKSLUSIF	vi
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	viii
KATA PENGANTAR	ix
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan Penulisan.....	7
D. Manfaat Penulisan.....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Fraktur Tibia	10
B. Konsep Post Orif	27
C. Konsep Nyeri	30
D. Konseo Guided Imagery	40
E. Konsep Asuhan Keperawatan Teoritis	43
F. <i>Evidence Based Practice In Nursing</i> (EBPN)	62
BAB III TINJAUAN KASUS	
A. Pengkajian.....	64
B. Analisa Data	71
C. Diagnosa Keperawatan.....	81

D. Intervensi Keperawatan	81
E. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan.....	91
BAB IV PEMBAHASAN	
A. Pengkajian.....	113
B. Diagnosa Keperawatan.....	115
C. Intervensi Keperawatan.....	117
D. Implementasi Keperawatan.....	119
E. Evaluasi	124
BAB V PENUTUP	
A. Kesimpulan	128
B. Saran.....	129
DAFTAR PUSTAKA	131
LAMPIRAN	



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Perbedaan nyeri akut dengan nyeri kronis	33
Tabel 2.2 Perbedaan nyeri Somatis dan Diseral	34
Tabel 2.3 Skala Nyeri Perilaku FLACC	39
Tabel 2.4 Intervensi Keperawatan	53
Tabel 2.5 <i>Evidence Based Nursing</i>	62
Tabel 3.1 Pola nutrisi	73
Tabel 3.2 Pola Eliminasi BAK.....	74
Tabel 3.3 Pola Eliminasi BAB.....	74
Tabel 3.4 Pola Istirahat dan Tidur.....	74
Tabel 3.5 Pola Aktivitas dan Tidur.....	75



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Tibia	11
Gambar 2.2 Macam-macam fraktur	19
Gambar 2.3 <i>Numerical Rating Scale</i>	37
Gambar 2.4 Nyeri FACES	38



DAFTAR LAMPIRAN

Nomor Lampiran

1. SOP
2. Dokumentasi
3. Lembar Konsultasi
4. Jurnal



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Fraktur merupakan keadaan ketika tulang mengalami retak, patah atau pecah yang menyebabkan tulang mengalami perubahan bentuk sehingga tulang menjadi kehilangan fungsinya (Akelma *et al.*, 2020). Fraktur disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik, kecelakaan, baik kecelakaan kerja maupun kecelakaan lalu lintas (Noorisa, 2017). Fraktur atau patah tulang biasanya disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik. Kekuatan dari tenaga tersebut, keadaan tulang itu sendiri, dan jaringan lunak di sekitar tulang akan menentukan kondisi fraktur tersebut (Suriya *et al.*, 2020).

Fraktur yaitu terputusnya kontinuitas tulang baik karena trauma, tekanan maupun kelainan patologis. Patahan tersebut mungkin saja tidak lebih dari suatu retakan, biasanya patahan tersebut lengkap dan fragmen tulangnya bergeser. Jika patahan tulang tersebut tidak menembus kulit, hal ini disebut fraktur tertutup, sedangkan jika patahan tersebut menembus kulit, maka disebut fraktur terbuka (Pelawi, 2020). Fraktur atau patah tulang biasanya disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik. Kekuatan dari tenaga tersebut, keadaan tulang itu sendiri, dan jaringan lunak di sekitar tulang akan menentukan kondisi fraktur tersebut (Suriya *et al.*, 2020).

Menurut *World Health of Organization* (WHO) mengenai kejadian fraktur atau patah tulang di dunia pada tahun 2020 terjadi kurang lebih 13 juta

orang dengan angka prevalensi sebesar 2,7%. Indonesia merupakan negara terbesar di Asia Tenggara yang mengalami kasus patah tulang (fraktur) terbanyak yaitu sebesar 1,3 juta jiwa setiap tahunnya dari jumlah penduduk berkisar 238 juta jiwa. Sedangkan, di Indonesia menurut survei dari riset kesehatan dasar bahwasanya proporsi tempat terjadinya cedera yang paling banyak terjadi di jalan raya dengan persentase 31,4% serta penyebab utama cedera akibat kecelakaan lalu lintas di posisi puncak adalah mengendarai sepeda motor (72,7%). Selain itu, proporsi bagian tubuh yang paling banyak dijumpai cedera yaitu anggota gerak bawah.

Data yang ada di Indonesia kasus fraktur paling sering yaitu fraktur femur sebesar 42% diikuti fraktur humerus sebanyak 17% fraktur tibia dan fibula sebanyak 14% dimana penyebab terbesar adalah kecelakaan lalu lintas yang biasanya disebabkan oleh kecelakaan mobil, motor atau kendaraan rekreasi 65,6% dan jatuh 37,3% mayoritas adalah pria 73,8%. Terjadinya fraktur tersebut termasuk didalamnya insiden kecelakaan, cedera olahraga, bencana kebakaran, bencana alam dan lain sebagainya (Risksdas, 2018).

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat tahun 2018 didapatkan sekitar 2.700 orang mengalami insiden fraktur, 56% diantaranya mengalami kecacatan fisik, 24% mengalami kematian, 15% mengalami kesembuhan, 40,6% penderita fraktur yang datang ke fasilitas kesehatan untuk mendapat penanganan dan 5% mengalami gangguan psikologis atau depresi (Risksdas, 2018). Berdasarkan data kasus fraktur di

RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tahun 2017-2020 paling banyak didapatkan pada jenis kelamin laki-laki (62,9%) dan golongan usia ≥ 60 tahun (28,1%)

Ada beberapa penatalaksanaan yang dapat dilakukan pada pasien fraktur. Menurut (Fillingham *et al.*, 2019), penatalaksanaan fraktur yang dapat dilakukan yaitu dengan cara non operatif (reposisi, imobilisasi, rehabilitasi, rehabilitasi, traksi, debridemen dan irigasi) dan dengan pembedahan (reduksi tertutup, reduksi terbuka dengan fiksasi internal (ORIF), reduksi terbuka dengan fiksasi eksternal (OREF). Menurut Mardiono (2020), penatalaksanaan fraktur terbagi menjadi dua yaitu penatalaksanaan konservatif dan penatalaksanaan pembedahan (Anitha, 2022)

Operasi atau pembedahan merupakan tindakan pengobatan yang menggunakan cara invasif yaitu dengan membuka atau memperlihatkan bagian tubuh yang akan ditangani. Tindakan pembedahan dapat dipastikan mengakibatkan kerusakan jaringan tubuh yang menimbulkan rasa nyeri pada pasien pasca operasi, nyeri yang dirasakan ini disebabkan karena terjadinya torehan, tarikan, manipulasi organ, iskhemia jaringan akibat gangguan suplai darah ke salah satu bagian seperti spasmus otot atau odema dan dapat juga terjadi akibat stimulasi ujung saraf oleh bahan kimia yang dilepaskan pada saat operasi (Nurhafisah, 2021).

Pasien pasca operasi fraktur seringkali mengeluh rasa nyeri. Nyeri setelah pembedahan merupakan hal yang fisiologis, tetapi hal ini merupakan salah satu keluhan yang paling ditakuti oleh klien setelah pembedahan. Rangsangan nyeri pada pembedahan ini disebabkan oleh rangsangan mekanik

yaitu luka (insisi) dimana insisi ini akan merangsang mediator-mediator kimia dari nyeri seperti histamine, bradikinin, dan substansi prostaglandin dimana zat-zat ini dapat meningkatkan sensitifitas reseptor nyeri yang akan menimbulkan sensasi nyeri (Novita, 2021).

Keluhan nyeri adalah hal yang paling sering muncul setelah pembedahan. Klien yang mengalami nyeri kurang mampu berpartisipasi dalam aktivitas sehari-hari dan nyeri berat dapat menghambat gaya hidup seseorang bila tidak segera diatasi nyeri dapat menyebabkan ketidakmampuan dan imobilisasi pada individu untuk melaksanakan aktivitas perawatan diri. Nyeri merupakan alasan paling umum yang membuat orang mencari perawatan kesehatan (Novita, 2021).

Nyeri juga menyebabkan isolasi sosial dan depresi. Klien pasca operasi fraktur biasanya merasakan nyeri yang intens, terutama ketika bergerak. Nyeri yang muncul disebabkan oleh diskontinuitas jaringan akibat pembedahan dan trauma yang dapat menimbulkan komplikasi serius. Nyeri ini terkadang sulit ditolerir oleh klien, sehingga kebutuhan klien meningkat untuk pemberian analgetik. Penggunaan obat secara terus menerus dapat menimbulkan efek samping dan dapat merugikan pasien dari segi ekonomi (Amir & Rantesigi, 2021).

Penanganan untuk mengatasi nyeri dapat dibagi menjadi 2 bagian, yaitu manajemen farmakologi dan manajemen non farmakologi. Manajemen farmakologi yaitu pemberian obat yang mampu menghilangkan rasa nyeri. Sedangkan manajemen non farmakologi merupakan manajemen untuk

menghilangkan rasa nyeri menggunakan teknik yaitu pemberian kompres dingin atau panas, aromaterapi, teknik relaksasi, terapi hypnothis, imajinasi terbimbing/ *guide imagery*, terapi music dan *massage* (Mandagi, 2020)

Guided imagery merupakan imajinasi yang dirancang secara khusus untuk mencapai efek positif. Dengan membayangkan hal-hal yang menyenangkan maka akan terjadi perubahan aktifitas motorik sehingga otot-otot yang tegang menjadi relaks, respon terhadap bayangan menjadi semakin jelas. Hal tersebut terjadi karena rangsangan imajinasi berupa hal-hal yang menyenangkan akan dijalankan ke batang otak menuju sensor thalamus untuk diformat. Sebagian kecil rangsangan itu ditransmisikan ke amigdala dan hipokampus, sebagian lagi dikirim ke korteks serebi. Sehingga pada korteks serebi akan terjadi asosiasi pengindraan. Pada hipokampus hal-hal yang menyenangkan akan diproses menjadi sebuah memori. Ketika terdapat rangsangan berupa imajinasi yang menyenangkan memori yang tersimpan akan muncul kembali dan menimbulkan suatu persepsi. Dari hipokampus rangsangan yang telah mempunyai makna dikirim ke amigdala yang akan membentuk pola respon yang sesuai dengan makna rangsangan yang diterima. Sehingga subjek akan lebih mudah untuk mengasosiasikan dirinya dalam menurunkan sensasi nyeri yang di alami (Amir & Rantesigi, 2021).

Berdasarkan hasil penelitian Tiyonggo *et al.*, (2024) didapatkan hasil penelitian *guided imagery* (6-8 jam setelah operasi) yaitu skala nyeri 10 (skala nyeri hebat) dan skala nyeri pasien II (Tn. Y) sebelum penerapan *guided imagery* (6-8 jam setelah operasi) yaitu skala nyerinya 6 (skala nyeri sedang).

Setelah dilakukan pengkajian skala nyeri pasien II (Tn. S) setelah dilakukan penerapan hari ketiga turun yaitu dari skala nyeri 10 (skala nyeri hebat) menjadi 8 (skala nyeri berat terkontrol). Skala nyeri pasien I (Tn. Y) setelah dilakukan *guided imagery* hari pertama dan hari kedua skala nyeri pasien 5 (skala nyeri sedang).

Pada penelitian Tiyonggo *et al.*, (2024) dijelaskan pemberian teknik *guided imagery* dilakukan selama 10 menit dan sebanyak dua kali sehari, selama 2 hari diberikan pada kelompok eksperimen. Teknik *guided imagery* 1 jam sebelum pemberian analgetik, setelah di berikan *guided imagery* klien di minta untuk beristirahat selama 5 menit dan kemudian di ukur tingkat nyeri setelah pemberian *guided imagery*. Pemberian ke 2 di berikan 7 jam lagi sebelum pemberian analgetik kembali, diberikan *guided imagery* selama 10 menit setelah itu pasien di istirahatkan selama 5 menit dan di ukur kembali skala nyeri pasien.

Berdasarkan survei yang dilakukan penulis di Ruang Trauma Center RSUP Dr. M DJamil Padang terdapat 3 orang pasien dengan fraktur post orif. Menurut wawancara didapatkan pasien Tn. M pasien post ORIF hari pertama dengan skala nyeri lebih tinggi dibandingkan 2 pasien lain yaitu skala 8 dan belum pernah dilakukan pemberian teknik relaksasi *Guided Imagery* sebagai upaya dalam menurunkan nyeri.

Berdasarkan dengan latar belakang diatas, maka tertarik untuk melakukan Asuhan Keperawatan Pada Tn. M Dengan Penerapan *Guided*

Imagery Terhadap Skala Nyeri Post Orif Fraktur Tibia Di Ruang Trauma Center RSUP Dr. M Djamil Padang Tahun 2024.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas dapat dirumuskan masalah yaitu bagaimana Asuhan Keperawatan Pada Tn. M Dengan Penerapan *Guided Imagery Terhadap Skala Nyeri Post Orif Fraktur Tibia Di Ruang Trauma Center RSUP Dr. M Djamil Padang Tahun 2024*

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Diharapkan mampu untuk menggambarkan Asuhan Keperawatan Pada Tn. M Dengan Penerapan *Guided Imagery Terhadap Skala Nyeri Post Orif Fraktur Tibia Di Ruang Trauma Center RSUP Dr. M Djamil Padang Tahun 2024.*

2. Tujuan Khusus

- a. Diharapkan mampu melakukan pengkajian pada Tn. M dengan post orif fraktur tibia di Ruang Trauma Center RSUP Dr. M Djamil Padang Tahun 2024.
- b. Diharapkan mampu menentukan diagnosa keperawatan pada Tn. M dengan post orif fraktur tibia di Ruang Trauma Center RSUP Dr. M Djamil Padang Tahun 2024.
- c. Diharapkan mampu menyusun perencanaan pengelolaan pada Tn.M dengan penerapan *Guided Imagery terhadap skala nyeri post orif*

- fraktur tibia di Ruangan Trauma Center RSUP Dr. M Djamil Padang Tahun 2024.
- d. Diharapkan mampu memberikan implementasi pada Tn. M dengan penerapan *Guided Imagery* terhadap skala nyeri post orif fraktur tibia di Ruangan Trauma Center RSUP Dr. M Djamil Padang Tahun 2024.
 - e. Diharapkan mampu mengevaluasi tindakan keperawatan pada Tn.M dengan penerapan *Guided Imagery* terhadap skala nyeri post orif fraktur tibia di Ruangan Trauma Center RSUP Dr. M Djamil Padang Tahun 2024
 - f. Diharapkan mampu melakukan mendokumentasikan hasil keperawatan pada Tn.M dengan penerapan *Guided Imagery* terhadap skala nyeri post orif fraktur tibia di Ruangan Trauma Center RSUP Dr. M Djamil Padang Tahun 2024

D. Manfaat

1. Bagi Institusi Pelayanan Kesehatan

Diharapkan laporan Ilmiah Akhir ini dapat memberikan manfaat bagi pelayanan keperawatan yaitu:

- a. Memberikan gambaran dan menjadi acuan asuhan keperawatan dengan penerapan *guided imagery* terhadap skala nyeri post orif fraktur tibia
- b. Memberikan pilihan intervensi dengan penerapan *guided imagery* terhadap skala nyeri post orif fraktur tibia

2. **Bagi RSUP Dr. M Djamil Padang**

Laporan Ilmiah Akhir ini diharapkan dapat menjadi masukan sebagai SOP dalam memberikan asuhan keperawatan dalam Penerapan penerapan *guided imagery* terhadap skala nyeri

3. **Bagi Institusi Pendidikan**

Karya Ilmiah Akhir Ini Diharapkan dapat Bermanfaat dan dapat menjadi referensi dan masukan dalam menyusun asuhan keperawatan dalam penerapan *guided imagery* terhadap skala nyeri pada pasien post orif.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Fundamental Keperawatan

1. Pengertian Falsafah Keperawatan

Falsafah dimiliki setiap orang, adanya gagasan, anggapan, pemikiran yang mendalam tentang sesuatu dan sikap batin yang paling dasar serta mengungkapkan pemikiran yang dalam dijadikan sebagai pandangan hidup (KBBI, 2021).

Setiap manusia memerlukan falsafah dalam dirinya. Karena dengan falsafah seseorang dapat mengartikan nilai, kepercayaan dan pendapat mereka tentang dunia, dan menginformasikan ide-ide yang dimilikinya (Asmadi, 2008).

Falsafah hadir dalam diri seseorang berdasarkan pada pengalaman hidup yang dialaminya, dari cara mereka mengevaluasi suatu pengamatan dan percobaan untuk menyelesaikan masalah yang dihadapinya (Lestari, 2018).

Falsafah dalam keperawatan merupakan keyakinan perawat terhadap nilai-nilai yang dimilikinya, yang dapat meningkatkan kemampuan perawat dalam mengaplikasikan teori keperawatan dan memberikan ruang bagi perawat untuk lebih memahami tentang keperawatan terutama yang berkaitan dengan praktik keperawatan (Mcintyre & Mcdonald, 2013 dalam Lestari, 2018).

Falsafah keperawatan adalah keyakinan perawat terhadap nilai-nilai keperawatan yang menjadi pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan, baik kepada individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat. Keyakinan terhadap nilai keperawatan harus menjadi pegangan setiap perawat, dalam memberikan pelayanan keperawatan pada pasien (Budiono, 2016).

2. Kerangka Konseptual Falsafah Keperawatan

Falsafah keperawatan menggunakan kerangka konseptual yang berfokus pada isi, metode dan pandangan hidup. Berikut kerangka konsep falsafah keperawatan menurut Bruce *et al.*, (2014) :

- a. Falsafah Sebagai Bagian Dari Isi Keperawatan Falsafah sebagai bagian isi dari keperawatan yang berhubungan dengan adanya fenomena utama dalam suatu profesi dan keilmuan yang terkait dengan manusia, kesehatan dan lingkungan. Praktik keperawatan merupakan sentral dari pemikiran filosofis yaitu mengenai apa itu perawat, apa itu keperawatan, dan apa yang dimaksud dengan keperawatan yang benar. Falsafah digunakan untuk membuat keputusan yang tepat dalam praktik keperawatan. Falsafah sebagai bagian dari keperawatan berguna untuk perawat praktik, perawat pendidik, dan mahasiswa keperawatan.
- b. Falsafah Sebagai Metode Keperawatan Falsafah sebagai metode keperawatan membantuperawat dalam melakukan analisis, kritik, menghadapi tantangan, dan mengatasi kejadian situasional terkait

dengan *patient safety*, dan etika keperawatan. Falsafah keperawatan dapat membantu perawat dalam mengembangkan kapasitas dirinya sebagai perawat yang menjunjung tinggi moral. Falsafah juga dapat membantu perawat untuk mengeksplorasi pertanyaan yang berkaitan dengan bidang non keilmuan yang mungkin penting bagi kemajuan keilmuan keperawatan itu sendiri.

- c. Falsafah Sebagai Pandangan Hidup Dalam Keperawatan Falsafah dipakai sebagai pandangan hidup dalam keperawatan diwujudkan dalam setiap tindakan praktik keperawatan yang dilakukannya meliputi pengetahuan, etika dan lainnya. Dengan menjadikan falsafah keperawatan sebagai pandangan hidup perawat dapat mengembangkan teori, praktik keperawatan dan meningkatkan profesionalitas .

3. Falsafah Keperawatan Sebagai Landasan Dalam Menjalankan Profesi Sebagai Perawat

Falsafah keperawatan berhubungan erat dengan hubungan yang holistik menyeluruh yang berpusat pada klien sebagai sasaran dan layanan yang diberikan juga tidak hanya berpusat pada individu yang sakit melainkan individu yang sehat juga bertujuan meningkatkan derajat yang optimal, dicapai melalui usaha bersama dari tim kesehatan, klien dan keluarga. Falsafah keperawatan digunakan sebagai landasan keyakinan menjalankan profesi sebagai perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan sebagai berikut (Asmadi, 2008):

- a. Manusia adalah individu yang memiliki kebutuhan bio, psiko, social dan spiritual yang unik, bahwa keyakinan ini dipakai sebagai pedoman menjalankan profesi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan harus memenuhi kebutuhan klien secara holistic, hal ini menuntut kemampuan perawat menganalisis kebutuhan klien secara tepat. Untuk itu perawat harus memiliki pengetahuan yang mendalam tentang aspek manusia baik kebutuhan bio, psiko, social dan spiritual serta kultural secara menyeluruh.
- b. Keperawatan adalah bantuan bagi umat manusia yang bertujuan meningkatkan derajat kesehatan yang optimal. Kontribusi keperawatan dalam meningkatkan derajat Kesehatan masyarakat didasari pada beberapa konsep keperawatan. Pertama, asuhan yang diberikan perawat bersifat holistic. Kedua, sasaran asuhan keperawatan adalah klien dari tingkat individu, keluarga, sampai tingkat masyarakat. Dengan kata lain derajat kesehatan masyarakat akan optimal jika derajat kesehatan individu optimal. Ketiga lingkup layanan keperawatan bukan terbatas klien yang sakit saja tetapi juga klien yang sehat. Keempat eksistensi keperawatan berlangsung sepanjang kehidupan manusia. Kelima intervensi keperawatan mencakup upaya promotive, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
- c. Tujuan asuhan keperawatan dapat dicapai melalui usaha bersama dari semua anggota tim kesehatan dan pasien serta keluarga. Perawat adalah bagian dari tenaga kesehatan, secara langsung berhubungan

- dengan manusia. Oleh karena itu dalam menetapkan tujuan dan rencana serta memberikan asuhan keperawatan melibatkan klien dan keluarga secara aktif.
- d. Dalam melakukan asuhan keperawatan, perawat menggunakan proses keperawatan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan klien. Proses keperawatan wujud tanggung jawab tanggung gugat perawat, dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien, guna mencapai dan mempertahankan keadaan bio, psiko, social, spiritual yang optimal.
 - e. Perawat bertanggungjawab dan bertanggungugat, memiliki wewenang dalam melakukan asuhan keperawatan secara utuh didasarkan stsndar asuhan keperawatan dan kode etik keperawatan. Tanggung jawab tanggungugat merupakan bukti bahwa keperawatan adalah profewsi yang professional
 - f. Pendidikan keperawatan harus dilaksanakan terus menerus untuk mewujudkan pertumbuhan dan perkembangan staf dalam pelayanan kesehatan. Perawat dituntut untuk terus meningkatkan kompetensi diri baik dalam segi kognitif, psikomotor dan afektif, melalui pendidikan formal dan non formal. Hal ini berpengaruh pada pola piker perawat yang menjadikan perilaku yang professional, yang aakhirnya dapat berdampak pada pertumbuhan dan perkembangan kualitas asuhan keperawatan.

B. Konsep Muskuloskeletal

1. Definisi

Sistem muskuloskeletal merupakan salah satu sistem tubuh pada manusia, terdiri dari tulang, sendi, otot, dan struktur pendukung lainnya (tendon, ligamen, fasia, dan bursa). Sistem ini secara umum berfungsi sebagai penyokong tubuh, melindungi organ tubuh dan bertanggung jawab terhadap pergerakan tubuh. Bila sistem muskuloskeletal ini terganggu, kemampuan dalam bergerak dan menjalani aktivitas akan terganggu. Tulang berfungsi memberikan stabilitas pada tubuh dan keberadaan sendi pada struktur tulang sangat membantu dan memudahkan dalam pergerakan.

2. Anatomi Sistem Muskuloskeletal

Tulang terdiri dari sel-sel dan matriks ekstraseluler. sel sel tersebut adalah osteosit, osteoblas, dan osteoklas.

- a. Osteoblas menyintesis unsur-unsur organik tulang. sel-sel ini bertanggung jawab untuk pembentukan tulang-tulangbaru selama pertumbuhan, perbaikan, dan membentuk kembali tulang.
- b. Osteosit adalah sel-sel matang yang mengisi lakuna dalam matriks.
- c. Osteoklas adalah sel-sel yang bertanggung jawab untuk menghancurkan dan membentuk kembali tulang. Matriks tulang tersusun dari serat-serat kolagen organik yang tertanam pada substansi dasar dan garam-garam anorganik tulang seperti fosfor dan kalsium.

- 1) Substansi dasar tulang terdiri dari sejenis protoglikan yang tersusun terutama dari kondroitin sulfat dan sejumlah kecil asam hialuronat yang bersenyawa dengan protein.
- 2) Garam-garam tulang berada dalam bentuk kristal kalsium fosfat yang disebut hidroksiapatit dengan rumus molekul $3\text{Ca}_3(\text{PO}_4)_2 \cdot \text{Ca}(\text{OH})_2$.
- 3) Persenyawaan antara kolagen dan kristal hidroksiapatit bertanggung jawab atas daya regang dan daya tekan tulang yang besar.

Cara penyusunan tulang serupa dengan pembuatan palang beton : serat-serat kolagen seperti batang baja pada beton : garam-garam tulang sama seperti semen, pasir dan batu Kedua jenis jaringan tulang.

- a. Tulang cancellus (berongga) dan tulang kompak. Kedua tulang ini memiliki komposisi yang sama, tetapi porositasnya berbeda
- b. Tulang Kompak adalah jaringan yang tersusun rapat dan terutama ditemukan sebagai lapisan di atas jaringan tulang cancellus. Porositasnya bergantung pada saluran mikroskopik (kanakuli) yang mengandung pembuluh darah, yang berhubungan dengan saluran Havers
- c. Tulang Cancellus tersusun dari batang-batang tulang halus dan ireguler yang bercabang dan saling bertumpang tindih untuk membentuk jaring-jaring spikula tulang dengan rongga- rongga yang mengandung sumsum.

Fungsi Tulang

- a. Tulang memberikan topangan dan bentuk pada tubuh
- b. Pergerakan. Tulang berartikulasi dengan tulang lain pada sebuah persendian dan berfungsi sebagai pengungkit. Jika otot-otot (yang tertanam pada tulang) berkontraksi, kekuatan yang diberikan pada pengungkit menghasilkan gerakan.
- c. Perlindungan. tulang melindungi organ-organ lunak yang ada dalam tubuh.
- d. Pembentukan sel darah (Hematopoiesis). Sumsum tulang merah, yang ditemukan pada orang dewasa dalam tulang sternum, tulang iga, badan vertebra, tulang pipih pada kranium, dan pada bagian ujung tulang panjang, merupakan tempat produksi sel darah merah, sel darah putih, dan trombosit darah.
- e. Tempat penyimpanan mineral. Matriks tulang tersusun dari sekitar 62% garam anorganik, terutama kalsium fosfat dan kalsium karbonat dengan jumlah magnesium, klorida, florida, sitrat yang lebih sedikit. Tulang mengandung 99 % kalsium tubuh. Kalsium dan fosfor disimpan dalam tulang agar bisa ditarik kembali dan dipakai untuk fungsi-fungsi tubuh ; zat tersebut kemudian diganti melalui nutrisi yang diterima.

3. Klasifikasi Tulang

Ada 206 tulang dalam tubuh manusia, Tulang dapat diklasifikasikan dalam lima kelompok berdasarkan bentuknya :

- a. Tulang Panjang ditemukan ditungkai. Tulang berlongasi dan berbentuk silindris, serta terdiri dari diafisis dan epifisis. Fungsi tulang ini untuk menahan berat tubuh dan berperan dalam pergerakan.
- b. Tulang pendek adalah tulang pergelangan tangan (karpal) dan tulang pergelangan kaki (tarsal). Tulang tersebut berstruktur kuboidal atau bujur, dan biasanya ditemukan berkelompok untuk memberikan kekuatan dan kekompakan pada area yang pergerakannya terbatas. Sebagian besar tulang pendek adalah tulang cancellus, yang dikelilingi lapisan tulang kompak.
- c. Tulang Pipih ada pada tulang tengkorak, iga dan tulang dada. Struktur tulang yang mirip lempeng ini memberikan suatu permukaan yang luas untuk perlekatan otot dan memberikan perlindungan. Dua lempeng tulang kompak (dikenal sebagai tabula luar dan tabula dalam pada kranium) membungkus lapisan berongga (diploe)
- d. Tulang iregular adalah tulang yang bentuknya tidak beraturan dan tidak termasuk kategori di atas; meliputi tulang vertebra dan tulang osikel tulang. Strukturnya sama dengan struktur tulang pendek yaitu tulang cancellus yang ditutupi lapisan tulang kompak yang tipis.
- e. Tulang sesamoid adalah tulang kecil bulat yang masuk ke formasi persendian atau bersambungan dengan kartilago, ligamen atau tulang

lainnya. Salah satu contohnya adalah patela (tempurung lutut), yang merupakan tulang sesamoid terbesar.

4. Mekanisme Gerakan Muskulo

Mekanisme Gerakan Otot Otot yang dapat menggerakkan rangka adalah otot yang melekat pada rangka. Garis- garis gelap dan terang pada otot rangka adalah miofibril yang merupakan sumber kekuatan otot dalam melakukan gerakan kontraksi, karena massa utamanya adalah serabut. Setiap miofibril tersusun atas satuan-satuan kontraktil yang disebut sarkomer. Garis gelap disebut zona Z sedangkan garis terang disebut zona H. Zona Z merupakan bagian tumpang tindih dua molekul protein filamen otot, yaitu aktin dan miosin. Protein otot yang tersusun atas aktin dan miosin disebut aktomiosin. Protein kompleks inilah yang merupakan komponen terbesar dari bahan penyusun otot. Pada saat serabut otot berkontraksi terjadilah perubahan panjang zona Z dan zona H. jika otot berkontraksi maksimum, ukuran otot dapat 20 % lebih pendek dari ukuran saat berelaksasi

C. Konsep Fraktur Tibia

1. Definisi

Fraktur adalah terputusnya kontinuitas dari struktur tulang, tulang rawan dan lempeng pertumbuhan yang disebabkan oleh trauma dan non trauma. Tidak hanya keretakan atau terpisahnya korteks, kejadian fraktur lebih sering mengakibatkan kerusakan yang komplis dan fragmen tulang terpisah. Tulang relatif rapuh, namun memiliki kekuatan dan kelenturan

untuk menahan tekanan. Fraktur dapat diakibatkan oleh cedera atau trauma langsung dan berupa trauma tidak langsung, stres yang berulang, kelemahan tulang yang abnormal atau disebut juga fraktur patologis. Fraktur tertutup adalah patah tulang yang tidak menyebabkan robeknya kulit (Riska, 2021)

Fraktur merupakan istilah hilangnya kontinuitas tulang, baik bersifat total maupun sebagian yang ditentukan berdasarkan jenis dan luasnya. Fraktur adalah patah tulang yang biasanya disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik. Kekuatan dari tenaga tersebut, keadaan tulang itu sendiri, dan jaringan lunak di sekitar tulang akan menentukan kondisi fraktur tersebut (Price, 2019).

Jadi berdasarkan pengertian di atas dapat disimpulkan fraktur tertutup adalah terputusnya kontinuitas jaringan tulang dan atau tulang rawan dan lempeng pertumbuhan tulang yang disebabkan oleh trauma langsung maupun tidak langsung, dan tidak menyebabkan robekan kulit. Fraktur bawah lutut yang sering terjadi adalah fraktur tibia dan fibula yang terjadi akibat pukulan langsung, jatuh dengan posisi kaki fleksi, atau gerakan memutar keras. Fraktur tibia dan fibula sering kali melibatkan kerusakan jaringan lunak berat karena jaringan subkutis daerah ini sangat tipis (Purnomo, 2018)

2. Anatomi fisiologi



Gambar 2.1 Anatomi Tibia
(Li *et al.*, 2021)

a. Anatomi Tibia Fibula

Tulang tibia merupakan tulang yang terletak pada tungkai bawah. Tulang tibia merupakan tulang terbesar kedua di tubuh yang terletak di bagian depan kaki. Tibia dikenal dengan sebutan tulang kering. Ukuran fibula ini lebih kecil dan lebih tipis dari tibia. Tibia dan fibula menghubungkan pergelangan kaki ke lutut. Permukaan artikular pada tulang tibia jauh lebih padat dan lebih halus dari artikular lainnya. Tulang tibia terdiri dari 3 bagian yakni proksimalis medialis, dan epifisis distalis. Epifisis proksimalis terdiri dari 2 bulatan yaitu condylus medialis dan condylus lateralis (Sastrawan *et al.*, 2017).

Otot yang terdapat pada tibia, yaitu ototsartorius terdapat di permukaan medial tibia, vastus lateralis, vastus medialis dan vastus

intermedius berfungsi untuk ekstensi lutut. Otot sebagai pembentuk tungkai yang menjadi otot anggota gerak bawah terdiri dari kelompok otot yakni otot pangkal paha, otot tungkai atas, otot tungkai bawah dan otot kaki. Otot tibialis posterior merupakan otot invertebrat yang kuat gunanya untuk membantu mengontrol selama berjalan (Arafah, 2019)

Tulang Fibula adalah tulang betis yang berada disebelah lateral tungkai bawah. Ujung atas berbentuk kepala dan bersendi dengan bagian belakang sebelah luar dari tibia tapi tidak ikut dalam formasi lutut. Ujung bawah memanjang menjadi malleolus lateralis. Seperti tibia, arteri yang memperdarahinya adalah arteri tibialis posterior. Dan otot-otot yang terdapat pada daerah betis adalah musculus gastrocnemius dan musculus soleus pada sisi posterior serta musculus peroneus dan tibialis anterior pada sisi anterior. Nervus peroneus dan tibialis juga mempersarafi daerah sekitar tulang fibula ini. Pada fibula bagian ujung bawah disebut malleolus lateralis. Disebelah bawah kira-kira 0,5cm disebelah bawah medialits, juga letaknya lebih posterior. Sisi-sisinya yang mendatar mempunyai permukaan anterior dan posterior yang sempit dan permukaan permukaan medialis dan lateralis yang lebih lebar (Leanni Muskananfolo, 2018).

Permukaan anterior menjadi tempat lekat dari ligamentum talofibularis anterior. Permukaan lateralis terletak subkutan dan berbentuk sebagai penonjolan lubang. Pinggir lateral alur tadi

merupakan tempat lekat retina kulum. Permukaan sendi yang berbentuk segitiga pada permukaan medialis bersendi dengan ostalus, persendian ini merupakan sebagian dari sendi pergelangan kaki. Fosa malleolaris terletak disebelah belakang permukaan sendi, mempunyai banyak foramina vaskularis dibagian atasnya. Pinggir inferior malleolus mempunyai aspek yang menjorok kebawah. Disebelah anterior dari aspek terdapat sebuah insissura yang merupakan tempat lekat dari ligamentum kalkaneo fibularis (Nugroho, 2020)

b. Fisiologis Tibia Fibula

Secara fisiologis tungkai bawah terdiri atas kaki dan pergelangan kaki yang berfungsi sebagai suatu unit yang terpadu serta bersama-sama memberikan dukungan stabil, proprioepsi, keseimbangan, dan mobilitas. Untuk mempertahankan fungsi tersebut, maka diperlukan kondisi tulang dan jaringan lunak (otot, lemak, tendon jaringan saraf, dan pembuluh darah) yang optimal. Tibia atau tulang kering merupakan kerangka utama dari tungkai bawah dan terletak medial dari fibula atau tulang betis. Pada kondisi klinik perawat sering menemukan adanya gangguan pada tungkai bawah akibat trauma, tumor, infeksi, dan kelainan kongenital, serta setelah mendapat intervensi medik (Mahartha et al., 2019) Fisiologi tulang adalah sebagai berikut :

- 1) Mendukung jaringan tubuh dan memberikan bentuk tubuh.
- 2) Melindungi organ tubuh (misalnya jantung, otak, dan paru-paru).

- 3) Memberikan pergerakan (otot yang berhubungan dengan kontraksi dan pergerakan).
- 4) Membentuk sel-sel darah merah didalam sumsum tulang belakang (hema topoiesis)
- 5) Menyimpan garam mineral, misalnya kalsium, fosfor.

Sedangkan menurut Fungsi Utama Tulang adalah :

- 1) Membentuk rangka tubuh
- 2) Sebagai pengumpul dan tempat melekat otot
- 3) Sebagai bagan dari dalam tubuh untuk melindungi dan mempertahankan alat-alat dalam (seperti otak, sumsum tulang belakang, jantung, dan paru-paru)
- 4) Sebagai tempat mengatur dan defosit kalsium, fosfat, magnesium, dan garam
- 5) Ruang di tengah tulang tertentu sebagai organ yang mempunyai fungsi tambahan lain, yaitu sebagai jaringan hemopoietik untuk memproduksi sel darah merah, sel darah putih dan trombosit.

3. Klasifikasi

- a. Berdasarkan tempat

Fraktur femur, humerus, tibia, clavicula, ulna, radius, cruris dan yang lainnya

- b. Berdasarkan komplit atau tidak klomplit fraktur:

- 1) Fraktur komplit (garis patah melalui seluruh penampang tulang atau melalui kedua korteks tulang).

- 2) Fraktur tidak komplit (bila garis patah tidak melalui seluruh garis penampang tulang).
- c. Berdasarkan bentuk dan jumlah garis patah :
- 1) Fraktur Komunitif: fraktur dimana garis patah lebih dari satu dan saling berhubungan.
 - 2) Fraktur Segmental: fraktur dimana garis patah lebih dari satu tapi tidak berhubungan.
 - 3) Fraktur Multiple: fraktur dimana garis patah lebih dari satu tapi tidak pada tulang yang sama.
- d. Berdasarkan posisi fragmen :
- 1) Fraktur Undisplaced (tidak bergeser): garis patah lengkap tetapi kedua fragmen tidak bergeser dan periosteum masih utuh.
 - 2) Fraktur Displaced (bergeser): terjadi pergeseran fragmen tulang yang juga disebut lokasi fragmen.
- e. Berdasarkan sifat fraktur (luka yang ditimbulkan).
- 1) Faktur Tertutup (*Closed*)

Bila tidak terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar, disebut juga fraktur bersih (karena kulit masih utuh) tanpa komplikasi. Pada fraktur tertutup ada klasifikasi tersendiri yang berdasarkan keadaan jaringan lunak sekitar trauma, yaitu:

- a) Tingkat 0: fraktur biasa dengan sedikit atau tanpa cedera jaringan lunak sekitarnya.

- b) Tingkat 1: fraktur dengan abrasi dangkal atau memar kulit dan jaringan subkutan.
- c) Tingkat 2: fraktur yang lebih berat dengan kontusio jaringan lunak bagian dalam dan pembengkakan.
- d) Tingkat 3: cedera berat dengan kerusakan jaringan lunak yang nyata dan ancaman sindroma kompartement.

2) Fraktur Terbuka (*Open/Compound*)

Bila terdapat hubungan antara hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar karena adanya perlukaan kulit.

- a) Grade I: dengan luka bersih kurang dari 1 cm panjangnya, kerusakan jaringan lunak minimal, biasanya tipe fraktur simple transverse dan fraktur obliq pendek.
- b) Grade II: luka lebih dari 1 cm panjangnya, tanpa kerusakan jaringan lunak yang ekstensif, fraktur komunitif sedang dan ada kontaminasi.
- c) Grade III: yang sangat terkontaminasi dan mengalami kerusakan jaringan lunak yang ekstensif, kerusakan meliputi otot, kulit dan struktur neurovascular.
- d) Grade III ini dibagi lagi kedalam: III A: fraktur grade III, tapi tidak membutuhkan kulit untuk penutup lukanya. III B: fraktur grade III, hilangnya jaringan

lunak, sehingga tampak jaringan tulang, dan membutuhkan kulit untuk penutup (skin graft). III C: fraktur grade III, dengan kerusakan arteri yang harus diperbaiki dan beresiko untuk dilakukannya amputasi.

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

1) Fraktur *Transversal*

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

2) Fraktur *Oblik*

Fraktur yang arah garis patahnya membentuk sudut terhadap sumbu tulang dan merupakan akibat trauma angulasi juga.

3) Fraktur *Spiral*

Fraktur yang arah garis patahnya berbentuk spiral yang disebabkan trauma rotasi.

4) Fraktur *Kompresi*

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

5) Fraktur *Avulsi*

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

g. Berdasarkan kedudukan tulangnya :

- 1) Tidak adanya dislokasi.
- 2) Adanya dislokasi
 - a) At axim: membentuk sudut.
 - b) At lotus: fragmen tulang berjauhan.
 - c) At longitudinal: berjauhan memanjang.
 - d) At lotus cum contractiosnum: berjauhan dan memendek.

h. Berdasarkan posisi fraktur

Sebatang tulang terbagi menjadi tiga bagian:

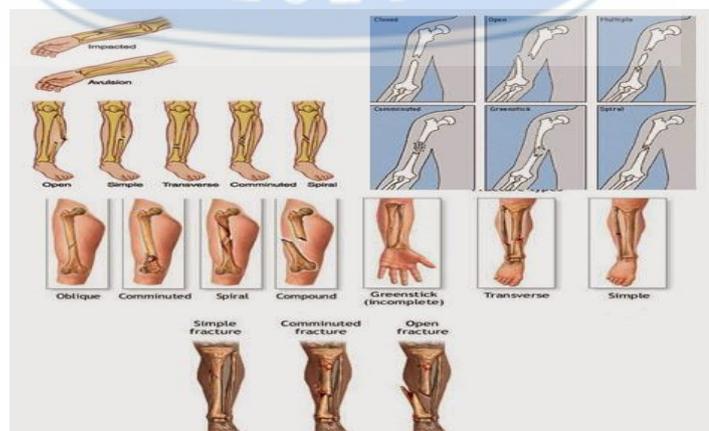
- 1) 1/3 proksimal
- 2) 1/3 medial
- 3) 1/3 distal

i. Fraktur Kelelahan

Fraktur akibat tekanan yang berulang-ulang.

j. Fraktur Patologis

Fraktur yang diakibatkan karena proses patologis tulang.



Gambar 2.2
Macam-macam fraktur

4. Etiologi

Etiologi dari fraktur menurut *Price* dan *Wilson* (2015) dalam Afni (2021) ada 3 yaitu:

a. Cidera atau benturan

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

b. Fraktur patologik

Fraktur patologik terjadi pada daerah-daerah tulang yang telah menjadi lemah oleh karena tumor, kanker dan osteoporosis.

c. Fraktur beban

Fraktur beban atau fraktur kelelahan terjadi pada orang-orang yang baru saja menambah tingkat aktivitas mereka, seperti baru di terima dalam angkatan bersenjata atau orang-orang yang baru mulai latihan lari.

5. Manifestasi klinis

Manifestasi klinis fraktur menurut *Smelzter & Bare* (2012) dalam Afni (2021) :

- a. Nyeri terus menerus dan bertambah beratnya sampai fragmen tulang di imobilisasi, spasme otot yang menyertai fraktur merupakan bentuk bidai alamiah yang dirancang untuk meminimalkan gerakan antar fragmen tulang.
- b. Setelah terjadi fraktur, bagian-bagian tak dapat digunakan dan cenderung bergerak secara tidak alamiah bukannya tetap rigid seperti normalnya, pergeseran fragmen pada fraktur menyebabkan deformitas, ekstermitas yang bias diketahui dengan membandingkan dengan ekstermitas yang normal. Ekstermitas tak dapat berfungsi dengan baik karena fungsi normal otot bergantung pada integritas tulang tempat melekatnya otot.
- c. Pada fraktur panjang terjadi pemendekan tulang yang sebenarnya karena kontraksi otot yang melekat di atas dan bawah tempat fraktur.
- d. Saat ekstermitas di periksa dengan tangan, teraba adanya derik tulang yang dinamakan krepitus yang teraba akibat gesekan antara fragmen satu dengan lainnya.
- e. Pembengkakan dan perubahan warna lokal pada kulit terjadi sebagai akibat trauma dan perdarahan yang mengikuti fraktur. Tanda ini biasanya baru terjadi setelah beberapa jam atau hari setelah cedera.

6. Patofisiologi

Fraktur biasanya disebabkan karena cedera, trauma, ruda paksa dimana penyebab utamanya adalah trauma langsung yang mengenai tulang seperti kecelakaan mobil, olah raga, jatuh, latihan berat. Keparahan dari fraktur bergantung pada gaya yang menyebabkan fraktur. Jika ambang fraktur suatu tulang hanya sedikit terlewati, maka tulang mungkin hanya retak saja bukan patah. Selain itu fraktur juga bisa akibat stress fatigue yaitu kecelakaan akibat tekanan berulang dan proses penyakit patologis. Perubahan fragmen tulang yang menyebabkan kerusakan pada jaringan dan pembuluh darah mengakibatkan pendarahan yang biasanya terjadi disekitar tempat patah dan kedalam jaringan lunak disekitar tulang tersebut, maka dapat terjadi penurunan volume darah dan jika COP menurun maka terjadilah perubahan perfusi jaringan (Mahartha *et al.*, 2019).

Selain itu perubahan perfusi perifer dapat terjadi akibat dari edema di sekitar tempat patahan sehingga pembuluh darah di sekitar mengalami penekanan dan berdampak pada penurunan perfusi jaringan ke perifer. Akibat terjadinya hematoma maka pembuluh darah vena akan mengalami pelebaran sehingga terjadi penumpukan cairan dan kehilangan leukosit yang berakibat terjadinya perpindahan, menimbulkan inflamasi atau peradangan yang menyebabkan pembengkakan di daerah fraktur yang menyebabkan terhambatnya dan berkurangnya aliran darah ke daerah distal yang berisiko mengalami disfungsi neuromuskuler perifer yang

ditandai dengan warna jaringan pucat, nadi lemah, sianosis, kesemutan di daerah distal. (Yuliano, 2019)

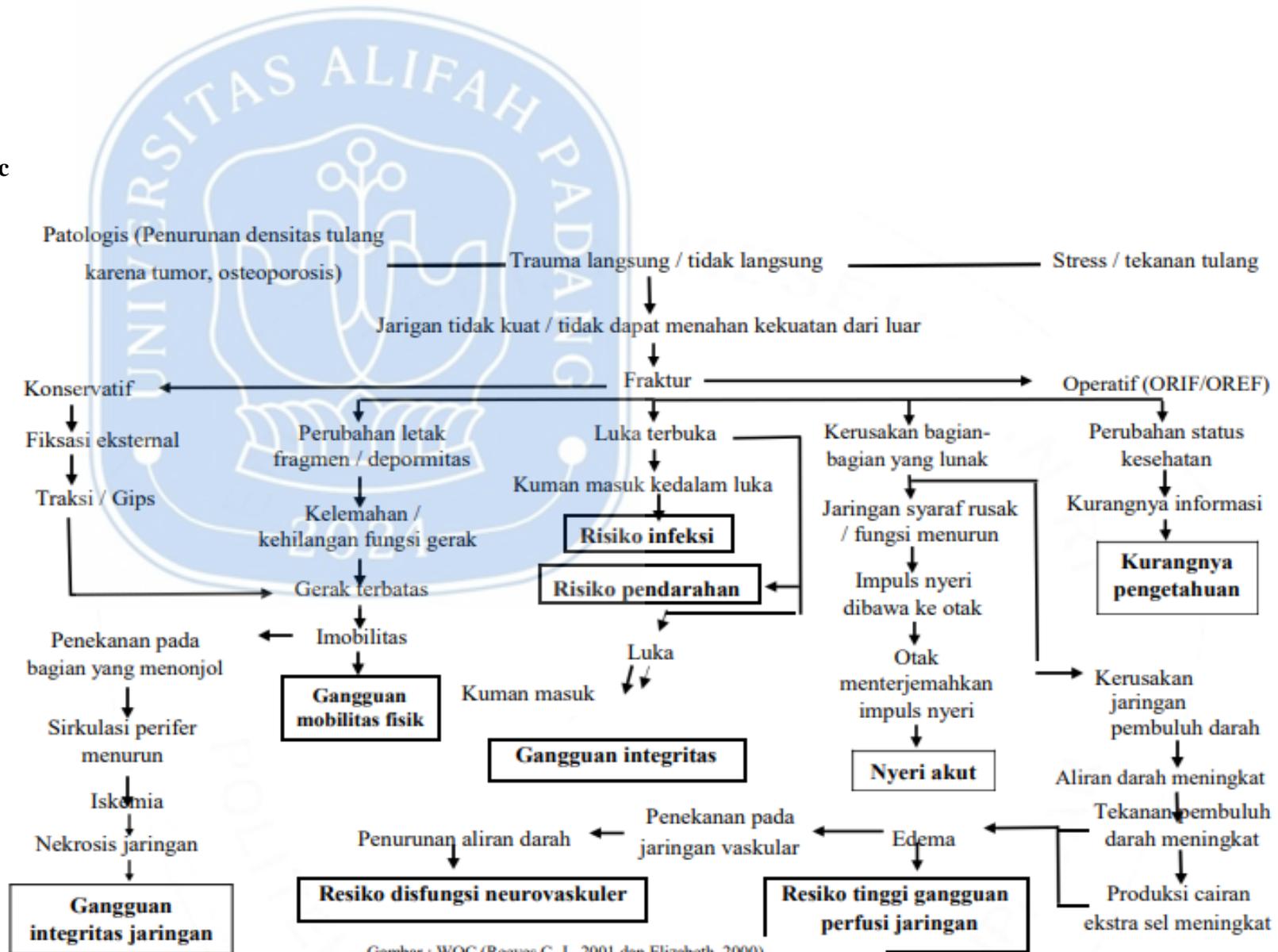
Nyeri pada fraktur juga dapat diakibatkan oleh fraktur terbuka atau tertutup yang mengenai serabut saraf sehingga menimbulkan gangguan rasa nyaman nyeri. Selain itu dapat mengenai tulang dan dapat terjadi neurovaskuler yang menimbulkan nyeri gerak sehingga mobilitas fisik terganggu. Kerusakan pembuluh darah kecil atau besar pada waktu terjadinya fraktur mengakibatkan terjadinya perdarahan hebat yang menyebabkan tekanan darah menjadi turun, begitu pula dengan suplay darah ke otak sehingga kesadaran pun menurun yang berakibat syok hipovolemik. Ketika terjadi fraktur terbuka yang mengenai jaringan lunak sehingga terdapat luka dan kuman akan mudah masuk sehingga kemungkinan dapat terjadi infeksi dengan terkontaminasinya dengan udara luar dan lama kelamaan akan berakibat delayed union dan mal union sedangkan yang tidak terinfeksi mengakibatkan non union. Selain itu, akibat dari kerusakan jaringan lunak akan menyebabkan terjadinya kerusakan integritas kulit (Wirawan *et al.*, 2017).

Sewaktu tulang patah, perdarahan biasanya terjadi di sekitar tempat patah dan kedalam jaringan lunak sekitar tulang tersebut. Jaringan lunak juga biasanya mengalami kerusakan. Reaksi peradangan biasanya timbul hebat setelah fraktur. Sel-sel darah putih dan sel mast berakumulasi sehingga menyebabkan peningkatan aliran darah ke tempat tersebut. Fagositosis dan pembersihan sisa-sisa sel mati dimulai. Ditempat

patahan terbentuk fibrin (hematoma fraktur) yang berfungsi sebagai jala-jala untuk melakukan aktivitas osteoblast terangsang dan terbentuk tulang baru imatur yang disebut callus. Bekuan fibrin direabsorpsi dan sel-sel tulang baru mengalami remodeling untuk membentuk tulang sejati (Yuliano, 2019).



Woc



7. Komplikasi

a. Komplikasi Awal

Komplikasi awal setelah fraktur adalah kejadian syok, yang berakibat fatal hanya dalam beberapa jam setelah kejadian, kemudian emboli lemak yang dapat terjadi dalam 48 jam, serta sindrom kompartmen yang berakibat kehilangan fungsi ekstremitas secara permanen jika terlambat ditangani (*Smelzter & Bare, 2012*).

b. Komplikasi Lambat

Komplikasi lambat dalam kasus fraktur adalah penyatuan tulang yang mengalami patah terlambat, bahkan tidak ada penyatuan. Hal ini terjadi jika penyembuhan tidak terjadi dalam dengan waktu normal untuk jenis dan fraktur tertentu. Penyatuan tulang yang terlambat atau lebih lama dari perkiraan berhubungan dengan adanya proses infeksi sistemik dan tarikan jauh pada fragmen tulang. Sedangkan tidak terjadinya penyatuan diakibatkan karena kegagalan penyatuan pada ujung-ujung tulang yang mengalami patahan (*Smelzter & Bare, 2012*).

8. Pemeriksaan penunjang

- a. Pemeriksaan foto radiologi dari fraktur: menentukan lokasi, luasnya
- b. Pemeriksaan jumlah darah lengkap
- c. Arteriografi: dilakukan bila kerusakan vaskuler dicurigai
- d. Kreatinin: trauma otot meningkatkan beban kreatinin untuk kliens ginjal

- e. Scan tulang: memperlihatkan fraktur lebih jelas, mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak.

9. Penatalaksanaan

Prinsip penatalaksanaan fraktur meliputi (Nurarif, 2015):

a. Reduksi

Reduksi fraktur berarti mengembalikan fragmen tulang pada keseajarannya dan rotasi anatomis. Reduksi tertutup, mengembalikan fragmen tulang ke posisinya (ujung-ujungnya saling berhubungan) dengan manipulasi dan traksi manual. Alat-alat yang digunakan biasanya traksi, bidai dan alat yang lainnya. Reduksi terbuka, dengan pendekatan bedah. Alat fiksasi interna dalam bentuk pen, kawat, sekrup plat dan paku.

b. Imobilisasi

Imobilisasi dapat dilakukan dengan metode eksterna dan interna. Mempertahankan dan mengembalikan fungsi status neurovaskuler selalu dipantau meliputi peredaran darah, nyeri, perabaan dan gerakan. Perkiraan waktu imobilisasi yang dibutuhkan untuk penyatuan tulang yang mengalami fraktur adalah sekitar 3 bulan

- c. Cara Pembedahan yaitu pemasangan *screw* dan *plate* atau dikenal dengan pen merupakan salah satu bentuk reduksi dan imobilisasi yang dikenal dengan *Open Reduction and Internal Fixation (ORIF)*.

D. Konsep Post Orif

1. Pengertian ORIF (*Open Reduction Internal Fixation*)

Pasien yang memiliki masalah di bagian muskuloskeletal memerlukan tindakan pembedahan yang bertujuan untuk memperbaiki fungsi dengan mengembalikan gerahan, stabilisasi, mengurangi nyeri, dan mencegah bertambah parahnya gangguan muskuloskeletal. Salah satu prosedur pembedahan yang sering dilakukan yaitu dengan fiksasi interna atau disebut juga dengan pembedahan ORIF (*Open Reduction Internal Fixation*).

Open Reduction Internal Fixation (ORIF) adalah suatu jenis operasi dengan pemasangan internal fiksasi yang dilakukan ketika fraktur tersebut tidak dapat direduksi secara cukup dengan close reduction, untuk mempertahankan posisi yang tepat pada fragmen fraktur (John, 2019).

Fungsi ORIF untuk mempertahankan posisi fragmen tulang agar tetap menyatu dan tidak mengalami pergerakan. Internal fiksasi ini berupa intra medullary nail, biasanya digunakan untuk fraktur tulang panjang dengan tipe fraktur transvers. *Open Reduction Internal Fixation* (ORIF) adalah sebuah prosedur bedah medis, yang tindakannya mengacu pada operasi terbuka untuk mengatur tulang, seperti yang diperlukan untuk beberapa patah tulang, fiksasi internal mengacu pada fiksasi sekrup dan piring untuk mengaktifkan atau memfasilitasi penyembuhan (Arnanto, 2020).

2. Tujuan ORIF (*Open Reduction Internal Fixation*)

Ada beberapa tujuan dilakukannya pembedahan Orif, antara lain:

- a. Memperbaiki fungsi dengan mengembalikan gerakan dan stabilitas
- b. Mengurangi nyeri.
- c. Klien dapat melakukan ADL dengan bantuan yang minimal dan dalam lingkup keterbatasan klien.
- d. Sirkulasi yang adekuat dipertahankan pada ekstremitas yang terkena
- e. Tidak ada kerusakan kulit

3. Indikasi dan Kontraindikasi ORIF (*Open Reduction Internal Fixation*)

Indikasi tindakan pembedahan ORIF:

- a. Fraktur yang tidak stabil dan jenis fraktur yang apabila ditangani dengan metode terapi lain, terbukti tidak memberi hasil yang memuaskan.
- b. Fraktur leher femoralis, fraktur lengan bawah distal, dan fraktur intraartikular disertai pergeseran.
- c. Fraktur avulsi mayor yang disertai oleh gangguan signifikan pada struktur otot tendon

Kontraindikasi tindakan pembedahan ORIF:

- a. Tulang osteoporotik terlalu rapuh menerima implan
- b. Jaringan lunak di atasnya berkualitas buruk
- c. Terdapat infeksi

- d. Adanya fraktur comminuted yang parah yang menghambat rekonstruksi.
- e. Pasien dengan penurunan kesadaran
- f. Pasien dengan fraktur yang parah dan belum ada penyatuan tulang
- g. Pasien yang mengalami kelemahan (malaise)

4. Keuntungan dan Kerugian ORIF (*Open Reduction Internal Fixation*)

Keuntungan dilakukan tindakan pembedahan ORIF:

- a. Mobilisasi dini tanpa fiksasi luar.
- b. Ketelitian reposisi fragmen-fragmen fraktur.
- c. Kesempatan untuk memeriksa pembuluh darah dan saraf di sekitarnya.
- d. Stabilitas fiksasi yang cukup memadai dapat dicapai
- e. Perawatan di RS yang relatif singkat pada kasus tanpa komplikasi.
- f. Potensi untuk mempertahankan fungsi sendi yang mendekati normal serta kekuatan otot selama perawatan fraktur.

Keuntungan dilakukan tindakan pembedahan ORIF:

- a. Setiap anastesi dan operasi mempunyai resiko komplikasi bahkan kematian akibat dari tindakan tersebut.
- b. Penanganan operatif memperbesar kemungkinan infeksi dibandingkan pemasangan gips atau traksi.
- c. Penggunaan stabilisasi logam interna memungkinkan kegagalan alat itu sendiri.

- d. Pembedahan itu sendiri merupakan trauma pada jaringan lunak, dan struktur yang sebelumnya tak mengalami cedera mungkin akan terpotong atau mengalami kerusakan selama tindakan operasi.

5. Perawatan Post Operasi ORIF (*Open Reduction Internal Fixation*)

Dilakukan untuk meningkatkan kembali fungsi dan kekuatan pada bagian yang sakit. Dapat dilakukan dengan cara:

- a. Mempertahankan reduksi dan imobilisasi.
- b. Meninggikan bagian yang sakit untuk meminimalkan pembengkakan.
- c. Mengontrol kecemasan dan nyeri (biasanya orang yang tingkat keemasannya tinggi, akan merespon nyeri dengan berlebihan)
- d. Latihan otot Pergerakan harus tetap dilakukan selama masa imobilisasi tulang, tujuannya agar otot tidak kaku dan terhindar dari pengecilan massa otot akibat latihan yang kurang.
- e. Memotivasi klien untuk melakukan aktivitas secara bertahap dan menyarankan keluarga untuk selalu memberikan dukungan kepada klien.

E. Konsep Nyeri

1. Definisi Nyeri

Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan tidak menyenangkan bersifat sangat subjektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala atau tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya (Uliyah, 2019).

International Society for the study of Pain mendefinisikan nyeri sebagai suatu pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan terkait dengan kerusakan jaringan aktual maupun potensial atau digambarkan sebagai kerusakan itu sendiri (Patricia, 2021). Nyeri juga dapat didefinisikan sebagai peristiwa yang tidak menyenangkan pada seseorang dan dapat menimbulkan penderitaan/sakit (Riyadi sujono, 2018)

2. Fisiologi Nyeri

Munculnya nyeri berkaitan erat dengan reseptor dan adanya rangsangan. Reseptor nyeri yang dimaksud adalah nociceptor, merupakan ujung-ujung saraf sangat bebas yang memiliki sedikit atau bahkan tidak memiliki myelinyang tersebar pada kulit dan mukosa, khususnya pada visera, persendian,dinding arteri,hati,dan kantung empedu. Reseptor nyeri dapat memberikan respon akibat adanya stimulasi atau rangsangan. Stimulasi tersebut dapat berupa zat kimiawi seperti histamin, bradikinin, prostaglandin, dan macam-macam asam yang dilepas apabila terdapat kerusakan pada jaringan akibat kekurangan oksigenasi (Uliyah, 2019).

Stimulasi yang lain dapat berupa termal,listrik, atau mekanis. Selanjutnya, stimulasi yang diterima oleh reseptor tersebut ditransmisikan berupa impuls nyeri ke sumsum tulang belakang oleh dua jenis serabut yang bermielin rapatatau serabut A (delta) dan serabut lamban (serabut C). Impuls-impuls yang ditransmisikan oleh serabut

delta A mempunyai sifat inhibitor yang ditransmisikan ke serabut C. Serabut-serabut aferen masuk ke spinal melalui akar dorsal (dorsal root) serta sinaps pada dorsal horn. Dorsal horn terdiri atas beberapa lapisan atau lamina yang saling bertautan. Diantara lapisan dua dan tiga terbentuk substantia gelatinosa yang merupakan saluran utama impuls. Kemudian, impuls nyeri menyebrangi sumsum tulang belakang pada interneuron dan bersambung ke jalur spinal asenden yang paling utama, yaitu jalur spinothalamic tract (STT) atau jalur spinotalamus dan spinoreticular tract (SRT) yang membawa informasi tentang sifat dan lokasi nyeri (Uliyah, 2019).

Dari proses transmisi terdapat dua jalur mekanisme terjadinya nyeri, yaitu jalur opiate dan jalur nonopiate. Jalur opiate ditandai oleh pertemuan reseptor pada otak yang terdiri atas jalur spinal desenden dari talamus yang melalui otak tengah dan medula ketanduk dorsal dari sumsum tulang belakang yang berkonduksi dengan nociceptor impuls supresif. Serotonin merupakan neurotransmitter dalam impuls supresif. Sistem supresif lebih mengaktifkan stimulasi nociceptor yang ditransmisikan oleh serabut A jalur non opiate merupakan jalur desenden yang tidak memberikan respon terhadap naloxone yang kurang banyak diketahui mekanismenya (Uliyah, 2019).

3. Klasifikasi Nyeri

Klasifikasi nyeri secara umum dibagi menjadi dua, yakni nyeri akut dan kronis. Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara

mendadak dan cepat menghilang, yang tidak melebihi enam bulan dan ditandai dengan adanya peningkatan tegangan otot. Nyeri kronis merupakan nyeri yang timbul secara perlahan-lahan, biasanya berlangsung dalam waktu cukup lama, yaitu lebih dari enam bulan. Hal yang termasuk dalam kategori nyeri kronis adalah nyeri terminal, sindrom nyeri kronis, dan nyeri psikosomatis. Ditinjau dari sifat terjadinya, nyeri dapat dibagi ke dalam beberapa kategori, diantaranya nyeri tertusuk dan nyeri terbakar.

Tabel 2.1
Perbedaan Nyeri Akut Dan Kronis

Karakteristik	Nyeri Akut	Nyeri Kronis
Pengalaman	Satu kejadian	Satu situasi, status eksistensi.
Sumber	Sebab eksternal atau penyakit dari dalam	Tidak diketahui atau pengobatan yang terlalu lama
Serangan	Mendadak	Bisa mendadak, berkembang, dan terselubung
Waktu	Sampai enam bulan	Lebih dari enam bulan sampai bertahun-tahun
Pernyataan nyeri	Daerah nyeri tidak diketahui dengan pasti	Daerah nyeri sulit dibedakan intensitasnya, sehingga sulit dievaluasi (perubahan perasaan).
Gejala-gejala klinis	Pola respons yang khas dengan gejala yang lebih jelas	pola respons yang bervariasi dengan sedikit gejala (adaptasi)

Pola	Terbatas	Berlangsung terus, dapat berpariasi
Perjalanan	Biasanya berkurang setelah beberapa saat	Penderitaan meningkat setelah beberapa saat.

Sumber : Putri (2018)

Selain klasifikasi nyeri diatas, terdapat jenis nyeri yang spesifik, diantaranya nyeri somatis, nyeri viseral, nyeri menjalar (referent pain), nyeri psikogenik, nyeri fantom dari ekstremitas, nyeri neurologis, dan lain- lain. Nyeri somatis dan nyeri viseral ini umumnya bersumber dari kulit dan jaringan di bawah kulit (superfisial) pada otot da tulang. Perbedaan antara kedua jenis nyeri ini dapat dilihat sebagai berikut.

Tabel 2.2
Perbedaan Nyeri Somatis Dan Viseral

Karakteristik	Nyeri somatis	Nyeri somatis	Nyeri Viseral
	Superfisial	Dalam	
Kualitas	Tajam, menusuk, membakar	Tajam, tumpul, nyeri terus	Tajam Tumpul, nyeri terus, kejang.
Menjalar	Tidak	Tidak	Ya
Stimulasi	Torehan, abrasi terlalu panas dan dingin	Iskemia Torehan, panas	Distensi iskemia, spasmus, iritasi kimiawi
Reaksi otonom	Tidak	Ya	Ya
Refleks Kontraksi otot	Tidak	Ya	Ya

Sumber : Uliyah (2019).

Nyeri menjalar adalah nyeri yang terasa pada bagian tubuh yang lain, umumnya terjadi akibat kerusakan pada cedera organ viseral. Nyeri

Psikogenetik adalah nyeri yang tidak diketahui secara fisik yang timbul akibat psikologis. Nyeri fantom adalah nyeri yang disebabkan karena salah satu ekstremitas diamputasi. Nyeri neurologis adalah bentuk nyeri yang tajam karena adanya spasme disepanjang atau di beberapa jalur saraf.

4. Stimulus Nyeri

Seseorang dapat menoleransi, menahan nyeri (*pain tolerance*), atau dapat mengenali jumlah stimulasi nyeri sebelum merasakan nyeri (*pain threshold*). Terdapat beberapa jenis stimulus nyeri, diantaranya sebagai berikut:

- a. Trauma pada jaringan tubuh, misalnya karena bedah akibat terjadinya kerusakan jaringan dan iritasi secara langsung pada reseptor
- b. Gangguan pada jaringan tubuh, misalnya karena edema akibat terjadinya penekanan pada reseptor nyeri.
- c. Tumor, dapat juga menekan pada reseptor nyeri
- d. Iskemia pada jaringan, misalnya terjadi blokade pada arteri koronaria yang menstimulasi reseptor nyeri akibat tertumpuknya asam laktat.
- e. Spasme otot, dapat menstimulasi mekanik.

5. Faktor- faktor yang mempengaruhi nyeri

Pengalaman nyeri pada seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya sebagai berikut:

- a. Arti nyeri : Nyeri bagi seseorang memiliki banyak perbedaan dan hampir sebagian arti nyeri yang negatif, seperti membahayakan, merusak, dan lain-lain. keadaan ini dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti usia, jenis kelamin, latar belakang sosial budaya, lingkungan, dan pengalaman
- b. Persepsi Nyeri : merupakan penilaian yang sangat subjektif tepatnya pada korteks (pada fungsi evaluatif kognitif). Persepsi ini dipengaruhi oleh faktor yang dapat memicu stimulasi nociceptor
- c. Toleransi Nyeri: Berhubungan erat dengan intensitas nyeri yang dapat mempengaruhi kemampuan seseorang menahan nyeri, faktor yang mempengaruhi peningkatan toleransi nyeri antara lain alkohol, obat-obatan, hipnotis, gesekan atau gerakan
- d. Reaksi terhadap nyeri: Reaksi terhadap nyeri merupakan bentuk respon seseorang terhadap nyeri, seperti ketakutan, gelisah, cemas, menangis, dan menjerit semua ini merupakan bentuk respon nyeri yang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, seperti arti nyeri tingkat persepsi nyeri, pengalaman masa lalu, budaya, harapan sosial, kesehatan fisik dan mental, cemas, usia, umur dan lain-lain.

6. Skala Nyeri

- a. Skala Nyeri Angka

Skala penilaian numerik (*Numerical Rating Scale*, NRS) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsian kata

Maryunani (2014) dalam Soesanto (2020). Dalam hal ini pasien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10:



Gambar 2.3
Numerical Rating Scale

Keterangan:

- 0 : Tidak nyeri
- 1-3 : Nyeri ringan (Secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik)
- 4-6 : Nyeri sedang (Secara obyektif pasien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik).
- 7-9 : Nyeri berat (Secara obyektif klien terkadang 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.

b. Skala Nyeri FACES

Skala nyeri ini tergolong mudah untuk dilakukan karena hanya dengan melihat ekspresi wajah pasien pada saat bertatap muka tanpa kita menanyakan keluhannya. Skala Nyeri ini adalah skala kesakitan yang dikembangkan oleh Donna Wong dan Connie Baker. Skala ini menunjukkan serangkaian wajah mulai dari wajah gembira pada 0, “Tidak ada sakit hati” sampai wajah menangis di skala 10 yang menggambarkan “Sakit terburuk”. Pasien harus memilih wajah yang paling menggambarkan bagaimana perasaan mereka.

Penilaian skala nyeri ini dianjurkan untuk usia 3 tahun ke atas. Tidak semua klien dapat memahami atau menghubungkan skala intensitas nyeri dalam bentuk angka. Klien ini mencakup anak-anak yang tidak mampu mengkomunikasikan ketidaknyamanan secara verbal, klien lansia dengan gangguan kognisi atau komunikasi, dan orang yang tidak bisa berbahasa inggris, sehingga untuk klien jenis ini menggunakan skala peringkat Wong Baker FACES *Pain Rating Scale*. Skala wajah mencantumkan skala angka dalam setiap ekspresi nyeri sehingga intensitas nyeri dapat di dokumentasikan oleh perawat (Yudiyanta, 2020).



Gambar 2.4
Skala Nyeri FACES

c. Skala Nyeri Perilaku FLACC

Digunakan pada anak usia 4 tahun atau di bawahnya, pada pasien usia lanjut, gangguan kognitif, pada pasien yang tidak bisa berbicara di mana tidak bisa menggunakan jenis skala nyeri yang lain. Lakukan pengkajian pada masing-masing kategori dan jumlahkan skor pada lima kategori untuk mendapatkan skor keseluruhan.

Tabel 2.3
Skala Nyeri Perilaku FLACC

No	Kategori	0	1	2
1	Wajah	Tidak ada ekspresi khusus atau senyuman	Wajah meringis, dahi berkerut	Dahi berkerut, memegang dagu
2	Kaki aktivitas	Posisi normal atau santai berbaring dengan tenang	Gelisah, dan mudah marah banyak gerakan karena gelisah	Menendang, tubuh tegang
3	Menangis	Tidak menangis (saat tidur maupun bangun)	Mengeluh mengerang	Menagis, menjerit atau ditenangkan
4	Kemampuan dihibur	Santai	Sentuhan mengobrol dan mengalihkan perhatian.	Sulit untuk dihibur atau ditenangkan

Sumber: Wati & Dewi (2023)

F. Konsep Teknik *Guided Imagery*

1. Definisi Teknik Relaksasi

Teknik Relaksasi Relaksasi adalah suatu teknik yang dapat membuat pikiran dan tubuh menjadi rileks melalui sebuah proses yang secara progresif akan melepaskan ketegangan otot di setiap tubuh (Potter & Perry, 2010).

Teknik relaksasi berguna dalam berbagai situasi, misalnya nyeri, cemas, kurangnya kebutuhan tidur, stres, serta emosi yang ditunjukkan. Relaksasi memelihara reaksi tubuh terhadap respon fight or flight, penurunan respirasi, nadi, dan jumlah metabolik, tekanan darah dan energi yang digunakan (Potter & Perry, 2010).

Efek Relaksasi Adapun efek relaksasi menurut Potter & Perry (2010), relaksasi memiliki beberapa manfaat, yaitu: menurunkan nadi, tekanan darah, dan pernapasan; penurunan konsumsi oksigen; penurunan ketegangan otot; penurunan kecepatan metabolisme, peningkatan kesadaran; kurang perhatian terhadap stimulus lingkungan; tidak ada perubahan posisi yang volunteer; perasaan damai dan sejahtera; periode kewaspadaan yang santai, terjaga, dan dalam.

2. Definisi *Guided Imagery*

Guided imagery atau imajinasi terbimbing adalah proses yang menggunakan kekuatan pikiran dengan menggerakkan tubuh untuk menyembuhkan diri dan memelihara kesehatan atau rileks melalui komunikasi dalam tubuh melibatkan semua indra meliputi sentuhan,

penciuman, penglihatan, dan pendengaran (Hart, 2020). *Guided imagery* adalah metode relaksasi untuk mengkhayalkan tempat dan kejadian berhubungan dengan rasa relaksasi yang menyenangkan. Khayalan tersebut memungkinkan pasien memasuki keadaan atau pengalaman relaksasi. *Guided imagery* menggunakan imajinasi seseorang dalam suatu yang dirancang secara khusus untuk mencapai efek positif tertentu (Mandagi, 2020)

Imajinasi bersifat individu dimana individu menciptakan gambaran mental dirinya sendiri, atau bersifat terbimbing. Banyak teknik imajinasi melibatkan imajinasi visual tapi teknik ini juga menggunakan indera pendengaran, pengecap dan penciuman. Penggunaan *guided imagery* tidak dapat memusatkan perhatian pada banyak hal dalam satu waktu oleh karena itu pasien harus membayangkan satu imajinasi yang sangat kuat dan menyenangkan (Brannon & Feist, 2020).

3. Tujuan

Tujuan dari *guided imagery* yaitu menimbulkan respon psikofisiologis yang kuat seperti perubahan dalam fungsi imun (Amir & Rantesigi, 2021). *Guided imagery* dapat membangkitkan perubahan neurohormonal dalam tubuh yang menyerupai perubahan yang terjadi ketika sebuah peristiwa yang sebenarnya terjadi (Hart, 2018). Hal ini bertujuan untuk membangkitkan keadaan relaksasi psikologis dan

fisiologis untuk meningkatkan perubahan yang menyembuhkan ke seluruh tubuh (Jacobson, 2021)

Dossey *et al.*, (2021) menjelaskan aplikasi klinis *guided imagery* yaitu sebagai penghancur sel kanker, untuk mengontrol dan mengurangi rasa nyeri, serta untuk mencapai ketenangan dan ketentraman. *Guided imagery* juga membantu dalam pengobatan; seperti asma, hipertensi, gangguan fungsi kandung kemih, sindrom pre menstruasi, dan menstruasi. Menurut Smeltzer dan Bare (2019), manfaat dari *guided imagery* yaitu sebagai intervensi perilaku untuk mengatasi kecemasan, stres dan nyeri. Selain itu *guided imagery* juga digunakan untuk mereduksi nyeri luka bakar, sakit kepala migrain dan nyeri pasca operasi (Brannon & Feist, 2020).

4. Mekanisme *Guide Imagery* dalam Menurunkan Nyeri

Menurut Hart (2020) jika imajinasi menakutkan atau pikiran negatif akan meningkatkan rasa sakit dan gejala lain yang akan dirasakan, maka imajinasi positif atau menenangkan akan mampu mengurangi gejala sakit. Mekanisme atau cara kerja *guided imagery* belum diketahui secara pasti tetapi teori menyatakan bahwa relaksasi dan imajinasi positif melemahkan psikoneuroimmunologi yang mempengaruhi respon stres. Respon stress dipicu ketika situasi atau peristiwa (nyata atau tidak) mengancam fisik atau kesejahteraan emosional atau tuntutan dari sebuah situasi melebihi kemampuan seseorang, sehingga dengan imajinasi diharapkan dapat merubah

situasi stres dari respon negatif yaitu ketakutan dan kecemasan menjadi gambaran positif yaitu penyembuhan dan kesejahteraan (Snyder, 2019).

Mekanisme imajinasi positif dapat mengurangi psikoneuroimmunologi yang mempengaruhi respon stress, hal ini berkaitan dengan teori *gate control* yang menyebutkan bahwa hanya satu impuls yang dapat berjalan sampai sumsum tulang belakang ke otak pada satu waktu dan jika ini teratasi dengan pikiran nyeri yang ada, maka sensasi rasa nyeri tidak dapat dikirim ke otak, oleh karena itu rasa nyeri berkurang atau teratasi (Snyder, 2019). Teori gerbang kontrol adalah sistem pengaturan diri terhadap manajemen nyeri. Transmisi noisepor dapat diregulasi oleh neuron yang tidak terlibat secara langsung dalam jalur transmisi nyeri aferen. Aferen non iseptif menghilangkan sensitivitas pada neuron kornudorsalis yang terlibat dalam nosisepsi. Sinyal nyeri naik ke delta- A dan saraf C sebagai respon cedera atau peradangan. Selanjutnya penurunan impuls saraf dilakukan di otak dengan menutup gerbang menghentikan transmisi nyeri

Guide imagery akan mempengaruhi sistem saraf autonom. Saat imajinasi diterima sebagai rangsangan oleh semua indra, dan diteruskan ke batang otak menuju sensor thalamus yang ditransmisikan ke amigdala, hipotalamus dan korteks serebri. Di korteks serebri rangsangan imajinasi dianalisis menjadi suatu yang nyata. Ketika tubuh mendapatkan kondisi rileks, perasaan rileks akan diteruskan ke

hipotalamus untuk menghasilkan *corticotropin releasing factor* (CRF). Selanjtnya CRF merangsang kelenjer pituitari untuk meningkatkan produksi *proopiomelanocortin* (POMC) yang menyebabkan meningkatnya produksi *enkhepalin* oleh medulla adrenal serta *endorphin nenurotransmitter* yang dipercaya mempengaruhi suasana hati menjadi rileks. Menurut Hart (2020) *Guide imagery* dapat melepaskan hormon endorphan yang akan melemahkan respon rasa nyeri dan dapat mengurangi rasa sakit atau meningkatkan ambang nyeri.

G. Asuhan Keperawatan Teoritis

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan landasan dalam proses keperawatan, untuk itu diperlukan kecermatan dan ketelitian tentang masalah-masalah klien sehingga dapat memberikan arah terhadap tindakan keperawatan. Keberhasilan proses keperawatan sangat bergantung pada tahap ini. Tahap ini terbagi atas:

a. Identitas Klien

Meliputi nama, jenis kelamin, umur, alamat, agama, bahasa yang dipakai, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, asuransi, golongan darah, no. register, tanggal MRS, diagnosa medis.

b. 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 klien digunakan:

- 1) *Provoking Incident*: apakah ada peristiwa yang menjadi yang menjadi faktor presipitasi nyeri.
- 2) *Quality of Pain*: seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan klien. Apakah seperti terbakar, berdenyut, atau menusuk.
- 3) *Region: radiation, relief*: apakah rasa sakit bisa reda, apakah rasa sakit menjalar atau menyebar, dan dimana rasa sakit terjadi.
- 4) *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.
- 5) *Time*: berapa lama nyeri berlangsung, kapan, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari.

c. Riwayat Kesehatan

- 1) Riwayat kesehatan sekarang

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

2) Riwayat kesehatan dahulu

Pada pengkajian ini ditemukan kemungkinan penyebab fraktur dan memberi petunjuk berapa lama tulang tersebut akan menyambung. Penyakit-penyakit tertentu seperti kanker tulang dan penyakit paget's yang menyebabkan fraktur patologis yang sering sulit untuk menyambung. Selain itu, penyakit diabetes dengan luka di kaki sangat beresiko terjadinya osteomyelitis akut maupun kronik dan juga diabetes menghambat proses penyembuhan tulang

3) Riwayat kesehatan keluarga

Penyakit keluarga yang berhubungan dengan penyakit tulang merupakan salah satu faktor predisposisi terjadinya fraktur, seperti diabetes, osteoporosis yang sering terjadi pada beberapa keturunan, dan kanker tulang yang cenderung diturunkan secara genetik.

d. Pemeriksaan Fisik

- a) Keadaan Umum : Sedang
- b) Kesadaran : Apatis, sopor, koma, gelisah,
komposmentis tergantung pada
keadaan klien.

c) Pemeriksaan TTV :

TD : Meningkat (N: 120/80 mmHg)

N : Meningkat (N: 60-100x/i)

S : Meningkat (N: 36,5-37,5 ° C)

R : Meningkat (N: 16-24x/i)

d) Kepala

Inspeksi :Biasanya kepala bersih, biasanya tidak ada luka, trauma dan jejas di kepala

Palpasi :Biasanya tidak ada oedema di kepala, biasanya tidak ada nyeri tekan

e) Mata

Inspeksi :Biasanya tidak ada lesi dan tidak ada secret, biasanya konjungtiva tidak anemis, biasanya sclera tidak ikhterik kiri kanan

Palpasi : Biasanya tidak ada nyeri tekan di palpebra dan disekitar mata

f) Hidung

Inspeksi : Biasanya tidak terdapat serumen

Palpasi : Biasanya tidak ada edema

g) Telinga

Inspeksi : Biasanya tidak terdapat serumen

Palpasi : Biasanya tidak ada nyeri tekan

h) Mulut

Inspeksi : Biasanya mukosa bibir kering, lidah bersih

Palpasi : Biasanya ada caries di gigi klien

i) Leher

Inspeksi : Biasanya tidak ada penonjolan di kelenjar tiroid/limfe

Palpasi : Biasanya tidak ada nyeri tekan biasanya tidak teraba penonjolan pada kelenjar tiroid/limfe

j) Thorax

Inspeksi : Simetris kiri dan kanan

Palpasi : vocal fremitus teraba sama kiri dan kanan

Perkusi : sonor

Auskultasi: vesikuler, tidak ada suara napas tambahan

k) Jantung

Inspeksi : Biasanya ictus cordis tidak terlihat di RIC midclavicula

Palpasi : Biasanya detak jantung di ictus cordis tidak teraba pada RIC midclavicula

Perkusi : Biasanya tidak terdapat bunyi pekak

Auskultasi : Biasanya tidak terdapat bunyi jantung tambahan dan irama jantung normal

l) Abdomen

Inspeksi : Biasanya asites (-), distensi (-)

Palpasi : Biasanya ada nyeri tekan

Perkusi : Biasanya tympani

Auskultasi: Biasanya bising usus normal

m) Ekstremitas Atas dan Bawah

Inspeksi : Biasanya terdapat edema, memerah, terdapat jaringan parut, deformitas

Palpasi :Biasanya ekstremitas klien teraba hangat dan berkeringat banyak. Biasanya terdapat nyeri di ekstremitas bawah yaitu femur

Motorik : Biasanya klien tidak memiliki respon motorik yang baik

Sensorik : Biasanya dapat membedakan sentuhan dan nyeri

n) Kulit

Inspeksi : Biasanya turgor kulit klien terlihat jelek, terdapat lesi

Palpasi : Biasanya akral teraba hangat

e. **Riwayat Psikososial**

Merupakan respons emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya dan peran klien dalam keluarga dan masyarakat serta respon atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-harinya baik dalam keluarga ataupun dalam masyarakat.

f. **Pola-Pola Fungsi Kesehatan**

1) Pola Persepsi dan Tata Laksana Hidup Sehat

Pada kasus fraktur akan timbul ketidakutan akan terjadinya kecacatan pada dirinya dan harus menjalani penatalaksanaan kesehatan untuk membantu penyembuhan tulangnya. Selain itu, pengkajian juga meliputi kebiasaan hidup klien seperti penggunaan obat steroid yang dapat mengganggu metabolisme kalsium, pengkonsumsian alkohol yang bisa

mengganggu keseimbangannya dan apakah klien melakukan olahraga atau tidak.

2) Pola Nutrisi dan Metabolisme

Pada klien fraktur harus mengonsumsi 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 mobilitas klien.

3) Pola Eliminasi

Untuk kasus fraktur humerus tidak ada gangguan pada pola eliminasi, tapi walaupun begitu perlu juga dikaji frekuensi, konsistensi, warna serta bau feces pada pola eliminasi alvi. Sedangkan pada pola eliminasi uri dikaji frekuensi, kepekatannya, warna, bau, dan jumlah. Pada kedua pola ini juga dikaji ada kesulitan atau tidak

4) 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 dilaksanakan pada lamanya tidur, suasana lingkungan, kebiasaan tidur, dan kesulitan tidur serta penggunaan obat tidur.

5) Pola Aktivitas

Karena timbulnya nyeri, keterbatasan gerak, maka semua bentuk kegiatan klien menjadi berkurang dan kebutuhan klien perlu banyak dibantu oleh orang lain. Hal lain yang perlu dikaji adalah bentuk aktivitas klien terutama pekerjaan klien. Karena ada beberapa bentuk pekerjaan beresiko untuk terjadinya fraktur dibanding pekerjaan yang lain Pola Hubungan dan Peran Klien akan kehilangan peran dalam keluarga dan dalam masyarakat. Karena klien harus menjalani rawat inap .

6) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Dampak yang timbul pada klien fraktur yaitu timbul ketidakutan akan kecacatan akibat frakturnya, rasa cemas, rasa ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas secara optimal, dan pandangan terhadap dirinya yang salah (gangguan *body image*).

7) Pola Sensori dan Kognitif

Pada klien fraktur daya rabanya berkurang terutama pada bagian distal fraktur, sedang pada indera yang lain tidak timbul gangguan. begitu juga pada kognitifnya tidak mengalami gangguan. Selain itu juga, timbul rasa nyeri akibat fraktur.

8) Pola Reproduksi Seksual

Dampak pada klien fraktur yaitu, klien tidak bisa melakukan hubungan seksual karena harus menjalani rawat inap dan keterbatasan gerak serta rasa nyeri yang dialami klien. Selain itu juga, perlu dikaji status perkawinannya termasuk jumlah anak, lama perkawinannya.

9) Pola Penanggulangan Stress

Pada klien fraktur timbul rasa cemas tentang keadaan dirinya, yaitu ketidakutan timbul kecacatan pada diri dan fungsi tubuhnya. Mekanisme koping yang ditempuh klien bisa tidak efektif.

10) Pola Tata Nilai dan Keyakinan

Untuk klien fraktur tidak dapat melaksanakan kebutuhan beribadah dengan baik terutama frekuensi dan konsentrasi. Hal ini bisa disebabkan karena nyeri dan keterbatasan gerak klien.

2. Diagnosa Keperawatan Yang Mungkin Muncul.

- a. Gangguan mobilitas fisik b.d kerusakan rangka neuromuscular, nyeri, terapi restriktif (imobilisasi)
- b. Kerusakan integritas kulit b.d fraktur terbuka, pemasangan traksi (pen, kawat, sekrup)
- c. Nyeri akut b.d agen injuri fisik, spasme otot, gerakan frakmen tulang, edema, cedera jaringan lunak, pemasangan traksi

3. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan dapat diartikan sebagai suatu dokumen tulisan tangan dalam menyelesaikan masalah, tujuan, dan intervensi keperawatan. Rencana keperawatan meliputi pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, atau mengoreksi masalah-masalah yang telah diidentifikasi pada diagnosis keperawatan. Intervensi yang mungkin muncul berkaitan dengan pemenuhan kenyamanan bebas dari rasa nyaman nyeri

Tabel 2.4
Intervensi Keperawatan

NO	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SDKI
1	Gangguan Mobilitas Fisik	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat, kriteria hasil : a. Pergerakan ekstremitas meningkat b. Kekuatan otot meningkat c. Nyeri menurun d. Kaku sendiri menurun e. Gerakan terbatas menurun f. Kelemahan fisik	Dukungan Mobilitas Observasi - Identifikasi adanya atau keluhan fisik lainnya - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik - Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu - Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam

		menurun	meningkatkan pergerakan Edukasi - Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi - Anjurkan melakukan mobilisasi dini - Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur)
2	Keruskan Integritas Jaringan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan keadaan kulit/luka membaik, kriteria hasil : Tingkat Nyeri a. Elastisitas meningkat b. Hidrasi meningkat c. Kerusakan lapisan kelut menurun d. Perdarahan menurun e. Nyeri menurun f. Hematoma menurun	Perawatan Integritas Kulit Observasi - Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, peneurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas) Terapeutik - Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring - Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu - Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare - Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak

		<p>pada kulit kering</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif - Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan menggunakan pelembab (mis. Lotin, serum) - Anjurkan minum air yang cukup - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi - Anjurkan meningkat asupan buah dan sayur - Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrime - Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah <p>Perawatan Luka</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor karakteristik luka (mis: drainase,warna,ukuran,bau - Monitor tanda –tanda inveksi <p>Terapiutik</p>
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none">- Lepaskan balutan dan plester secara perlahan- Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu- Bersihkan dengan cairan NACL atau pembersih non toksik,sesuai kebutuhan- Bersihkan jaringan nekrotik- Berika salep yang sesuai di kulit /lesi, jika perlu- Pasang balutan sesuai jenis luka- Pertahan kan teknik seteril saat perawatan luka- Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase- Jadwalkan perubahan posisi setiap dua jam atau sesuai kondisi pasien- Berika diet dengan kalori 30-35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25-1,5 g/kgBB/hari- Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis vitamin A, vitamin C, Zinc, Asam amino),sesuai indikasi- Berikan terapi TENS(Stimulasi syaraf transkutaneous), jika perlu
--	--	--

			<p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tandan dan gejala infeksi - Anjurkan mengonsumsi makan tinggi kalium dan protein - Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi prosedur debridement (mis: enzimatis biologis mekanis, autolitik), jika perlu - Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu
3	Nyeri akut berhubungan dengan	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam. Maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 	<p>Manajemen Nyeri</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri - Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon

		<p>nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup - Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan - Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) - Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) - Fasilitasi istirahat dan tidur - Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan
--	--	--

			<p>nyeri</p> <ul style="list-style-type: none">- Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri- Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat- Ajarkan teknik nonfarmakologis (Guided Imagery) untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none">- Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu <p>Pemberian Analgetik</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none">- Identifikasi karakteristik nyeri (mis. Pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi)- Identifikasi riwayat alergi obat- Identifikasi kesesuaian jenis analgesik (mis. Narkotika, non-narkotika, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri- Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik- Monitor efektifitas analgesik
--	--	--	--

		<p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesia optimal, jika perlu - Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum - Tetapkan target efektifitas analgesic untuk mengoptimalkan respon pasien - Dokumentasikan respon terhadap efek analgesic dan efek yang tidak diinginkan - Edukasi - Jelaskan efek terapi dan efek samping obat <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, sesuai indikasi
--	--	---

4. Implementasi

Pelaksanaan atau implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik dalam buku Nursalam (2008). Implementasi dapat dilakukan seluruhnya oleh perawat, ibu sendiri,

keluarga atau tenaga kesehatan yang lain (Saleha, 2019). Menurut asmadi (2018), implementasi tindakan keperawatan dibedakan menjadi 3 kategori :

- a. Independent, yaitu suatu kegiatan yang memerlukan kerja sama tanpa petunjuk dari dokter atau tenaga kesehatan lainnya.
- b. Interdependent, yaitu suatu kegiatan yang memerlukan kerja sama dari tenaga kesehatan lainnya.
- c. Dependent, berhubungan dengan pelaksanaan rencana tindakan medis/instruksi dari tenaga medis.

5. Evaluasi

Evaluasi dapat dilakukan pada waktu kegiatan sedang dilakukan, intermitten dan terminal. Evaluasi yang dilakukan pada saat kegiatan berjalan atau segera setelah implementasi meningkatkan kemampuan perawat dan memodifikasi intervensi. Evaluasi intermitten dilakukan dilakukan pada interval khusus misalnya seminggu sekali, dilakukan untuk mengetahui kemajuan terhadap pencapaian tujuan dan meningkatkan kemampuan perawat untuk memperbaiki setiap kekurangan dan memodifikasi rencana keperawatan agar sesuai dengan kebutuhan. Evaluasi terminal, menunjukkan keadaan pasien pada waktu pulang. Hal tersebut mencakup status pencapaian tujuan dan evaluasi terhadap kemampuan klien untuk perawatan diri sendiri sehubungan dengan perawatan lanjutan (Wilkins & Williams, 2015).

Perumusan evaluasi formatif meliputi 4 komponen yang dikenal istilah SOAP, yaitu :

S : Subjektif (data berupa keluhan informan)

O : Objektif (data hasil pemeriksaan)

A : Analisis data (pembanding data dengan teori)

P : Perencanaan Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan pasienn dalam mencapai tujuan.

H. *Evidance Based Nursing* (EBN)

Tabel 2.5
Intervensi Keperawatan

No	Author	Judul	Hasil Penelitian
1	Adi Tiyonggo, Senja Atika Sari HS, Anik Inayati (2024)	Penerapan <i>Guided Imagery</i> Terhadap Skala Nyeri Pada Pasien Post Op Fraktur Diruang Bedah Di Rsud Jend. Ahmad Yani Metro	<p>Metode Penelitian</p> <p>Karya tulis ilmiah ini menggunakan desain study kasus. Sehubungan dengan hal tersebut, karya tulis ilmiah ini dimaksudkan untuk mengetahui pentingnya penerapan teknik <i>guided imagery</i> terhadap penurunan nyeri pada pasien post op fraktur yang meliputi tentang penyusunan rencana, metode pelaksanaan penerapan teknik <i>guided imagery</i> serta evaluasi sebelum dan setelah penerapanteknik <i>guided imagery</i> terhadap penurunan skala nyeri pada pasien post operasi fraktur di RSUD Jend. Ahmad Yani Metro.</p> <p>Hasil Penelitian</p> <p>Skala nyeri pasien I (Tn. S) sebelum penerapan <i>guided imagery</i> (6-8 jam setelah</p>

			<p>operasi) yaitu skala nyeri 10 (skala nyeri hebat) dan skala nyeri pasien II (Tn. Y) sebelum penerapan guided imagery (6-8 jam setelah operasi) yaitu skala nyerinya 6 (skala nyeri sedang). Setelah dilakukan pengkajian skala nyeri pasien II (Tn. S) setelah dilakukan penerapan hari ketiga turun yaitu dari skala nyeri 10 (skala nyeri hebat) menjadi 8 (skala nyeri berat terkontrol). Skala nyeri pasien I (Tn. Y) setelah dilakukan guided imagery hari pertama dan hari kedua skala nyeri pasien 5 (skala nyeri sedang).</p> <p>Kesimpulan</p> <p>Penerapan guided imagery dapat menurunkan skala nyeri pada pasien post op fraktur diruang bedahdi RSUD Jend. Ahmad Yani Metro.</p>
--	--	--	---

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian

1. Identitas

a. Identitas Klien



Nama : Tn. M
Umur : 36 Tahun
Status Kawin : Kawin
Agama : Islam
Alamat : Desa Rantau Alai Batang Masumai
Marangin Jambi
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Swasta
Tanggal Masuk : 23 Juli 2024
Tanggal Pengkajian : 25 Juli 2024
Diagnosa Medis : Fraktur Tibia Post ORIF

b. Identitas Keluarga Klien

Keluarga Terdekat yang dapat segera dihubungi (Orang tua,
Suami, Istri)

Nama : Ny. A
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Ibu rumah tangga

Alamat : Desa Rantau Alai Batang Masumai
Marangin Jambi

2. Riwayat Kesehatan

a. Alasan Masuk

Keluarga pasien mengatakan sebelum masuk ke rumah sakit, pasien terjatuh dari sepeda motor lalu diantar warga ke IGD RSUP Mdjamil Padang pada tanggal 23 Juli 2024 sekitar pukul 13:48 WIB dengan GCS pasien 14 E3M6V5, reaksi pupil isokor +/+, ukuran pupil 3mm/3mm, pasien mengalami patah tulang terbuka pada kaki kiri dengan keluar darah \pm 30 cc, muntah tidak ada, kejang tidak ada, riwayat keluar darah dari hidung, mulut, telinga tidak ada. Terdapat luka fraktur terbuka pada kaki kiri (Tibia sinistra).

b. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat kesehatan sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 25 Juli 2024 pasien dengan post operasi ORIF mengeluh nyeri secara terus-menerus, nyeri dirasakan di kaki sebelah kiri (tibia) dengan skala nyeri 6. Pasien memiliki luka post operasi ORIF di kaki sebelah kiri (tibia) dengan panjang \pm 15 cm dengan luka tampak masih basah, warna luka kemerahan, tidak ada keluar pus (nanah), tidak ada pendarahan dan kaki sebelah kiri pasien tampak terpasang tansocrep dari ujung kaki hingga ke paha atas. Selain itu, pada tangan sebelah kiri terdapat luka gores

dengan panjang \pm 3 cm dengan luka tampak sudah kering, puss tidak ada dan pendarahan tidak ada. Pasien tidak ada mengeluh mual, muntah dan pusing. Keluarga pasien mengatakan semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga, serta pasien mengeluh sering terbangun pada malam hari karena nyeri yang dirasakan di tibia sinistra, wajah sebelah kiri.

Setelah dilakukan pengecekan tanda-tanda vital didapatkan hasil Tekanan darah (TD) 132/97 mmHg, Nadi (N) 110x/menit, pernafasan 21x/menit dan suhu 37°C. Pasien BAB 1x sehari dengan karakteristik feses lunak dan BAK \pm 6-7 kali sehari berwarna kuning. Pasien mengatakan kesulitan makan karena keadaan rahang kiri sakit dan makanan yang dihabiskan hanya 3-5 sendok saja. Pasien tampak selalu dibantu oleh perawat dan keluarga pasien dalam melakukan aktivitas, pasien tampak membatasi aktivitas

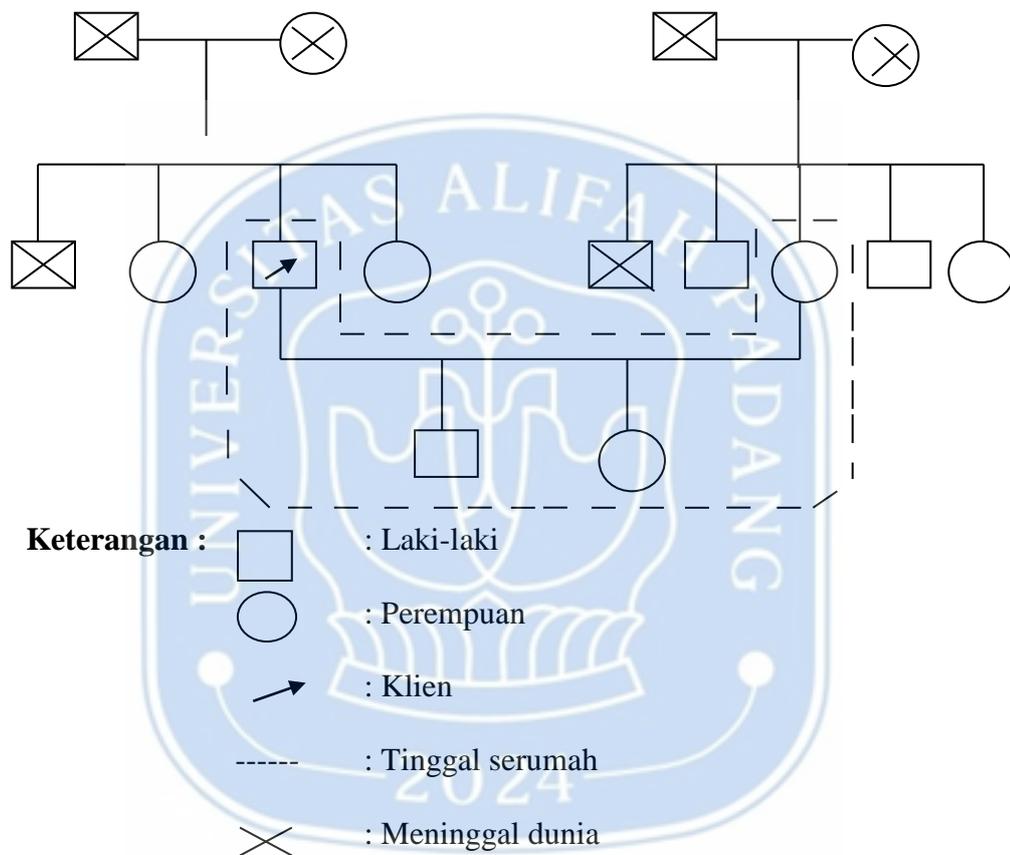
2) **Riwayat Kesehatan Dahulu**

Klien mengatakan belum pernah mengalami patah tulang sebelumnya dan kejadian yang menyebabkan trauma pada tulang. Klien juga mengatakan tidak ada menderita penyakit osteoporosis maupun kanker tulang.

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan tidak ada riwayat penyakit keturunan seperti diabetes mellitus yang dapat menghambat proses penyembuhan luka dan tulang.

GENOGRAM



3. Pemeriksaan Fisik

a. Tanda-Tanda Vital

TD : 132/97 mmHg

N : 110x/i

S : 37°C

RR : 21 x/I

GCS : 14 (E3M5V6)

b. Pemeriksaan Kepala

Inspeksi Kepala : Kepala klien berbentuk oval, rambut pendek

Karakteristik Rambut : Rambut lurus dan beruban

Kebersihan : Rambut bersih

Palpasi Kepala : Tidak ada pembengkakan di kepala klien, tidak ada lesi ataupun massa di kepala klien

Wajah : Wajah pasien tampak sebelah kiri tampak edema pada regio zygomaticus, hematoma tidak ada

c. Pemeriksaan Mata

Inspeksi : Mata pasien tampak terlihat simetris, penglihatan klien jelas, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor 3ml/3ml, reflek cahaya langsung (RCL) (+/+), edema palpebra terlihat tampak lebam (hematoma periorbital).

Tanda-tanda Radang : Tidak ada tanda-tanda radang pada mata

Edema palpebra : Tidak ada

Rasa sakit : Tidak ada

d. Pemeriksaan Telinga

Inspeksi : Telinga Klien simetris kiri dan kanan,
keadaan telinga normal

Tes pendengaran : Klien dapat mendengar, fungsi
pendengaran baik

e. Hidung

Simetris/tidak : Hidung klien simetris kiri dan kanan

Membran Mukosa : Membran mukosa lembab

Penciuman :Penciuman klien baik dan tidak ada
permasalahan, klien dapat mencium bau
yang diberikan (balsem)

Alergi : Tidak ada alergi penciuman seperti
makanan, debu dan cuaca

f. Mulut dan Tenggorokan

Inspeksi : Mukosa mulut pasien tampak lembab,
bibir tidak pecah-pecah, warna bibir
kehitaman, tidak ada stomatitis, gigikaries,
lidah tidak ada tanda-tanda infeksi,
kemudian pada rahang sebelah kiri (regio
zygomaticus) tampak terdapat edema dan
pasien mengeluh nyeri saat digerakkan

Tes rasa :Klien mengatakan dapat membedakan rasa
asin, asam, manis, pahit dan pedas

- Kesulitan menelan :Klien tidak mengalami kesusahan dalam menelan
- g. Leher
- Inspeksi :Tidak ada terdapat pembengkakan pada leher, tidak ada pembesaran pada kelenjar tyroid dan kelenjar limfe
- Palpasi :Tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening
- h. Thorak
- Inspeksi : Dada klien tampak simetris kiri dan kanan, tidak ada luka, maupun edema
- Palpasi : Fremitus taksil kiri dan kanan
- Perkusi : Sonor
- Auskultasi : Suara nafas vesikuler, tidak ada suara napas tambahan
- i. Kardiovaskuler
- Inspeksi : Ictus cordis tidak terlihat
- Palpasi : Ictus cordis teraba 1 jari di RIC ke 5 LMCS, tidak adanya nyeri tekan
- Perkusi : Batas jantung kanan RIC ke 2, kiri 1 jari LMCS RIC ke 5
- Auskultasi : Bunyi jantung I dan II normal

j. Abdomen

Inspeksi : Asites (-), distensi (-)

Palpasi : Nyeri tekan (-)

Perkusi : Tympani

Auskultasi : Bising usus 15x/I

k. Genetalia

Inspeksi : Kebersihan genetalia baik, tidak terdapat varises
genetalia, klien terpasang kateter urin

Anus : Tidak ada terjadi hemoroid pada klien

l. Ekstremitas

Atas kanan : Nyeri (-), kekakuan (-), edema (-)

Atas kiri : Pada lengan tangan sebelah kiri pasien tampak terdapat luka goresan dengan panjang ± 3 cm dan terkilir

Bawah Kanan : Pada kaki sebelah kanan pasien tampak bisa digerakkan serta tidak terdapat luka dan tidak ada edema

Bawah Kiri : Pada kaki sebelah kiri pasien tampak terpasang perban, sulit digerakkan, fraktur di kaki kiri dengan terdapat luka post operasi ORIF dengan panjang luka ± 15 cm, namun semua jari kaki kiri bisa digerakkan

P : Fraktur Tibia sinistra 1/3 tengah

Q : Nyeri terasa berdenyut

R : Kaki kiri pada tungkai bagian bawah (tibia)

S : Skala nyeri 6

T: hilang timbul dan bertambah nyeri bila digerakkan

Kekuatan otot

5555	5555
3333	4444

m. Kulit

Warna kulit :Warna kulit klien sawo matang, kulit tampak pucat

Turgor kulit :Turgor kulit buruk, tidak terdapat pitting oedem, akral hangat, terdapat lesi

n. Pemeriksaan Syaraf Karnial :

Nervus I : Olfaktoris, Klien dapat membedakan bau

Nervus II : Optikus, fungsi penglihatan dan lapang pandang bagus

Nervus III : Okulomotoris, Klien mampu mengangkat kelopak mata

Nervus IV : Trolearis, Klien mampu mengangkat mata kebawah

Nervus V : Trigemini, klien mampu mengunyah dengan baik

Nervus VI : Abdusen, klien mampu mengagkan kelopak mata

- Nervus VII : Fasialis, klien mampu bersiul, mengangkat alis mata, menjulurkan lidah, tertawa dan tersenyum
- Nervus VIII : Vestibulococleus, klien mampu mendengar dengan baik
- Nervus IX : Glosioaringeus, klien mampu membedakan rasa asam dan manis
- Nervus X : Vagus, klien mampu menelan dengan baik
- Nervus XI : Asoserius, klien mampu mengangkat bahu, klien mampu menahan tekanan pada bahu
- Nervus XII : Hipoglasus, klien mampu menggerakkan lidah saat bicara, artikulasi suara dan menelan

4. Pola Aktivitas Sehari-Hari

a. Pola Nutrisi

Keterangan	Sehat	Sakit
Berat Badan	72 Kg	70 kg
Tinggi badan	170 cm	170 cm
Frekuensi Makan	3x sehari	3x sehari
Jenis Makan	Makanan biasa (nasi, sayur, lauk)	Makanan Lunak (nasi, sayur, lauk)
Nafsu/Porsi Makan	1 porsi	4-5 sendok makan
Pola Makan	Teratur	Teratur

Tabel 3.1 Pola Nutrisi

b. Pola Eliminasi

1) Buang Air Besar

Keterangan	Sehat	Sakit
Frekuensi	1x sehari	1x sehari
Warna	Kecoklatan	Kecoklatan
Konsistensi	Lunak	Lunak
Pengguna pencahar	Tidak ada	Tidak ada

Tabel 3.2 Pola Eliminasi (BAB)

2) Buang Air Kecil

Keterangan	Sehat	Sakit
Frekuensi	4-5 x sehari	Klien terpasang kateter, urine \pm 1000cc/8 jam
Warna	Kuning	Kuning
Bau	Tidak berbau	Tidak berbau

Tabel 3.3 Pola Eliminasi (BAK)

c. Pola Tidur dan Istirahat

Keterangan	Sehat	Sakit
Waktu tidur	22.00	Tidak menentu
Lama tidur	7-8 jam/hari	+5 jam
Kebiasaan saat tidur	Tidak ada	Tidak ada
Kesulitan tidur	Tidak ada	Nyeri

Tabel 3.4 Pola Istirahat Dan Tidur

d. Pola Aktitas dan Latihan

Keterangan	Sehat	Sakit
Kegiatan dalam	Aktivitas ringan	Tidak Ada

pekerjaan		
Olahraga	Kadang-kadang	Tidak Ada
Kegiatan waktu luang	Istirahat	Tidak Ada

Tabel 3.5 Pola Aktitas dan Latihan

e. Pola Bekerja

- 1) Jenis Pekerjaan : Swasta
- 2) Lama Bekerja : 7 tahun
- 3) Jumlah jam kerja : 8 jam

5. Aspek Psikososial

a. Pola pikir dan persepsi

1) Alat bantu yang digunakan

Klien tidak memakai kaca mata, klien tidak memakai alat bantu pendengaran

2) Kesulitan yang dialami

Tidak ada kesulitan yang dialami klien

b. Persepsi diri

1) Hal yang amat dipikirkan saat ini : Takut tidak sembuh

2) Harapan setelah menjalani perawatan : Sembuh total

3) Perubahan yang dirasa setelah sakit : -

c. Hubungan/Komunikasi

1) Bahasa utama : Indonesia

2) Bicara : Kurang jelas

3) Kehidupan keluarga : Sedang

- 4) Adat istiadat yang dianut : Bajo/ Jambi
- 5) Pembuatan keputusan dalam keluarga : klien
- 6) Pola Komunikasi : Baik
- 7) Keuangan : Baik
- 8) Kesulitan dalam keluarga : Baik

d. Kebiasaan Seksual

Gangguan hubungan seksual : tidak ada

e. Spiritual

- 1) Keyakinan agama : Islam
- 2) Kegiatan agama : Sholat
- 3) Kegiatan agama di rumah sakit : Tidak ada

6. Informasi Penunjang

a. Therapy Pengobatan :

Injeksi : Ceftriaxone 2 x 1 hari

Keterolac 3 x 1 hari

Ranitidine 2 x 1 hari

Vit K 1x1 hari

Kalnex 1x1 hari

Infus : IVFD NaCl 0,9% 8 jam/ kolf

Oral Ekstra Paracetamol 500 mg

: Diet ML (3 x 1) sehari

Susu coklat 200 cc

Buah (Pepaya, jeruk)

b. Pemeriksaan diagnostik : Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
Hemoglobin (Hb)	16,3	g/dL	13,0 – 16,0
Leukosit	10,48	$10^3/\text{mm}^3$	5,0 - 10,0
Trombosit	280	$10^3/\text{mm}^3$	150 – 400
Eritrosit	5,43	$10^6/\mu\text{L}$	4,50 – 5,50
Hematokrit	48	%	40,0 – 48,0
Gula darah sewaktu (GDS)	106	mg/dL	50 - 200

7. Analisa Data

No.	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan aktivitas pasien selalu dibantu oleh keluarga - Keluarga pasien mengatakan pasien banyak berbaring saja - Pasien mengatakan tidak bisa menggerakkan kaki kiri karena sakit <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien hari pertama post operasi ORIF 	<p>Pergeseran fragmen tulang</p> <p>↓</p> <p>Gangguan fungsi ekstremitas</p> <p>↓</p> <p>Pergerakan ekstremitas lemah</p>	<p>Gangguan mobilitas fisik</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Kaki sebelah kiri pasien tampak terpasang tansocrep dari ujung kaki hingga ke paha atas - Kekuatan otot <table style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">5555</td> <td style="padding: 2px 5px;">5555</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">3333</td> <td style="padding: 2px 5px;">4444</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak selalu dibantu oleh perawat dan keluarga pasien dalam melakukan aktivitas - Pasien tampak membatasi aktivitas - Vital Sign klien TD : 132/97 mmHg N : 110 x/i - RR : 20 x/i S : 37°C 	5555	5555	3333	4444		
5555	5555						
3333	4444						
2.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan baru selesai operasi pada kaki kiri - Pasien mengatakan ada luka gores bekas kecelakaan di lengan sebelah kiri <p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak luka post operasi ORIF pada kaki sebelah kiri dengan 	<p>Fraktur dan luka terbuka</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Proses pembedahan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Terputusnya kontinuitas jaringan</p>	<p>Kerusakan integritas jaringan</p>				

	<p>panjang \pm 15 cm</p> <ul style="list-style-type: none"> - Balutan luka tampak tidak ada rembesan - Luka post operasi tampak tidak ada puss - Jahitan luka post operasi tampak masih basah - Luka pada kaki kiri tampak memerah - Luka pada lengan kiri tampak terbuka dengan panjang \pm 3 cm - Luka pada lengan kiri tampak belum kering dan memerah 	<p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Kerusakan jaringan</p>	
<p>3.</p>	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri pada kaki kanan, lengan kiri dan rahang sebelah kiri - Klien hilang timbul dan bertambah nyeri bila digerakkan - Pasien mengatakan nyerinya terasa berdenyut - Keluarga pasien mengatakan nyeri bertambah bila kaki kiri 	<p style="text-align: center;">Trauma</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">fraktur</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">proses pembedahan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">pemasangan ORIF</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	<p style="text-align: center;">Nyeri akut</p>

	<p>digerakkan</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis - Pasien tampak meringis - Skala nyeri 6 - Tampak edema pada bagian fraktur - Pasien tampak hari pertama post operasi ORIF - Tanda-tanda vital TD : 132/97 mmHg N : 110x/i - RR : 21xi S : 37°C - P : Terdapat fraktur tibia 1/3 tengah sinistra - Q : nyeri terasa berdenyut - R : kaki kiri tungkai bagian bawah (tibia) S : skala nyeri 6 - T : hilang timbul dan bertambah nyeri bila digerakkan 	Cidera fisik	
--	--	--------------	--

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan fungsi ekstremitas

2. Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan luka pasca pembedahan
3. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis

C. INTERVENSI KEPERAWATAN

NO	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SDKI
1	Gangguan Mobilitas Fisik	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat, kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> a. Pergerakan ekstremitas meningkat b. Kekuatan otot meningkat c. Nyeri menurun d. Kaku sendiri menurun e. Gerakan terbatas menurun f. Kelemahan fisik menurun 	Dukungan Mobilitas Observasi <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi adanya atau keluhan fisik lainnya - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu - Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan

			<p>prosedur mobilisasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan melakukan mobilisasi dini - Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur)
2	Kerusakan Jaringan Integritas	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan keadaan kulit/luka membaik, kriteria hasil :</p> <p>Tingkat Nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Elastisitas meningkat b. Hidrasi meningkat c. Kerusakan lapisan kulit menurun d. Perdarahan menurun e. Nyeri menurun f. Hematoma menurun 	<p>Perawatan Integritas Kulit</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring - Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu - Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare - Gunakan produk berbahan petroleum

			<p>atau minyak pada kulit kering</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif - Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan menggunakan pelembab (mis. Lotin, serum) - Anjurkan minum air yang cukup - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi - Anjurkan meningkat asupan buah dan sayur - Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrime - Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah <p>Perawatan Luka</p> <p>Observasi</p>
--	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none">- Monitor karakteristik luka (mis: drainase,warna,ukuran ,bau- Monitor tanda –tanda inveksi- Melakukan perawatan luka dengan metode modern dressing <p>Terapiutik</p> <ul style="list-style-type: none">- lepaskan balutan dan plester secara perlahan- Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu- Bersihkan dengan cairan NACL atau pembersih non toksik,sesuai kebutuhan- Bersihkan jaringan nekrotik- Berika salep yang sesuai di kulit /lesi, jika perlu- Pasang balutan sesuai jenis luka- Pertahan kan teknik seteril saat perawatan luka
--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none">- Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase- Jadwalkan perubahan posisi setiap dua jam atau sesuai kondisi pasien- Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25-1,5 g/kgBB/hari- Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis vitamin A, vitamin C, Zinc, Asam amino), sesuai indikasi- Berikan terapi TENS (Stimulasi syaraf transkutaneous), jika perlu <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none">- Jelaskan tanda dan gejala infeksi- Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein- Ajarkan prosedur
--	--	--	--

			<p>perawatan luka secara mandiri</p> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi prosedur debridement (mis: enzimatik, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu - Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu
3	Nyeri akut berhubungan dengan	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam. Maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 	<p>Manajemen Nyeri</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri - Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri - Identifikasi pengaruh

			<p>nyeri pada kualitas hidup</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan - Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan salam terapeutik - Jelaskan kepada pasien dan keluarga mengenai terapi <i>guided imagery</i> dengan musik relaksasi - Tunjukkan dan praktekkan teknik relaksasi <i>guided imagery</i> - Sebelum melakukan terapi <i>guided imagery</i> ukur skala nyeri menggunakan NRS - Anjurkan pasien untuk menutup mata - Minta pasien menarik nafas dalam dengan perlahan - Minta Pasien untuk
--	--	--	---

			<p>menggunakan semua panca indera dalam menjelaskan bayangan dan lingkungan bayangan tersebut</p> <ul style="list-style-type: none"> - Minta pasien membayangkan tempat yang menyenangkan dan dapat dinikmati - Minta pasien menjelaskan perasaan fisik dan emosional yang ditimbulkan dari bayangannya dan bantu pasien untuk mengeksplorasi respon terhadap bayangannya - Dorong pengulangan teknik praktik-praktik tertentu secara berkala - Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri - Fasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri - Anjurkan melatih
--	--	--	--

			<p>terapi <i>guided imagery</i> 2x sehari pagi dan sore hari</p> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none">- Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu <p>Pemberian Analgetik</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none">- Identifikasi karakteristik nyeri (mis. Pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi)- Identifikasi riwayat alergi obat- Identifikasi kesesuaian jenis analgesik (mis. Narkotika, non-narkotika, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri- Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik- Monitor efektifitas analgesik <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none">- Diskusikan jenis
--	--	--	--

			<p>analgesik yang disukai untuk mencapai analgesia optimal, jika perlu</p> <ul style="list-style-type: none">- Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum- Tetapkan target efektifitas analgesic untuk mengoptimalkan respon pasien- Dokumentasikan respon terhadap efek analgesic dan efek yang tidak diinginkan- Edukasi- Jelaskan efek terapi dan efek samping obat <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none">- Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, sesuai indikasi
--	--	--	---


CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien : Tn. M

Diagnosa Medis : Fraktur Tibia Sinistra 1/3 Tengah

Hari/ Tanggal : Kamis/ 25 Juli 2024

No	Diagnosa keperawatan	Implementasi	Evaluasi	TTD
1.	Gangguan mobilitas fisik b.d Gangguan muskuloskeletal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan gerakan 3. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi (ROM) 4. Melakukan mobilisasi (ROM) pada pasien 5. Membantu pasien melakukan mobilisasi (ROM) 	<p>Pukul 08.30 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan nyeri saat kaki post operasi ORIF digerakkan • Pasien mengatakan makanan dan minuman mampu secara mandiri namun aktivitas dibantu keluarga • Pasien mengatakan mengetahui manfaat mobilisasi dini <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak paham dan jelas atas 	

			<p>penjelasan yang diberikan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien post operasi hari pertama • Pasien tampak takut saat menggerakkan kakinya • Pasien tampak terpasang tensocrepe • Aktivitas pasien tampak dibantu oleh keluarga <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapi latihan • Mobilisasi dini 	
2.	<p>Gangguan integritas kulit/ jaringan b.d</p> <p>Perubahan sirkulasi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor karakteristik luka 2. Melakukan perawatan luka 3. Melepaskan balutan dan plester secara perlahan 4. Membersihkan dengan cairan NaCl 	<p>Pukul 08.30 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan luka di lengan kiri perih saat dilakukan perawatan luka • Pasien mengatakan saat di buka balutan luka post operasi terasa nyeri 	

		<p>5. Pasang balutan sesuai jenis luka</p> <p>6. Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</p>	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Warna luka lengan kiri tampak memerah • Tidak ada push pada luka lengan kiri • S : 37°C • Luka pada post operasi tampak masih basah dengan panjang ±15 cm • Warna luka post operasi tampak memerah • Luka post operasi tidak tampak adanya puss dan jaringan nekrotik pada jahitan luka • Pasien tampak mendapatkan antibiotik Cefriaxonone 2x1 hari <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perawatan luka • Lanjutkan pemberian antibiotik 	
--	--	---	---	--

3.	<p>Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik (trauma)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi skala nyeri 2. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal 3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Mengajarkan teknik non farmakologi : <i>guided imagery</i> <ol style="list-style-type: none"> a. Menjelaskan kepada pasien dan keluarga mengenai terapi <i>guided imagery</i> dengan musik relaksasi b. Mengukur skala nyeri pasien dengan skala NRS sebelum 5. Memonitor skala nyeri sebelum dan sesudah dilakukan terapi <i>guided imagery</i> 5. Mengajarkan melatih terapi <i>guided imagery</i> 2x pagi dan sore 6. Melakukan pemeriksaan tanda- 	<p>Pukul 08:30 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi • Pasien mengatakan nyeri menetap karena tidak fokus setelah diberikan terapi <i>guided imagery</i> klien mengatakan merasa rileks • Pasien mengatakan nyeri bertambah saat kaki digerakkan • Pasien mengatakan nyeri terasa terus-menerus <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak dalam posisi tidur <i>semi fowler</i> • Pasien tampak meringis • Pasien bergerak hati-hati untuk melindungi area nyeri • Pasien mendapatkan keterolac 3x1 drip 	
----	--	---	--	--

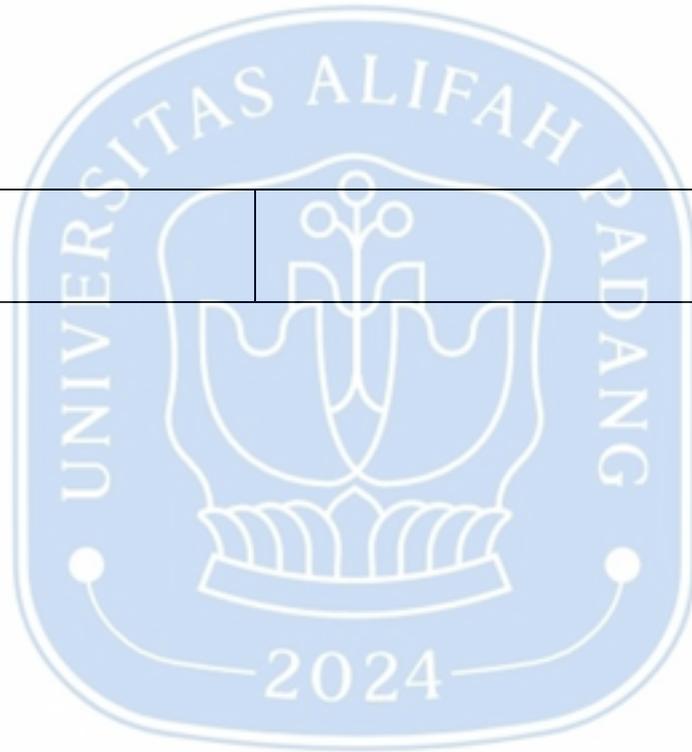
		<p>tanda vital</p>	<p>Nacl 500 ml habis dalam 8 jam</p> <ul style="list-style-type: none"> • P : Fraktur tibia 1/3tengah post operasi pemasangan ORIF • Q : Nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk • R : Nyeri terasa pada daerah luka post operasi pemasangan ORIFfraktur tibia • S : Skala nyeri 6 • T : Nyeri hilang timbul 3-5 menit • Pemeriksaan Tanda-tanda vital <p>TD : 132/97 mmHg</p> <p>N : 110x/i</p> <p>RR : 21x/i</p> <p>S : 37°C</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manajemen nyeri dengan terapi <i>guided imagery</i> pada sore hari • Lanjutkan terapi farmakologi • Anjurkan pasien untuk mendapatkan 	
--	--	--------------------	--	--



			istirahat yang cukup	
			<p>Pukul 17:00 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none">• Pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi• Pasien mengatakan merasa rileks setelah diberikan terapi <i>guided imagery</i>• Pasien mengatakan nyeri bertambah saat kaki digerakkan• Pasien mengatakan nyeri terasa terus-menerus <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none">• Pasien tampak dalam posisi tidur <i>semi fowler</i>• Pasien tampak meringis• Pasien bergerak hati-hati untuk melindungi area nyeri	

		<ul style="list-style-type: none"> • Pasien mendapatkan keterolac 3x1 drip Nacl 500 ml habis dalam 8 jam • P : Fraktur tibia 1/3 tengah post operasi pemasangan ORIF • Q : Nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk • R : Nyeri terasa pada daerah luka post operasi pemasangan ORIF fraktur tibia • S : Skala nyeri 5 • T : Nyeri hilang timbul 3-5 menit • Pemeriksaan Tanda-tanda vital TD : 10/90 mmHg N : 100x/i RR : 21x/i S : 37°C <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manajemen nyeri dengan terapi <i>guided imagery</i> pada sore hari • Lanjutkan terapi farmakologi 	
--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none">• Anjurkan pasien untuk mendapatkan istirahat yang cukup	
--	--	--	--	--



Nama Pasien : Tn. M

Diagnosa Medis : Fraktur Tibia Sinistra 1/3 Tengah

Hari/ Tanggal : Jumat/ 26 Juli 2024

No	Diagnosa keperawatan	Implementasi	Evaluasi	TTD
1.	Gangguan mobilitas fisik b.d Gangguan muskuloskeletal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu pagar tempat tidur 2. Melatih pasien melakukan mobilisasi (ROM) 3. Memfasilitasi melakukan pergerakan 4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan 	<p>Pukul 09 : 00 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan setelah gerakan kedua kaki terasa masih kaku <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak masih meringis • Pasien tampak mampu miring kiri dan kanan walaupun masih dibantu • Sebelum melakukan ROM TD : 120/80 mmHg N : 90 x/I, RR : 20x/i S : 36,8°C • Setelah melakukan ROM TD :120/90 mmHg, N : 112 x/i 	

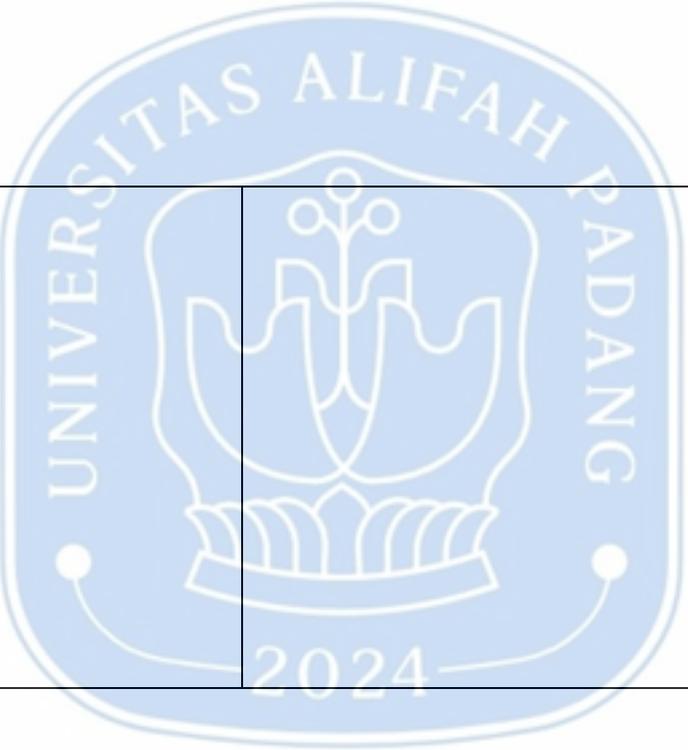
			<p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aktivitas perawatan diri • Mobilisasi dini 	
2.	<p>Gangguan integritas kulit / jaringan b.d</p> <p>Perubahan sirkulasi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda-tanda infeksi 2. Memonitor karakteristik luka 3. Menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien 4. Mengkolaborasi pemberian antibiotik 	<p>Pukul 09 : 00 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan luka pada lengan kiri sudah diperban dan tidak basah • Pasien mengatakan balutan pada luka operasi tidak basah <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Luka pada lengan kiri tampak tidak ada perdarahan • Perban pada luka lengan kiri tampak tidak basah • Luka pada lengan kiri tampak tidak ada jaringan nekrotik 	

			<ul style="list-style-type: none"> • Luka pada lengan kiri tampak tidak ada mengeluarkan puss • S : 36,8°C • Luka bekas operasi ORIF tampak di perban • Perban pada luka post operasi ORIF tampak tidak basah <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perawatan luka • Monitor tanda-tanda infeksi • Monitor karakteristik luka 	
3.	<p>Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik (trauma)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi skala nyeri 2. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal 3. Mengidentifikasi faktor yang 	<p>Pukul 09 : 00 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi berkurang 	

		<p>memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>4. Mengajarkan teknik non farmakologi : <i>guided imagery</i></p> <p>a. Menjelaskan kepada pasien dan keluarga mengenai terapi <i>guided imagery</i> dengan musik relaksasi</p> <p>b. Mengukur skalanyeri pasien dengan skala NRS sebelum</p> <p>5. Memonitor skala nyeri sebelum dan sesudah dilakukan terapi <i>guided imagery</i></p> <p>7. Mengajukan melatih terapi <i>guided imagery</i> 2x pagi dan sore</p> <p>8. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan merasa nyaman setelah melakukan • Pasien mengatakan setelah terapi <i>guided imagery</i> nyeri berkurang • Pasien mengatakan perasaan menjadi rileks setelah terapi <i>guided imagery</i> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ekspresi meringis berkurang • Pasien tampak fokus melakukan terapi <i>guided imagery</i> • Klien tampak rileks • P : Fraktur tibia post pemasangan ORIF • Q : Nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk • R : Nyeri dirasakan dibagian luka post operasi pemasangan ORIF fraktur tibia • S : Skala nyeri 4 • T : Nyeri terus- menerus \pm 3 menit • TD : 129/76 mmHg N : 106 x/i 	
--	--	---	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> • RR : 21x/i S : 36,8°C • Pasien tampak diberikan analgesik keterolac 3 x 1 drip NaCl 500 ml habis dalam 8 jam. <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manajemen nyeri • Ajarkan teknik nonfarmakologi : terapi <i>guided imagery</i> • Monitor TTV 	
			<p>Pukul 07 : 15 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi berkurang • Pasien mengatakan merasa nyaman setelah melakukan • Pasien mengatakan sebelum tidur hari 	

		<p>kemaren <i>guided imagery</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan setelah terapi <i>guided imagery</i> nyeri berkurang • Pasien mengatakan perasaan menjadi rileks setelah terapi <i>guided imagery</i> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ekspresi meringis berkurang • Klien tampak rileks • P : Fraktur tibia post pemasangan ORIF • Q : Nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk • R : Nyeri dirasakan dibagian luka post operasi pemasangan ORIF fraktur tibia • S : Skala nyeri 5 • T : Nyeri terus- menerus ± 3 menit • TD : 120/80 mmHg N : 90 x/i • RR : 20x/i S : 36,8°C • Pasien tampak diberikan analgesik keterolac 3 x 1 drip NaCl 500 ml habis 	
--	--	---	--



			<p>dalam 8 jam.</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan :</p> <ul style="list-style-type: none">• Manajemen nyeri• Ajarkan teknik nonfarmakologi : terapi <i>guided imagery</i>• Monitor TTV	
--	--	--	---	--

Nama Pasien : Tn. M

Diagnosa Medis : Fraktur Tibia Sinistra 1/3 Tengah

Hari/ Tanggal : Sabtu/ 27 Juli 2024

No	Diagnosa keperawatan	Implementasi	Evaluasi	TTD
1.	Gangguan mobilitas fisik b.d Gangguan muskuloskeletal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu pagar tempat tidur 2. Melatih pasien melakukan mobilisasi (ROM) 3. Memfasilitasi melakukan pergerakan 4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan 	<p>Pukul 09 : 00 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan setelah gerakan kedua kaki terasa lebih ringan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak masih meringis • Pasien tampak mampu miring kiri dan kanan walaupun masih dibantu • Sebelum melakukan ROM TD : 120/80 mmHg N : 90 x/I, RR : 20x/i S : 36,8°C • Setelah melakukan ROM TD : 120/90 mmHg, N : 112 x/I 	

			<p>A :</p> <p>Masalah teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dihentikan</p>	
2.	<p>Gangguan integritas kulit / jaringan b.d</p> <p>Perubahan sirkulasi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda-tanda infeksi 2. Memonitor karakteristik luka 3. Menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien 4. Mengkolaborasikan pemberian antibiotik 	<p>Pukul 09 : 00 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan luka pada lengan kiri sudah diperban dan tidak basah • Pasien mengatakan balutan pada luka operasi tidak basah <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Luka pada lengan kiri tampak tidak ada perdarahan • Perban pada luka lengan kiri tampak tidak basah • Luka pada lengan kiri tampak tidak ada jaringan nekrotik • Luka pada lengan kiri tampak tidak ada mengeluarkan puss 	

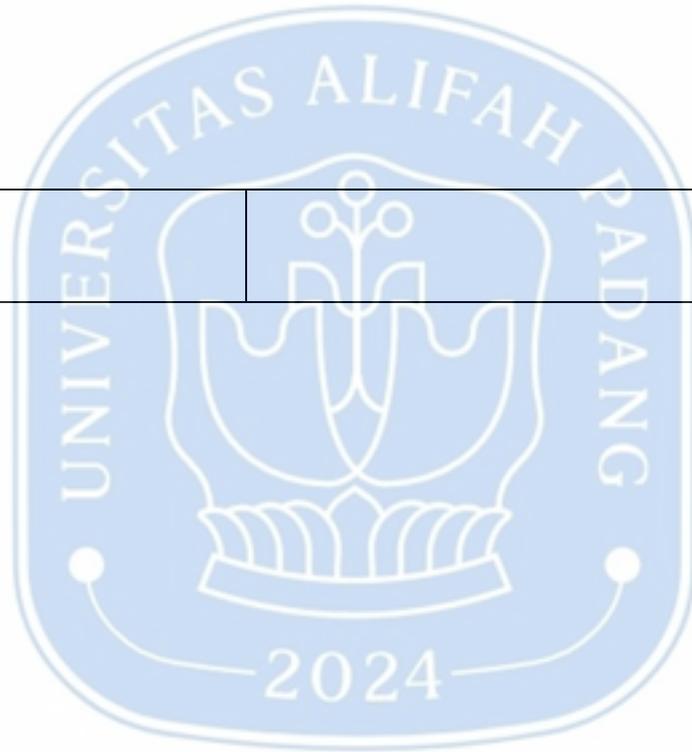
			<ul style="list-style-type: none"> • S : 36,8°C • Luka bekas operasi ORIF tampak di perban • Perban pada luka post operasi ORIF tampak tidak basah • Luka tampak membaik <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	
3.	Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik (trauma)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi skala nyeri 2. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal 3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Mengajarkan teknik non farmakologi : <i>guided imagery</i> <ol style="list-style-type: none"> a. Menjelaskan kepada pasien dan 	<p>Pukul 09 : 00 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi berkurang • Pasien mengatakan merasa nyaman setelah melakukan • Pasien mengatakan setelah terapi <i>guided imagery</i> nyeri berkurang • Pasien mengatakan perasaan menjadi rileks 	

		<p>keluarga mengenai terapi <i>guided imagery</i> dengan musik relaksasi</p> <p>b. Mengukur skala nyeri pasien dengan skala NRS sebelum</p> <p>5. Memonitor skala nyeri sebelum dan sesudah dilakukan terapi <i>guided imagery</i></p> <p>9. Mengajarkan melatih terapi <i>guided imagery</i> 2x pagi dan sore</p> <p>10. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital</p>	<p>setelah terapi <i>guided imagery</i></p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ekspresi meringis berkurang • Pasien tampak fokus melakukan terapi <i>guided imagery</i> • Klien tampak rileks • P : Fraktur tibia post pemasangan ORIF • Q : Nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk • R : Nyeri dirasakan dibagian luka post operasi pemasangan ORIF fraktur tibia • S : Skala nyeri 3 • T : Nyeri hilang timbul, tetapi tidak terlalu sering • TD : 129/76 mmHg N : 106 x/i • RR : 21x/i S : 36,8°C • Pasien tampak diberikan analgesik keterolac 3 x 1 drip NaCl 500 ml habis dalam 8 jam. 	
--	--	---	---	--

			<p>A :</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manajemen nyeri • Ajarkan teknik nonfarmakologi : terapi <i>guided imagery</i> • Monitor TTV 	
			<p>Pukul 17 : 15 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi berkurang • Pasien mengatakan merasa nyaman setelah melakukan • Pasien mengatakan sebelum tidur hari kemaren <i>guided imagery</i> • Pasien mengatakan setelah terapi <i>guided imagery</i> nyeri berkurang • Pasien mengatakan perasaan menjadi rileks 	

			<p>setelah terapi <i>guided imagery</i></p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none">• Ekspresi meringis berkurang• Klien tampak rileks• P : Fraktur tibia post pemasangan ORIF• Q : Nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk• R : Nyeri dirasakan dibagian luka post operasi pemasangan ORIF fraktur tibia• S : Skala nyeri 4• T : Nyeri terus- menerus \pm 3 menit• TD : 120/80 mmHg N : 90 x/i• RR : 20x/i S : 36,8°C• Pasien tampak diberikan analgesik keterolac 3 x 1 drip NaCl 500 ml habis dalam 8 jam. <p>A :</p> <p>Masalah teratasi</p>	
--	--	--	--	--

			P : Intervensi dihentikan	
--	--	--	-------------------------------------	--



BAB IV

PEMBAHASAN

A. Pengkajian

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 25 Juli 2024 pasien dengan post operasi ORIF mengeluh nyeri secara terus-menerus, nyeri dirasakan di kaki sebelah kiri (tibia) dengan skala nyeri 8. Pasien memiliki luka post operasi ORIF di kaki sebelah kiri (tibia) dengan panjang \pm 15 cm dengan luka tampak masih basah, warna luka kemerahan, tidak ada keluar pus (nanah), tidak ada pendarahan dan kaki sebelah kiri pasien tampak terpasang tansocrep dari ujung kaki hingga ke paha atas. Selain itu, pada tangan sebelah kiri terdapat luka gores dengan panjang \pm 3 cm dengan luka tampak sudah kering, pus tidak ada dan pendarahan tidak ada. Pasien tidak ada mengeluh mual, muntah dan pusing. Keluarga pasien mengatakan semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga, serta pasien mengeluh sering terbangun pada malam hari karena nyeri yang dirasakan di tibia sinistra, wajah sebelah kiri.

Setelah dilakukan pengecekan tanda-tanda vital didapatkan hasil Tekanan darah (TD) 132/97 mmHg, Nadi (N) 110x/menit, pernafasan 21x/menit dan suhu 37°C. Pasien BAB 1x sehari dengan karakteristik feses lunak dan BAK \pm 6-7 kali sehari berwarna kuning. Pasien mengatakan kesulitan makan karena keadaan rahang kiri sakit dan makanan yang dihabiskan hanya 3-5 sendok saja. Pasien tampak selalu dibantu oleh perawat

dan keluarga pasien dalam melakukan aktivitas, pasien tampak membatasi aktivitas

Menurut Darmadi dan Hafid (2020) mengatakan bahwasanya tingkat keparahan nyeri setelah operasi dipengaruhi pada anggapan fisiologi serta psikologi seseorang, toleransi yang ditimbulkan untuk nyeri, letak insisi, sifat prosedur, kedalaman trauma bedah. Pada pemeriksaan tanda-tanda vital pasien setelah operasi ORIF didapatkan hasil terdapat peningkatan pada tekanan darah pasien yaitu 132/97 mmHg disertai dengan peningkatan nadi yaitu 110x/i diatas nilai normal. hal tersebut dikarenakan nyeri yang dirasakan pasien. Hal ini didukung oleh teori Muttaqin (2012) yaitu peningkatan tekanan darah dapat terjadi akibat respon terhadap nyeri yang dirasakan dan nyeri dapat menjadi stressor terhadap seseorang.

Hal ini didukung oleh penelitian Noviaji (2021) bahwasanya tindakan pembedahan atau operasi dapat menimbulkan nyeri atau rasa sakit yang dirasakan oleh pasien serta dapat mengganggu kebutuhan dasar manusia yaitu kenyamanan pasien atau seseorang. Pada pengkajian pola aktivitas dan latihan didapatkan hasil bahwasanya pasien belum mampu untuk menggerakkan kaki sebelum dan setelah operasi kaki kirinya. Pasien mengatakan seluruh aktivitas dilakukan di atas tempat tidur dan aktivitas ditolong oleh keluarga seperti makan, minum, berpakaian, berpindah posisi serta BAK pasien menggunakan kateter dan BAB belum ada sejak pertama kali masuk ke rumah sakit.

Menurut asumsi peneliti tentang nyeri pada pasien fraktur didasarkan pada pemahaman bahwa nyeri adalah respons fisiologis dan psikologis yang

signifikan terhadap cedera tulang. Pada pasien fraktur, nyeri timbul akibat kerusakan jaringan, peradangan, dan stimulasi saraf nosiseptif di area cedera. Peneliti berasumsi bahwa intensitas nyeri berkorelasi dengan jenis, lokasi, dan tingkat keparahan fraktur, serta adanya komplikasi seperti dislokasi atau kerusakan pembuluh darah dan saraf. Faktor individu, seperti ambang nyeri, usia, kondisi kesehatan umum, dan faktor psikososial, juga mempengaruhi persepsi nyeri. Peneliti juga mengasumsikan bahwa manajemen nyeri yang efektif, baik melalui farmakologis maupun non-farmakologis, berperan penting dalam meningkatkan proses penyembuhan, mengurangi risiko komplikasi lebih lanjut, serta meningkatkan kualitas hidup pasien.

B. Diagnosa Keperawatan

Pada kasus Tn. M dengan fraktur berdasarkan hasil pengkajian didapatkan 3 diagnosa keperawatan yaitu Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan fungsi ekstremitas, Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan luka pasca pembedahan dan Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis. Masalah tersebut berdasarkan pada data langsung dari pasien berupa data subjektif dan data objektif atau data observasi perawat dan hasil pemeriksaan penunjang.

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan fungsi ekstremitas

SDKI (2017), sebelum menetapkan diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik terdapat tanda dan gejala mayor serta minor. Tanda dan gejala mayor pada data subjektif terdapat pasien mengeluh

sulit menggerakkan ekstremitas, selain itu data objektif pasien tampak kekeuatan otot menurun dan rentang gerak (ROM) menurun. Kemudian, tanda dan gejala minor pada data subjektif pasien mengeluhkan nyeri saat bergerak, jarang melakukan pergerakan dan merasa cemas saat bergerak. Selain itu, data objektifnya pasien tampak sendinya kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas dan fisik lemah.

2. Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan luka pasca pembedahan

Menurut SDKI (2017) sebelum ditetapkan diagnosa keperawatan gangguan integritas kulit / jaringan ada gejala serta tanda mayor dan minor. Tanda dan gejala mayor seperti tampak adanya kerusakan jaringan atau lapisan kulit. Sedangkan pada tanda dan gejala minor tampak pasien nyeri, perdarahan, kemerahan dan hematoma.

Berdasarkan analisa peneliti, hal ini sesuai dengan data yang didapatkan dari Tn. M, dimana pasien mengalami fraktur dan terdapat luka terbuka pada daerah fraktur. Keadaan luka post operasi masih tampak memerah dan belum kering, panjang luka \pm 15 cm. Selain itu, terdapat luka pada lengan kiri pasien dengan panjang luka \pm 3 cm.

3. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis

Menurut SDKI (2017), sebelum ditetapkan diagnosa keperawatan nyeri akut, harus melihat tanda dan gejala mayor dan minor. Tanda dan gejala mayor terdiri dari data subjektif pasien mengeluh nyeri. Sedangkan, data objektif data mayor pasien tampak menangis, bersikap

protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat dan sulit tidur. Selain itu, diperhatikan juga data tanda dan gejala minor dengan data objektif seperti tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses pikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, dan diaforesis.

Menurut analisa peneliti pada kasus Tn. M ditemukan beberapa batasan karakteristik seperti tanda dan gejala mayor dan minor diagnosa keperawatan nyeri akut ditemukan data subjektif pasien mengeluh nyeri, sedangkan data objektif pasien tampak meringis, bersikap protektif atau waspada, gelisah, frekuensi nadi meningkat dan sulit tidur. Selain itu, diagnosa keperawatan nyeri akut menjadi diagnosa aktual dikarenakan menggambarkan respons pasien terhadap kondisi kesehatan saat ini.

C. Intervensi Keperawatan

Intervensi merupakan suatu strategi untuk mengatasi masalah pasien yang perlu ditegakkan diagnosa dengan tujuan yang akan dicapai serta kriteria hasil. Umumnya perencanaan yang ada pada tinjauan teoritis dapat diaplikasikan dan diterapkan dalam tindakan keperawatan sesuai dengan masalah yang ada atau sesuai dengan prioritas masalah.

1. Intervensi yang dilakukan pada diagnosa pertama yaitu gangguan mobilitas fisik dilakukan perencanaan pada pasien dengan melatih pasien latihan gerak sendi (ROM), anjurkan pasien untuk merubah posisi, miring kiri miring kanan, duduk di tempat tidur hingga mampu melakukan *Activity Daily Leaving* (ADL) secara mandiri. Setelah

dilakukan intervensi terhadap Tn. M diharapkan pasien dapat meningkatkan mobilisasi secara mandiri.

2. Intervensi yang dilakukan pada diagnosa kedua yaitu gangguan integritas kulit / jaringan yaitu monitor dan mengobservasi keadaan luka yang terdiri dari warna, bau, ukuran dan drainase. Kemudian, mengobservasi tandatanda infeksi pada luka pasien, berikan posisi untuk menghindari tekanan pada luka, mobilisasi pasien setiap 2 jam karena mobilisasi dapat memperlancar peredaran darah sehingga dapat cepat memulihkan luka. Kemudian, melakukan perawatan luka merupakan suatu intervensi yang dilakukan setiap pagi hari yang dilakukan 2 hari sekali pada Tn. M namun jika terdapat balutan pada luka merembes, maka diberikan perawatan luka segera agar terhindar dari infeksi, serta perawatan luka dilakukan dengan memperhatikan prinsip steril.
3. Intervensi yang dilakukan pada diagnosa ketiga yaitu nyeri akut dengan melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif (P,Q,R,S,T) untuk mengetahui karakteristik nyeri, mengukur skala nyeri dengan NRS (*Numeric Rating Scale*), memonitor mengenai tanda-tanda vital pasien, mengobservasi reaksi non verbal terhadap ketidaknyamanan, kemudian memberikan pengobatan analgesik sebagai terapi farmakologi yaitu keterolac serta pengobatan non-farmakologi seperti terapi *guided imagery* 2x dalam sehari untuk mengurangi nyeri.

Pada penelitian Tiyonggo *et al.*, (2024) dijelaskan pemberian teknik *guided imagery* dilakukan selama 10 menit dan sebanyak dua kali

sehari, selama 2 hari diberikan pada kelompok eksperimen. Teknik *guided imagery* 1 jam sebelum pemberian analgetik, setelah di berikan *guided imagery* klien di minta untuk beristirahat selama 5 menit dan kemudian di ukur tingkat nyeri setelah pemberian *guided imagery*. Pemberian ke 2 di berikan 7 jam lagi sebelum pemberian analgetik kembali, diberikan *guided imagery* selama 10 menit setelah itu pasien di istirahatkan selama 5 menit dan di ukur kembali skala nyeri pasien.

D. Implementasi

Berdasarkan dari perencanaan keperawatan pada Tn.D peneliti melakukan beberapa aktivitas pada masing-masing diagnosa keperawatan. Tindakan keperawatan (Implementasi) disesuaikan dengan perencanaan keperawatan (Intervensi) menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) serta disesuaikan menurut kondisi pasien. Asuhan keperawatan berupa tindakan yang dilakukan oleh perawat kepada pasien yaitu Tn. M dengan fraktur post ORIF sebagai berikut :

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan fungsi ekstremitas

Implementasi yang dilakukan pada diagnosa ketiga yaitu gangguan mobilitas fisik dengan melatih pasien untuk bisa mobilisasi secara mandiri secara bertahap dengan melakukan latihan gerak sendi (ROM) dengan melakukan posisi termudah terlebih dahulu yaitu miring kiri miring kanan terlebih dahulu, duduk di tempat tidur dan beralih duduk di kursi secara mandiri. Latihan gerak sendi dilakukan 2 kali

sehari dengan dibantu oleh keluarga untuk mengurangi terjadinya cedera atau pasien jatuh.

Tujuan dilakukannya ROM berguna untuk melancarkan persendian atau kekakuan otot akibat kurangnya gerak karena keterbatasan gerak selama di rumah sakit disebabkan oleh penyakit yang dialami pasien, dan berguna agar aktivitas sehari-hari pasien bisa dilakukan secara mandiri tanpa bantuan keluarga.

2. Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan luka pasca pembedahan

Implementasi yang dilakukan pada diagnosa kedua yaitu gangguan integritas kulit / jaringan yaitu dengan memonitor luka pasien dengan melihat drainase, warna, bau, dan ukuran luka. Kemudian, memonitor adanya tanda-tanda infeksi pada luka pasien, melakukan perawatan luka dengan memegang prinsip steril dengan cairan NaCl 0,9% dan betadine secara tipis lalu di tutup dengan verban kembali. Setelah itu, menganjurkan pasien untuk merubah posisi setiap 2 jam sekali untuk memperlancar aliran darah serta anggota badan yang tidak mengalami luka tidak kaku. Luka yang diperoleh oleh pasien disebabkan oleh luka akibat pembedahan operasi ORIF yang dilakukan dengan panjang luka ± 15 cm. Hal tersebut disebabkan adanya plate dan screw yang dipasang pada kaki sebelah kiri pasien, gunanya untuk menstabilkan kembali tulang yang telah patah agar bersatu kembali.

Hal ini didukung oleh teori Rosyidi (2023) bahwasanya penatalaksanaan pada fraktur salah satunya dengan reduksi yang berguna untuk mengembalikan panjang dan kesejajaran tulang ke garis normal dengan cara pembedahan memasukkan alat-alat fiksasi internal seperti pen, kawat, skrup dan plat ke dalam tulang yang terjadi patahan.

3. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik

Pada diagnosa pertama menjadi diagnosa aktual yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik seperti luka fraktur dan luka bekas operasi pemasangan ORIF ditandai dengan pasien mengeluhkan nyeri. Implementasi atau tindakan yang dilakukan oleh peneliti yaitu melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif untuk mengetahui karakteristik nyeri, mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri untuk terjadinya peningkatan kenyamanan terhadap pasien, mengajarkan teknik non farmakologi atau terapi *guided imagery* 2x dalam sehari. Sebelum dilakukan terapi *guided imagery* terlebih dahulu menciptakan lingkungan yang tenang, lalu anjurkan pasien menggunakan pakaian yang longgar dan nyaman, serta mengatur posisi pasien senyaman mungkin.

Pada Tn. M posisi tidur yang nyaman adalah dengan posisi semi fowler. Kemudian, menganjurkan pasien untuk menutup mata dan menganjurkan pasien untuk tarik nafas dalam secara beraturan dan menganjurkan pasien untuk menggunakan semua panca indera membayangkan berada di pantai sesuai dengan perintah perawat lalu

membantu pasien untuk mengekspresikan perasaannya, ulangi 10 hingga 15 menit. Setelah itu menganjurkan pasien tarik nafas dalam secara beraturan dan membuka mata.

Guided imagery merupakan imajinasi yang dirancang secara khusus untuk mencapai efek positif. Dengan membayangkan hal-hal yang menyenangkan maka akan terjadi perubahan aktifitas motorik sehingga otot-otot yang tegang menjadi relaks, respon terhadap bayangan menjadi semakin jelas. Hal tersebut terjadi karena rangsangan imajinasi berupa hal-hal yang menyenangkan akan dijalankan ke batang otak menuju sensor thalamus untuk diformat. Sebagian kecil rangsangan itu ditransmisikan ke amigdala dan hipokampus, sebagian lagi dikirim ke korteks serebi. Sehingga pada korteks serebi akan terjadi asosiasi penginderaan. Pada hipokampus hal-hal yang menyenangkan akan diproses menjadi sebuah memori. Ketika terdapat rangsangan berupa imajinasi yang menyenangkan memori yang tersimpan akan muncul kembali dan menimbulkan suatu persepsi. Dari hipokampus rangsangan yang telah mempunyai makna dikirim ke amigdala yang akan membentuk pola respon yang sesuai dengan makna rangsangan yang diterima. Sehingga subjek akan lebih mudah untuk mengasosiasikan dirinya dalam menurunkan sensasi nyeri yang di alami (Amir & Rantesigi, 2021).

Berdasarkan hasil penelitian Tiyonggo *et al.*, (2024) didapatkan hasil penelitian *guided imagery* (6-8 jam setelah operasi) yaitu skala

nyeri 10 (skala nyeri hebat) dan skala nyeri pasien II (Tn. Y) sebelum penerapan *guided imagery* (6-8 jam setelah operasi) yaitu skala nyerinya 6 (skala nyeri sedang). Setelah dilakukan pengkajian skala nyeri pasien II (Tn. S) setelah dilakukan penerapan hari ketiga turun yaitu dari skala nyeri 10 (skala nyeri hebat) menjadi 8 (skala nyeri berat terkontrol). Skala nyeri pasien I (Tn. Y) setelah dilakukan *guided imagery* hari pertama dan hari kedua skala nyeri pasien 5 (skala nyeri sedang).

Peneliti berasumsi bahwa pemberian terapi *guided imagery* dapat secara signifikan mempengaruhi tingkat nyeri pada pasien post-operasi open reduction internal fixation (ORIF). *Guided imagery*, sebagai teknik relaksasi kognitif, diasumsikan dapat membantu mengalihkan fokus pasien dari sensasi nyeri dengan menciptakan gambaran mental yang menenangkan, sehingga memodulasi respons nyeri melalui mekanisme psikologis dan fisiologis. Peneliti menganggap bahwa dengan berkurangnya kecemasan dan ketegangan otot akibat visualisasi positif, pasien akan mengalami penurunan persepsi nyeri. Selain itu, peneliti mengasumsikan bahwa pendekatan ini, bila dilakukan secara rutin dan terintegrasi dengan pengobatan standar, dapat meningkatkan kenyamanan, mempercepat pemulihan, dan mengurangi kebutuhan akan analgesik

E. Evaluasi

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan fungsi ekstremitas

Evaluasi pada diagnosa ketiga yaitu gangguan mobilitas fisik yaitu setelah dilakukan latihan mobilisasi setiap 2 kali sehari pagi dan sore dengan latihan gerak sendi (ROM). Pasien mengatakan kakinya sudah lebih bisa digerakkan dari biasanya, tampak pasien merubah posisi tidur dan adanya peningkatan aktivitas seperti duduk di tempat tidur secara mandiri.

Menurut asumsi penulis, latihan gerak sendi (ROM) yang dilakukan terhadap pasien efektif dalam meningkatkan pergerakan ekstremitas pada Tn. M apabila latihan mobilisasi ini dilakukan secara rutin, sehingga pasien akan mengalami peningkatan dalam melakukan aktivitas sehari-hari tanpa bantuan dari keluarga

2. Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan luka pasca pembedahan

Evaluasi pada diagnosa kedua yaitu gangguan integritas kulit / jaringan yaitu dilakukan dengan perawatan luka pada luka terbuka pada lengan kiri dibersihkan dengan larutan NaCl 0,9% lalu diperban. Setelah itu dilakukan perawatan luka pada luka fraktur terbuka dengan membuka balutan luka lalu membersihkan luka dengan NaCl 0,9% dengan dioles tipis betadine, lalu luka di perban kembali untuk mencegah terjadinya infeksi. Kedua perawatan luka dilakukan dengan prinsip steril. Pasien

mengatakan lebih nyaman setelah dilakukan perawatan luka walaupun awalnya pasien mengeluhkan perih.

Menurut analisa penulis, setelah dilakukan asuhan keperawatan selama tiga hari, keadaan luka pada lengan kiri sudah kering pada hari ke 3 dilakukan tindakan keperawatan, sedangkan luka bekas operasi pemasangan ORIF terlihat tidak ada perdarahan, tanda-tanda infeksi pada hari keempat setelah dilakukan tindakan pembedahan, namun luka masih tampak memerah dan belum kering. Hal tersebut terjadi, karena butuh waktu yang lama untuk luka operasi sembuh.

3. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik

Berdasarkan kasus pada Tn. M didapatkan evaluasi setelah dilakukan tiga hari implementasi yaitu mengalami penurunan intensitas nyeri pada hari pertama dengan skala 6 menjadi skala 5, hari kedua dengan skala nyeri 5 menjadi 4, hari ketiga dengan skala nyeri pasien 4 menurun menjadi skala nyeri 3.

Nyeri yang berkurang dikarenakan adanya obat analgesik keterolac untuk mengurangi nyeri dan terapi non farmakologi yaitu terapi *guided imagery* dengan musik relaksasi untuk mengurangi nyeri serta bantuan keluarga agar pasien selalu mendengarkan rekaman terapi *guided imagery* pada pagi hari dan malam hari sebelum tidur. Namun, pada hari pertama setelah dilakukan terapi *guided imagery* kepada pasien tidak mengalami penurunan skala nyeri. Hal ini, terjadi karena pasien tidak kooperatif dalam mendengarkan arahan sebelum dilakukan terapi

dan saat dilakukan terapi pasien bersikap acuh dan kurang pemahaman walaupun kondisi lingkungan saat dilakukan terapi *guided imagery* kondusif tidak mempengaruhi terapi yang diberikan.

Berdasarkan hasil penelitian Tiyonggo *et al.*, (2024) didapatkan hasil penelitian *guided imagery* (6-8 jam setelah operasi) yaitu skala nyeri 10 (skala nyeri hebat) dan skala nyeri pasien II (Tn. Y) sebelum penerapan *guided imagery* (6-8 jam setelah operasi) yaitu skala nyerinya 6 (skala nyeri sedang). Setelah dilakukan pengkajian skala nyeri pasien II (Tn. S) setelah dilakukan penerapan hari ketiga turun yaitu dari skala nyeri 10 (skala nyeri hebat) menjadi 8 (skala nyeri berat terkontrol). Skala nyeri pasien I (Tn. Y) setelah dilakukan *guided imagery* hari pertama dan hari kedua skala nyeri pasien 5 (skala nyeri sedang).

Pada penelitian Tiyonggo *et al.*, (2024) dijelaskan pemberian teknik *guided imagery* dilakukan selama 10 menit dan sebanyak dua kali sehari, selama 2 hari diberikan pada kelompok eksperimen. Teknik *guided imagery* 1 jam sebelum pemberian analgetik, setelah di berikan *guided imagery* klien di minta untuk beristirahat selama 5 menit dan kemudian di ukur tingkat nyeri setelah pemberian *guided imagery*. Pemberian ke 2 di berikan 7 jam lagi sebelum pemberian analgetik kembali, diberikan *guided imagery* selama 10 menit setelah itu pasien di istirahatkan selama 5 menit dan di ukur kembali skala nyeri pasien.

Terapi *guided imagery* menurut teori Darmadi & Hafid (2020) bahwasanya terapi *guided imagery* tidak dapat memusatkan perhatian

pada banyak hal dalam satu waktu, karena seseorang mengharuskan membayangkan sebuah imajinasi yang kuat dan menyenangkan. Oleh sebab itu, perlu konsentrasi dan kooperatif seseorang dalam menjalani terapi *guided imagery*.

Menurut analisa penulis, penurunan skala nyeri pada pasien Tn. M terjadi karena implementasi dilakukan secara berturut-urur selama 3 hari serta didukung dengan keluarga yang selalu ikut mengingatkan dan membantu dalam menerapkan terapi *guided imagery* selama 3 hari 2x dalam sehari pagi dan sore. Selain itu, terapi *guided imagery* selain dapat mengurangi skala nyeri Tn.M tetapi juga mampu membuat badan Tn. M rileks. Hal ini sesuai dengan teori menurut Oktaviani & Afni (2021) bahwasanya jika seseorang membayangkan sesuatu hal yang negatif atau buruk serta menakutkan dapat meningkatkan rasa sakit atau kecemasan pada seseorang tersebut dan dapat dicegah dengan pikiran positif atau menenangkan melalui imajinasi dengan terapi *guided imagery*.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian asuhan keperawatan nyeri pada pasien Tn. M dengan fraktur atas indikasi post operasi ORIF di ruangan Trauma Center RSUP Dr. Mdjamil Padang, peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Hasil pengkajian didapatkan pasien mengalami nyeri pada daerah fraktur dengan skala enam, pasien tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri sehingga kebutuhan sehari-hari dibantu oleh perawat dan keluarga
2. Pada kasus Tn. M dengan fraktur berdasarkan hasil pengkajian didapatkan 3 diagnosa keperawatan yaitu Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan fungsi ekstremitas, Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan luka pasca pembedahan dan Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis.muskuloskeletal.
3. Intervensi keperawatan yang direncanakan tergantung kepada masalah keperawatan yang ditemukan, semua disusun intervensi yang dijabarkan dalam asuhan keperawatan, disusun sesuai dengan teori yang ada menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Intervensi yang dilakukan peneliti kepada pasien adalah hari pertama sampai hari ke enam diajarkan kepada pasien mengenai terapi *guided imagery* 2x dalam

sehari selama 3 hari, monitor penurunan nyeri, jelaskan pentingnya istirahat dan tidur untuk penurunan nyeri dan monitor tanda-tanda vital

4. Implementasi keperawatan dilakukan pada tanggal 25-27 Juli 2024 yaitu implementasi dilakukan sesuai intervensi yang telah disusun serta dilakukan terapi *guided imagery* kepada pasien
5. Hasil evaluasi keperawatan didapatkan terapi *guided imagery* bermanfaat untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan pasien dan memberikan kenyamanan seperti perasaan rileks pada pasien fraktur tibia terbuka post operasi ORIF.
6. Hasil dokumentasi didapatkan dari hasil observasi selama asuhan keperawatan kepada Tn. M dengan fraktur tibia pre dan post operasi ORIF selama 3 hari di RSUP Dr.M.Djamil Padang.

B. Saran

Dengan selesainya dilakukan asuhan keperawatan pada klien dengan fraktur post ORIF, diharapkan dapat memberikan masukan terutama pada :

1. Bagi Mahasiswa

Diharapkan hasil karya ilmiah ini dapat menambah wawasan mahasiswa serta dapat mengaplikasikan ilmu pengetahuan mengenai asuhan keperawatan medikal bedah khususnya pemberian terapi *guided imagery* pada pasien fraktur tibia post pemasangan ORIF (*Open Reduction Internal Fixation*).

2. Bagi STIKes Alifah Padang

Dapat dijadikan sebagai bahan untuk pelaksanaan pendidikan serta masukan dan perbandingan untuk penelitian lebih lanjut asuhan keperawatan pada pasien dengan fraktur tibia post operasi ORIF.

3. Bagi RSUP Dr.M.Djamil Padang

Diharapkan hasil karya ilmiah akhir ners ini akan memberikan manfaat bagi pelayanan keperawatan dengan memberikan gambaran dan mengaplikasikan acuan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan fraktur tibia yang komprehensif serta memberikan pelayanan yang lebih baik dan menghasilkan pelayanan yang memuaskan pada pasien serta melihat perkembangan pasien yang lebih baik di RSUP Dr.M.Djamil Padang.

4. Bagi Pasien dan Keluarga

Sebagai media informasi tentang penyakit yang dialami pasien dan bagaimana penanganan bagi pasien dan keluarga baik dirumah sakit maupun dirumah. Terutama dalam pemberian terapi *guided imagery* untuk menurunkan nyeri yang dirasakan oleh pasien fraktur tibia post pemasangan ORIF

DAFTAR PUSTAKA

- Amir dan Rantesigi. N. (2021). Pengaruh aromaterapi lemon dan guided imagery terhadap penurunan skala nyeri pada pasien dengan fraktur ekstremitas. <https://jurnal.poltekkespalu.ac.id › MNJ › article › view>
- Arisdiani, T. (2019). Analisis Praktik Residensi Keperawatan Medikal Bedah Pada Pasien Kanker Payudara Dengan Pendekatan Teori *Peaceful End Of Life* Di Rumah Sakit Kanker Dharmais. Universitas Indonesia. Depok
- Birowo, A., (2018), Potensi Antipiretik Ekstrak Air Akar Pasak Bumi (*Eurycoma longifolia* Jack) Melalui Tinjauan Mekanisme Antioksidatif, Laporan Penelitian, Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat.
- Black, Joice M. & Hawks Jane (2024). *Keperawatan Medikal Bedah. Manajemen Klinis untuk Hasil yang Diharapkan*. Edisi 8. Buku 3. Jakarta : Salemba Medika
- Brannon, Linda & Feist, Jess. (2020). *Health psychology: an introduction to behavior and health*. United States of America. Matrix Production Inc.
- Brem. S.B & Kumar. B.N. (2021). Management Of Treatment-Related Symptom In Patients With Breast Cancer. *Clinical Jurnal Oncology Nursing*.
- Butterton, M. (2018). *Listening to music in psychotherapy*, 1st edition, Oxfordshire: Radcliffe Medical Press Ltd.
- Charalambous, A., et al. (2019). Relaxation as a Cluster of Symptoms Management Intervention in Patients Receiving Chemotherapy : A Randomized Control Trial, 2(23), 1–18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156911>
- Denis, E, et al. (2019). Respiratory Factors Contributing to Exercise Intolerance in Breast Cancer Survivors: A Case-Control Study. *Journal of Pain and Symptom Management*. American Academy of Hospice and Palliative Medicine. Published by Elsevier Inc. All rights reserved. 0885- 3924/\$ - see front matter <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.01.004>
- Di Piro,T et. al. (2020). *Pharmacotherapy: A Pathophysiology Approach*, sixth edition, 1092-1099, Apleton and Lange, Stamford.
- Girmenia C, Menichetti F. (2021). Current epidemiology and prevention of infectious complications in cancer patients. *Eur Oncol Haematol*;7:2707.
- Girsang, B.M.(2018). Proportion Of Specific Risk Factor Breast Cancer Among Women Age 25-65 Years Old. *Jurnal Keperawatan Soedirman*. Vol 13.No.1

- Guyton, A. C., Hall, J. E. 2007. *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*, Edisi 11. Jakarta:
- IARC (International Agency for Research on Cancer), (2018). Global Cancer Observatory, 1-2. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/360-indonesia-factsheets.pdf>. IARC.
- International Agency for Research on Cancer*. (2021). IARC Monograph 100E: personal habits and indoor combustions. A review of human carcinogens. IARC Monograph Series.
- Jonna, K et al. (2021). Effects of physical exercise during adjuvant breast cancer treatment on physical and psychosocial dimensions of cancer-related fatigue: A meta-analysis. journal home page: [www.elsevier.com/locate/maturitas](http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.12.007). <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.12.007> 0378-5122/© 2015 Elsevier Ireland Ltd. All rights reserved
- Kementrian Kesehatan RI. (2018). Profil Kesehatan Indonesia 2017. Jakarta: Kemenkes RI. Diakses pada tanggal 31 Januari 2023 dari <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatanindonesia/ProfilKesehatan-Indonesia-tahun-2017.pdf>
- Lewis, L.S., et. al. (8th ed.). (2021). *Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems (Vol.1)*. St. Louis, Missouri: ElsevierMosby Inc.
- Mandagi CAF, Hamel RS, Bidjuni H. (2019). Karakteristik Yang Berhubungan Dengan Tingkat Nyeri Pada Pasien Fraktur Di Ruang Bedah Rumah Sakit Umum Gmim Bethesda Tomohon. e-journal Keperawatan.
- Mandagi CAF, Hamel RS, Bidjuni H. (2020). Karakteristik Yang Berhubungan Dengan Tingkat Nyeri Pada Pasien Fraktur Di Ruang Bedah Rumah Sakit Umum Gmim Bethesda Tomohon. e-journal Keperawatan dari <<http://www.cancer.org/>>
- Medical Record RSUD A Yani Metro*. (2022). *10 Besar Penyakit di Ruang Bedah RSUD A Yani Metro*.
- Novita. D. (2022). Pengaruh Terapi Musik terhadap Nyeri Pasca Operasi Open Reduction and Internal Fixation (ORIF).
- Nurhafisah. D. (2022). Pengaruh pemberian guided imagery terhadap nyeri pada pasien post operasi fraktur di rsud panembahan senopati bantul. Diunduh pada tanggal 25 Januari 2023. dalam web. <<https://adoc.pub/pengaruh-pemberianguided-imagery-terhadap-nyeri-padapatient.html>>

Pelawi, A., & Purba, J. S. (2021). Teknik Pemeriksaan Fraktur Wrist Join Dengan Fraktur Sepertiga Medial Tertutup. *Jurnal Radiologi*, 7(1), 22–27

Potter, P A & Perry, A G. (2020). *Fundamentals of Nursing Fundamental Keperawatan Buku 2 Edisi 7*. alih Bahasa: Nggie, A F & Albar, M. Jakarta: Salemba Medika.

Potter, P A & Perry, A G. (2020). *Fundamentals of Nursing Fundamental Keperawatan Buku 2 Edisi 7*. alih Bahasa: Nggie, A F & Albar, M. Jakarta: Salemba Medika.

Ropyanto, C. ., Sitorus, & Eryando. (2023). Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Status Fungsional Paska Open Reduction Internal Fixation (Orif) Fraktur Ekstremitas. *Jurnal Keperawatan Medikal Bedah*, 1(2), 81–90. Retrieved from <https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/JKMB/article/view/1097>

Smeltzer, S C & Bare, B G. (2020). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth Edisi 8*. Jakarta: EGC.

Smeltzer, S C & Bare, B G. (2020). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth Edisi 8*. Jakarta: EGC



Lampiran 1

SOP PEMBERIAN TERAPI GUIDED IMAGERY UNTUK MENURUNKAN SKALA NYERI		
PROSEDUR TETAP		
1	PENGERTIAN	Imajinasi terbimbing menggunakan teknik dengan memanfaatkan narasi atau cerita untuk mempengaruhi pikiran seseorang
2	TUJUAN	Mengarahkan seseorang secara lembut ke dalam keadaan dimana pikiran menjadi tenang, tetap rileks sehingga menjauhkan rasa nyeri.
3	MANFAAT	<ol style="list-style-type: none">1. Mengurangi nyeri2. Mengurangi stress3. Mengurangi kecemasan4. Membuat badan rileks
4	INDIKASI	<ol style="list-style-type: none">1. Pasien post operasi2. Pasien yang mengeluh nyeri3. Pasien yang mengeluh cemas
5	KONTRAINDIKASI	<ol style="list-style-type: none">1. Pasien aktif psikotik2. Pasien tidak mampu berfikir secara abstrak3. Pasien tidak mampu membedakan fantasi dan kenyataan4. Pasien yang mengalami halusinasi5. Pasien demensia
6	PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none">1. Tahap persiapan<ol style="list-style-type: none">a. Kontrak waktu, topic dan tempatb. Pasien diberi penjelasan tentang prosedur tindakan yang akan dilakukac. Jaga privacy pasiend. Atur posisi pasien sesuai kebutuhane. Skala nyeri NRS (Numeric rating scale)

2. Tahap kerja

- a. Memberikan salam terapeutik, perkenalkan diri
- b. Jelaskan pada pasien dan keluarga tentang rencana pemberian terapi guided imagery
- c. Kaji skala nyeri menggunakan skala nyeri NRS (*numeric rating scale*) sebelum dilakukan implementasi
- d. Anjurkan klien untuk menutup mata dengan lembut
- e. Minta klien menarik nafas dalam dan perlahan untuk menimbulkan relaksasi.
- f. Minta klien untuk menggunakan seluruh panca inderanya dalam menjelaskan bayangan dan lingkungan bayangan tersebut.
- g. Mulailah untuk membayangkan tempat yang menyenangkan dan dapat dinikmati
- h. Minta klien untuk menjelaskan perasaan fisik dan emosional yang ditimbulkan dari bayangannya dan bantu klien untuk mengeksplorasi respon terhadap bayangannya.
- i. Teknik guided imagery dilakukan selama 10 menit dan sebanyak dua kali sehari, selama 2 hari diberikan pada kelompok eksperimen.
- j. Teknik guided imagery 1 jam sebelum pemberian analgetik, setelah di berikan guided imagery klien di minta untuk beristirahat selama 5 menit dan kemudian di ukur tingkat nyeri setelah pemberian guided imagery.
- k. Pemberian ke 2 di berikan 7 jam lagi sebelum pemberian analgetik kembali, diberikan guided imagery selama 10 menit setelah itu pasien di istirahatkan selama 5 menit dan di ukur kembali skala nyeri pasien

3. Tahap terminasi

- a. Mengucapkan salam penutup kepada pasien
- b. Dokumentasikan tindakan kesehatan yang sudah dilakukan dan penurunan skala nyeri

Lampiran 2

DOKUMENTASI



DAFTAR MATRIK PERBAIKAN

Nama : Tiara Rani Arifa k, S.Kep

Nim : 2314901082

Penguji 1 : Dr. Ns. Asmawati, M.Kep

No	Saran Perbaikan	Halaman	Perbaikan	Tanda Tangan
1	Abstrak – Menghilangkan pemborosan kata WHO – Perbaiki typo pada abstrak	i	Sudah diperbaiki	
2	BAB 1 – Fokuskan pada keperawatan medikal bedah	3-6	Sudah diperbaiki	
3	BAB 2 – Tambahkan konsep dasar keperawatan – Tambahkan defrnisi muskuloskeletal – Perbaiki penulisan yang typo	16	Sudah diperbaiki	
3	BAB 3 – Tambahkan dischart planning – Perbaiki penulisan fisik di analisa data	80 98-100	Sudah diperbaiki	
4.	BAB 4 – Tambahkan hasil rontgen	96	Sudah diperbaiki	
5	Lampiran – Jelaskan setiap dokumentasi	97	Sudah diperbaiki	

DAFTAR MATRIK PERBAIKAN

Nama : Tiara Rani Arifa k, S.Kep

Nim : 2314901082

Penguji 2 : Ns. Willady Rasyid, M.Kep Sp, Kmb

No	Saran Perbaikan	Halaman	Perbaikan	Tanda Tangan
1	Abstrak – Menghilangkan pemborosan kata WHO – Perbaiki typo pada abstrak	i	Sudah diperbaiki	
2	BAB 1 – Fokuskan pada keperawatan medikal bedah	3-6	Sudah diperbaiki	
3	BAB 2 – Tambahkan konsep dasar keperawatan – Tambahkan defrnisi muskuloskeletal – Perbaiki penulisan yang typo	16	Sudah diperbaiki	
3	BAB 3 – Tambahkan dischart planning – Perbaiki penulisan fisik di analisa data	80 98-100	Sudah diperbaiki	
4.	BAB 4 – Tambahkan hasil rontgen	96	Sudah diperbaiki	
5	Lampiran – Jelaskan setiap dokumentasi	97	Sudah diperbaiki	