

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Fraktur

2.1.1 Definisi

Fraktur cruris adalah terputusnya tulang dan ditentukan sesuai dengan jenis dan luasnya (Brunner & Suddarth, 2001 dalam Wijaya dan Putri, 2013). *Fraktur* adalah terputusnya kontinuitas jaringan tulang dan atau tulang rawan yang umumnya disebabkan oleh trauma kecelakaan ataupun cedera yang lainnya (Mansjoer 2000 dalam Jitowiyono & Kristiyana Sari, 2012).

Pada kasus ini penanganan yang dilakukan adalah operasi dengan metode *ORIF*. *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 (Brunner & Suddart, 2003)

Beberapa pengertian faktor menurut para ahli antara lain :

- 1) Fraktur adalah terputusnya kontinuitas tulang, fraktur terjadi ketika tekanan yang kuat diberikan pada tulang normal atau tekanan yang sedang pada tulang yang terkena penyakit, misalnya osteoporosis (Grace & Boerly, 2007).

2) *Faktur* atau yang sering disebut dengan patah tulang adalah sebuah patah tulang yang biasanya disebabkan oleh trauma atau tekanan fisik. Kekuatan dan sudut dari tenaga tersebut, keadaan tulang, dan jaringan lunak di sekitar tulang akan menentukan apakah *fraktur* yang terjadi itu lengkap atau tidak lengkap (Price & Wilson, 2006 dalam Wijaya & Putri 2013).

2.1.2 Anatomi Fisiologi Sistem Muskuloskeletal

Muskuloskeletal menjelaskan bahwa musculos (muscles) adalah otot & sekeleton adalah kerangka yang keras pada anggota tubuh. Sistem muskuloskeletal terdiri dari tulang-tulang, tendon, ligamen, & kartilago yang membentuk rangka dan penyangga tubuh, yang melindungi organ vital dan membantu untuk melakukan gerakan. Tulang terdiri dari 2 unsur yaitu organik, adalah sel-sel hidup & substansi interstitial/matriks. Unsur organik memungkinkan tulang untuk dapat bergerak serta juga digunakan sebagai penyedia makanan bagi sel-sel untuk tumbuh dan memperbaiki tulang. Sedangkan unsur inorganik adalah fosfor & garam kalsium. Unsur inorganik membuat tulang menjadi keras dan kuat.

Komponen utama dari sistem muskuloskeletal adalah jaringan ikat yang terdiri dari tulang, sendi, otot, rangka, ligament, bursa, dan jaringan khusus yang menghubungkan antar struktur. Struktur dari tulang melindungi organ vital, sedangkan perangkat tulang untuk menjaga struktur tubuh (Suratun, 2008).

Tulang manusia saling berhubungan satu dengan yang lainnya untuk memperoleh fungsi sistem muskuloskeletal yang optimal. Aktivitas gerak tubuh manusia bergantung pada keefektifannya berinteraksi antara sendi yang normal dengan neuromuskular yang menghubungkannya. Struktur tulang memberikan perlindungan terhadap organ vital termasuk otak, jantung, dan paru-paru (Ningsih, 2009).

1) Fungsi Tulang

Tulang adalah jaringan yang terstruktur dengan baik dan mempunyai 5 fungsi utama yaitu (Muttaqin, 2008) :

- a) Membentuk rangka badan
- b) Sebagai pengumpul dan tempat melekat otot
- c) Sebagai bagian dari tubuh untuk melindungi dan mempertahankan organ dalam (otak, sumsum tulang belakang, jantung, dan paru-paru)
- d) Sebagai tempat mengatur dan deposit, kalsium, fosfat, magnesium, dan garam
- e) Ruang di tengah tulang tertentu sebagai organ yang mempunyai fungsi tambahan lain, yaitu sebagai jaringan hemopoietik atau sebagai pemroduksi sel darah merah, sel darah putih, dan keping darah

2) Jenis-jenis Tulang

Jenis-jenis tulang meliputi (Suratun, 2008) :

- a) Tulang panjang

Bentuknya silindris dan berukuran panjang seperti batang yang tersusun dari tulang kompakta, kedua ujungnya berbentuk bulat tersusun dari tulang kanelus, misalnya tulang femur, tulang tibia, dan fibula.

b) Tulang pendek

Bentuknya hampir sama dengan tulang panjang, tetapi bagian distal lebih kecil daripada bagian proximal serta berukuran pendek dan kecil.

c) Tulang pipih

Bentuknya gepeng, berisi atas sel-sel pembentuk darah, melindungi organ vital dan organ lunak lainnya, misalnya tulang iga, tulang skapula, dan tulang pelvis.

d) Tulang tidak beraturan

Mempunyai bentuk tulang yang unik sesuai dengan fungsinya. Memberi 2 kelompok pembuluh darah untuk menyuplai tulang kompakta dan spongiosa.

3) Fisiologi Sel Tulang

a) Osteoblast

Membangun tulang dengan membentuk kolagen Tipe 1 dan proteoglikan sebagai matriks tulang atau jaringan osteosid melalui suatu proses yang disebut dengan osifikasi. Ketika sedang aktif menghasilkan jaringan osteosid, osteoblast menyekresikan sejumlah besar fosfatasealkali yang memegang peranan penting dalam mengendapkan kalsium dan fosfat ke dalam matriks tulang.

b) Osteosit

Osteosit adalah sel-sel tulang dewasa yang bertindak sebagai suatu lintasan untuk pertukaran kimiawi melalui tulang yang padat.

c) Osteoklas

Osteoklas adalah sel berinti banyak yang memungkinkan mineral dan matriks tulang dapat diabsorpsi.

2.1.3 Klasifikasi Fraktur

Klasifikasi fraktur dapat dibagi menjadi beberapa bagian diantaranya :

1) Klasifikasi Etiologis

a) Fraktur Traumatic

b) Fraktur Patologis, yaitu fraktur yang terjadi pada daerah-daerah tulang yang telah menjadi lemah oleh karena tumor atau proses patologik lainnya (infeksi dan kelainan bawaan) dan dapat terjadi secara spontan atau akibat trauma ringan.

c) Faktor Beban (kelelahan), yaitu faktor yang terjadi pada orang-orang yang baru saja menambah tingkat aktivitas mereka atau karena adanya stress yang kecil dan berulang-ulang pada daerah tulang yang menopang berat badan.

2) Klasifikasi Klinis

a) Fraktur Tertutup (simple fraktur), adalah fraktur dengan kulit yang tidak tembus oleh fragmen tulang, sehingga tempat fraktur tidak terkontaminasi oleh lingkungan.



- b) Fraktur Terbuka (comopund fraktur), adalah fraktur dengan kulit ekstremitas yang terlihat telah ditembus, dan terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar, karena adanya perlukaan kulit.



Gambar 2.1 Perbedaan fraktur terbuka dan tertutup

Sumber : safe-skipper.com

Fraktur terbuka dibagi menjadi 3 derajat yaitu :

- (1) Derajat 1 : sakit jelas dan sedikit terjadi kerusakan kulit.
 - (a) Luka < 1 cm
 - (b) Kerusakan jaringan lunak sedikit, tidak ada tanda luka remuk
 - (c) Fraktur sederhana, transversal, atau kominutif ringan
 - (d) Kontaminasi minimal
- (2) Derajat 2 : fraktur terbuka dan sedikit kerusakan kulit.

- (a) Luka > 1 cm
 - (b) Kerusakan jaringan lunak, tidak luas, flap/avulse
 - (c) Fraktur kominutif sedang
 - (d) Kontaminasi sedang
- (3) Derajat 3 : banyak sekali kerusakan kulit, otot jaringan saraf, dan pembuluh darah serta luka sebesar 6-8 cm
(Sjamsuhidayat, 2010 dalam Wijaya &Putri, 2013).

3) Klasifikasi Radiologis

- a) Lokalisasi :diafisal, metafisial, intra-articular, fraktur dengan dislokasi.
- b) Konfigurasi : Fraktur transversal, fraktur oblik, fraktur spinal, fraktur segmental, fraktur komunitif (lebih dari 2 fragmen), fraktur avulse, fraktur depresi, fraktur epifisis.
- c) Menurut ekstensi : Fraktur total, fraktur tidak total, fraktur buckle atau torus, fraktur garis rambut, faktor greenstick.
- d) Menurut hubungan antara fragmen dengan fragmen lainnya : tidak bergeser, bergeser (bersampingan, angulasi, rotasi, distraksi, overriding, impaksi)(Kusuma, 2015).

2.1.4 Etiologi

Jenis fraktur dibedakan menjadi :

1) Cedera Traumatik

Cedera traumatik pada tulang dapat disebabkan oleh :

- a) Cedera langsung berarti pukulan langsung terhadap tulang sehingga tulang patah secara spontan. Pemukulan biasanya

menyebabkan fraktur melintang dan kerusakan pada kulit di atasnya.

- b) Cedera tidak langsung berarti pukulan langsung berada jauh dari lokasi benturan, misalnya jatuh dengan tangan menjulur dan mengakibatkan fraktur clavicula.
- c) Fraktur yang disebabkan kontraksi keras yang mendadak dari otot yang kuat.

2) Fraktur Patologis

Dalam hal ini kerusakan tulang akibat proses penyakit dimana dengan trauma minor dapat mengakibatkan fraktur, seperti :

- a) Tumor tulang (jinak atau ganas) dapat terjadi akibat proses penyakit di mana jaringan baru yang tidak terkendali.
- b) Infeksi seperti osteomyelitis, dapat terjadi sebagai akibat dari infeksi akut atau dapat timbul sebagai salah satu proses yang progresif, lembab dan sakit nyeri.
- c) Rakitis suatu penyakit tulang yang disebabkan oleh defisiensi vitamin D.
- d) Stress tulang seperti pada penyakit polio dan orang yang bertugas di kemiliteran (Sachdeva, 2000 dalam Kristiyanasari, 2012).

2.1.5 Manifestasi Klinis

Beberapa tanda dan gejala terjadinya fraktur adalah sebagai berikut (Brunner & Suddarth, 2002) :

- 1) Nyeri
- 2) Deformitas akibat kehilangan kelurusan (alignment) yang dialami

- 3) Pembengkakan
- 4) Saat ekstremitas diperiksa di tangan, teraba adanya derik tulang dinamakan krepitus yang teraba akibat gesekan antara fragmen satu dengan yang lainnya
- 5) Pembengkakan dan perubahan warna lokal pada kulit terjadi sebagai akibat trauma dan pendarahan yang mengikuti fraktur, tanda ini terjadi setelah beberapa jam atau beberapa hari
- 6) Krepitasi
- 7) Spasme otot

2.1.6 Komplikasi

- 1) Komplikasi awal
 - a) Syok hipovolemik atau traumatic akibat pendarahan (baik kehilangan darah eksternal maupun yang tidak kelihatan) dan kehilangan cairan eksternal ke jaringan yang rusak, dapat terjadi pada fraktur ekstremitas, toraks, pelvis, dan vertebrata. Penanganannya meliputi mempertahankan volume darah, mengurangi nyeri yang diderita pasien dengan cara distraksi relaksasi, memasang pembebatan yang memadai, dan melindungi pasien dari cedera lebih lanjut (Brunner & Suddarth, 2002).
 - b) Sindrom emboli lemak

Setelah terjadinya fraktur panjang atau pelvis, fraktur multiple, atau cedera remuk, dapat terjadi emboli lemak, khususnya pada dewasa muda (20-30 tahun). Pada saat terjadi fraktur globula lemak dapat masuk kedalam darah karena tekanan

sumsum tulang lebih tinggi dari tekanan kapiler atau karena katekolamin yang dilepaskan oleh reaksi stress pasien akan memobilisasi asam lemak dan memudahkan terjadinya globula lemak dalam aliran darah, yang akan bergabung dengan trombosit membentuk emboli yang dapat menyumbat pembuluh darah kecil yang memasok otak, paru, ginjal, dan organ lain.

Gejala yang muncul berupa hipoksia, takikardi dan pireksia, respon pernafasan meliputi takipneu, dysnea, krepitasi, mengi, sputum putih kental banyak. Gas darah menunjukkan PO₂ dibawah 60 mmHg. Dengan adanya emboli sistemik pasien tampak pucat. Tampak ada ptekie pada membran pipi dan kantung konjungtiva, pada palatum durum, pada fundus okuli, dan di atas dada dan lipatan ketiak depan. Lemak bebas dapat ditemukan dalam urine bila emboli mencapai ginjal, dan berakhir dapat terjadi gagal ginjal (Brunner & Suddarth, 2002).

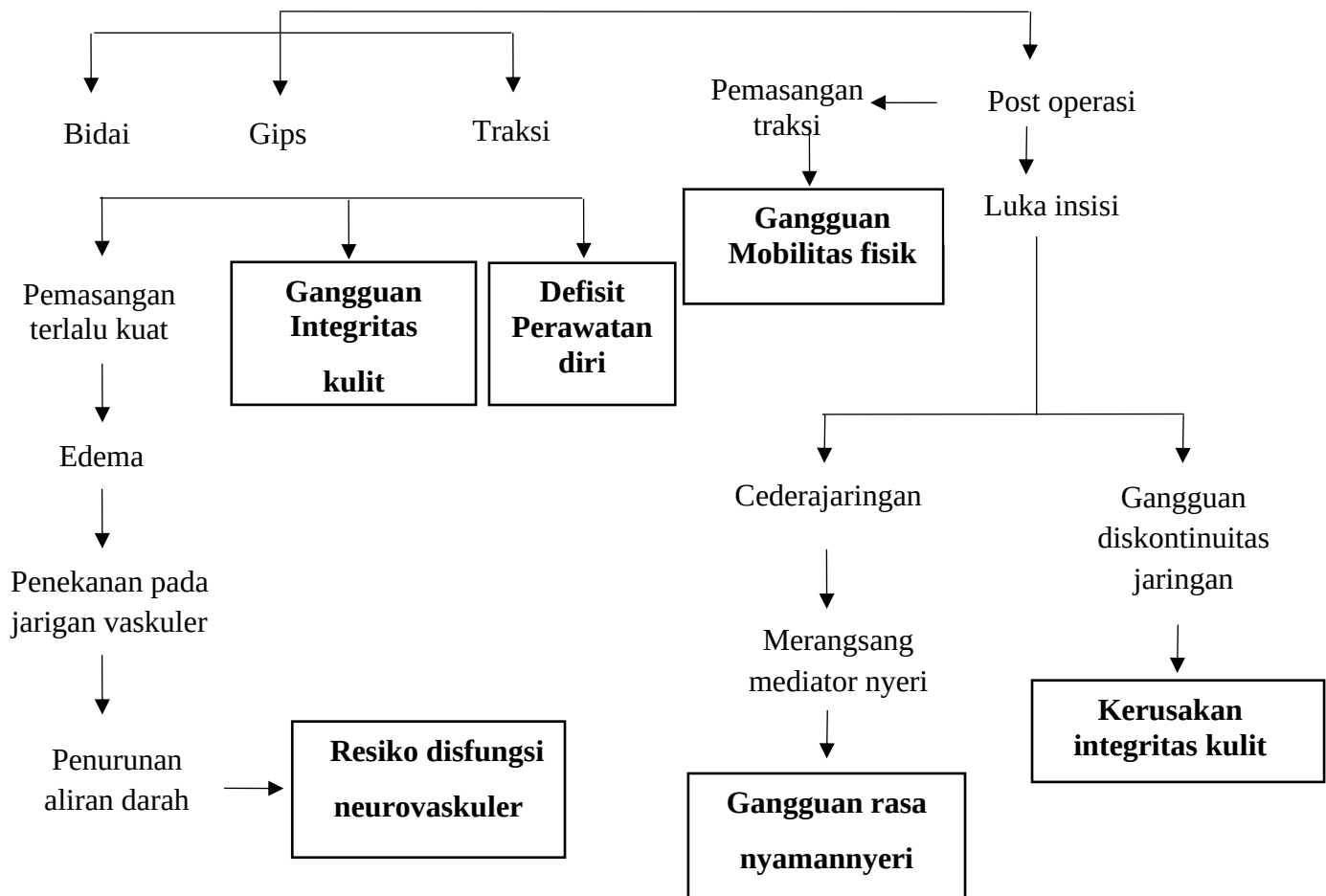
2) Komplikasi lanjut

- a) Terjadi non-Union
- b) Delayed Union
- c) Mal-Union
- d) Pertumbuhan terhambat
- e) Arthritis
- f) Distrofi simpatik(refleks) pasca trauma (R. Boerley, 2007 : 85)

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

- 1) X-ray : untuk menentukan luas atau lokasi fraktur

- 2) Scantulang untuk memperlihatkan fraktur lebih jelas, mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak
- 3) Arteriogram, dilakukan untuk memastikan ada tidaknya kerusakan vaskuler
- 4) Hitung darah lengkap, homokonsentrasi mungkin meningkat, menurun pada perdarahan : peningkatan leukosit sebagai respon terhadap peradangan
- 5) Kreatinin : trauma otot meningkatkan beban kreatinin untuk klinis ginjal
- 6) Profil koagulasi : perubahan dapat terjadi pada kehilangan darah, transfusi atau cedera hati (Dongoes, 2000 dalam Wijaya & Putri, 2013)



Gambar 2.2 Pathway Fraktur

Sumber : Suprianto, Yudi. (2020)

2) Uraian Pathway Fraktur

Fraktur terjadi karena trauma langsung atau tidak langsung yang disebabkan oleh kekuatan yang tiba-tiba berlebihan, yang dapat berupa pukulan, penghancuran, pemuntiran, atau penarikan. Pada dasarnya trauma yang tidak langsung berarti pukulan langsung tetapi berada jauh dari benturan atau bisa juga karena kontraksi keras dari otot yang kuat, sedangkan pada kondisi patologis tulang dapat patah secara spontan seperti terjadi oleh tekanan yang normal, jika tulang

tersebut lemah atau sangat rapuh. Pergeseran *fragmen* tulang oleh karena adanya fraktur akan menyebabkan nyeri sehingga muncul masalah keperawatan nyeri akut. *Diskontinuitas* tulang dapat menyebabkan perubahan jaringan di sekitar tulang dan kerusakan *fragmen* tulang. Perubahan jaringan sekitar meliputi pergeseran *fragmen* tulang otot dan *laserasi* kulit. Pada pergeseran *fragmen* tulang menyebabkan *deformitas* sehingga mengakibatkan gangguan fungsi *ekstremitas* dan muncul masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik. Terputusnya *kontinuitas* jaringan tulang mengakibatkan terjadinya perubahan jaringan sekitar dan terjadi *laserasi* kulit sehingga muncul masalah keperawatan kerusakan *integritas* kulit. *Laserasi* kulit juga dapat mengakibatkan terputusnya arteri atau vena dan terjadi pendarahan. Pendarahan yang hebat dapat mengakibatkan kehilangan volume cairan sehingga muncul masalah keperawatan *syok hipovolemik*. Terjadinya perubahan jaringan sekitar juga dapat mengakibatkan *spasme* otot sehingga terjadi peningkatan tekanan kapiler dan pelepasan *histamine* yang bisa mengakibatkan protein plasma hilang dan terjadi *edema*. *Edema* sendiri juga dapat mengakibatkan penekanan pembuluh darah dan terjadipenurunan *perfusi* jaringan sehingga muncul masalah ketidakefektifan *perfusi* jaringan *perifer*. *Diskontinuitas* tulang juga dapat mengakibatkan kerusakan *fragmen* tulang dan tekanan sumsum tulang lebih tinggi dari kapiler sehingga muncullah reaksi stress klien dan melepaskan *katekolamin* yang dapat memobilisasi

asam lemak. Asam lemak yang bergabung dengan *trombosit* dapat menjadi *emboli* yang bisa menyumbat pembuluh darah sehingga muncul masalah keperawatan ketidakefektifan *perfusi* jaringan *perifer*.

Tindakan *konservatif* pada klien *fraktur femur* meliputi *bidai*, *gips* dan *traksi* yang memunculkan diagnosa keperawatan gangguan *integritas* kulit dan defisit perawatan diri. Pada klien *fraktur femur* yang memerlukan tindakan bedah dilakukan *insisi* sehingga *post operasinya* beresiko terjadi *port de entry* atau jalan masuknya kuman sehingga terjadi *invasi* bakteri yang beresiko infeksi. Luka *insisi* juga merangsang mediator nyeri yaitu hormon *prostaglandin* dan *histamine* yang memunculkan masalah keperawatan gangguan rasa nyaman nyeri. Luka *insisi* juga menyebabkan gangguan mobilitas fisik dari anastesi yang dilakukan untuk pembedahan. Selain itu luka *insisi* juga menimbulkan kerusakan pada pembuluh darah sehingga mengganggu suplai oksigen dan nutrisi maka akan muncul diagnosa keperawatan gangguan *perfusijaringan perifer*.

2.1.9 Penatalaksanaan

1) Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan *fraktur* dilakukan dengan farmakologi dan nonfarmakologi.

a) Penatalaksanaan non farmakologi

Penatalaksanaan non farmakologi dilakukan dengan 4 cara yaitu rekognisi, reduksi, retensi, dan rehabilitasi.

- b) Rekognisi yaitu mengenal *fraktur* (jenis, lokasi, dan akibat) untuk menentukan intervensi selanjutnya.
- c) Reduksi merupakan tindakan dengan membuat tulang mendekati keadaan normal, reduksi ada 2 yaitu :
 - (1) Reduksi tertutup yaitu mengembalikan dengan cara manual dengan tarikan untuk menggerakkan fragmen ujung tulang.
 - (2) Reduksi terbuka yaitu pembedahan dengan tujuan memasang alat untuk mempertahankan pergerakan.
- d) Retensi yaitu melakukan imobilisasi dengan pemasangan gips, imobilisasi internal (ORIF) dan imobilisasi external Fixation External Djoko Sharov (FEDS).
- e) Rehabilitasi yaitu mengembalikan ke semula termasuk fungsi tulang, otot, dan jaringan sekitarnya (Widianto, 2011).
- f) Penatalaksanaan farmakologi

Penatalaksanaan secara farmakologi dengan melibatkan opiate (narkotik), non opiate atau obat IANS (anti inflamasi non steroid), obat obat adjuvant atau koanalgesik (Widya, 2012).

2) Penatalaksanaan Keperawatan

Pada fraktur femur terbuka harus dinilai dengan cermat untuk mencari ada tidaknya :

- a) Kehilangan kulit
- b) Kontaminasi luka
- c) Iskemiaotot
- d) Cedera pada pembuluh darah dan saraf

Intervensi yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut :

- a) Profilaksis antibiotik
- b) Debridement pembersihan luka. Jika terdapat kematian jaringan atau kontaminasi yang jelas, luka harus diperluas dan jaringan yang mati dieksesisi dengan hati-hati. Luka akibat penetrasi fragmen tulang yang tajam juga perlu dibersihkan dan dieksisi tetapi cukup dengan debridement terbatas saja.
- c) Stabilisasi, dilakukan pemasangan fiksasi.
- d) Penundaan penutupan
- e) Penundaan rehabilitasi
- f) Fiksasi eksterna.

Penatalaksanaan fraktur batang femur tertutup adalah sebagai berikut :

- a) Terapi Konservatif
 - (1) Traksi kulit merupakan pengobatan sementara sebelum dilakukan terapi definitive untuk mengurangi spasme otot.
 - (2) Traksi tulang berimbang dengan bagian person pada sendi lutut. Indikasi traksi terutama fraktur yang bersifat komunitif dan segmental
 - (3) Menggunakan cast breasting yang dipasang setelah terjadi union fraktur secara klinis.

- b) Terapi Operatif

Pemasangan plate dan screw(Helmi, 2014).

2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Post Operasi Fraktur

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap pertama dari proses keperawatan. Tahap keperawatan dimulai setelah pasien berhubungan dengan sistem pelayanan kesehatan dan pasien memperoleh pelayanan kesehatan. Selama pengkajian, data tentang status pasien dikumpulkan yang kemudian divalidasi, diorganisasikan dan dikomunikasikan secara verbal dan tertulis. Pengkajian memberikan dasar penentuan diagnosa keperawatan yang akurat dan selanjutnya digunakan untuk perencanaan tindakan keperawatan, implementasi dan evaluasi asuhan keperawatan yang telah diberikan. Pengkajian data adalah pendekatan sistematis untuk mengumpulkan data dan menganalisisnya (Manurung, 2011).

Hasil pengumpulan data kemudian diklasifikasikan dalam dua data yaitu subjektif dan data objektif. Data subjektif merupakan ungkapan yang di kemukakan oleh pasien sendiri. Data objektif merupakan data yang didapat dari hasil penelitian atau observasi (Wartona, 2003).

Pengkajian pada pasien fraktur adalah sebagai berikut :

1) Identitas kelas

Meliputi : Nama, umur, jenis kelamin, tempat tinggal (alamat), pekerjaan, pendidikan, agama, status perkawinan, suku bangsa, tanggal masuk rumah sakit.

2) Riwayat perawatan

Yang perlu diperhatikan pada pasien fraktur menurut Doengoes 2003, meliputi :

a) Keluhan utama

Alasan pasien masuk rumah sakit dan diisi dengan keluhan yang dirasakan pasien saat dilakukan pengkajian oleh perawat. Pada umumnya keluhan utama pada kasus fraktur adalah rasa nyeri, keterbatasan gerak, gangguan sirkulasi dan gangguan neurosensori (Suratun, 2008), klien post op fraktur biasanya mengalami nyeri pada bagian luka insisi bedah, nyeri akan bertambah parah apabila digunakan untuk beraktifitas.

b) Riwayat penyakit sekarang

Kaji kronologi terjadinya trauma yang menyebabkan patah tulang femur, pertolongan apa yang didapatkan, apakah sudah berobat ke dukun patah tulang. Penjelasan pada riwayat penyakit sekarang dilanjutkan sampai dengan penjelasan yang meliputi PQRST (kalau penting semua item PQRST atau beberapa item sesuai dengan kebutuhan).

P (Provokatus-paliatif) : Apa yang menyebabkan gejala? Apa yang bisa membuatnya semakin parah? Apa yang bisa mengurangi keparahannya?

R (Region) : Dimana rasa nyeri dirasakan? Apakah nyeri menyebar pada area sekitar nyeri?

Q (Quality-quantity) : Bagaimana gejala yang dirasakan? Apakah menyebar?

S (Scala-severity) : Seberapa tingkat keparahan? Pada skala berapa?

T (Time) : Kapan gejala mulai timbul? Seberapa sering gejala yang dirasakan? Tiba-tiba atau bertahap? Seberapa lama gejala yang dirasakan? (Suratun, 2008).

c) Riwayat penyakit dahulu

Penderita fraktur perlu ditanyakan apakah pasien pernah mengalami kelainan muskuloskeletal (jatuh, infeksi, trauma) dan bagaimana cara penanggulangannya (Suratun, 2008). Pada beberapa keadaan klien yang pernah berobat ke dukun patah tulang sebelumnya sering mengalami mal-union. Penyakit tertentu seperti kanker tulang atau menyebabkan fraktur patologis sehingga tulang sulit menyambung.

d) Riwayat penyakit keluarga

Riwayat kesehatan keluarga dihubungkan dengan kemungkinan adanya penyakit keturunan, kecenderungan alergi dalam satu keluarga, penyakit menular akibat kontak langsung maupun tidak langsung antar anggota keluarga. Penyakit *fraktur* bukan penyakit keturunan dan juga bukan penyakit menular (Jitowiyono, Sugeng, & Kristiyanasari, 2010)

e) Pengkajian psikososial spiritual

Pengkajian psikologis pasien meliputi beberapa dimensi yang memungkinkan perawat untuk memperoleh persepsi yang jelas mengenai status emosi kognitif dan perilaku pasien.

3) Pola Fungsi Kesehatan

a) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Perlu dikaji apakah pasien menggunakan bahan-bahan yang beresiko pada kesehatan seperti merokok, mengkonsumsi alkohol, menggunakan obat-obat dan lain-lain. Perlu dikasih apakah memiliki riwayat alergi, pengetahuan tentang penyakit sekarang dan upaya pencegahannya serta harapan terhadap perawatan yang dilakukan saat ini.

b) Pola aktivitas dan personal hygiene

Biasanya didapatkan rasa sakit, lemah, letih, dan penurunan kekuatan otot sehingga pasien sulit bergerak atau berjalan (beraktivitas). Kaji kemampuan pasien dalam melakukan perawatan diri yang meliputi makan dan minum, mandi berpakaian, toileting, dan lain-lain. Apakah pasien dibantu atau dapat melakukan secara mandiri.

c) Pola nutrisi dan cairan metabolisme

Adanya penurunan atau peningkatan berat badan akibat dari mekanisme seseorang terhadap respon nyeri. Pada pasien fraktur harus mengkonsumsi nutrisi melebihi kebutuhan sehari-harinya seperti kalsium, zat besi, protein, vitamin C, dan lainnya untuk membantu proses penyembuhan tulang. Evaluasi terhadap pola nutrisi pasien 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 jika mengalami

obesitas juga akan menghambat ke generasi dan mobilitas (Doengoes, 2000).

d) Pola tidur dan istirahat

Semua pasien fraktur timbul rasa nyeri, keterbatasan gerak, sehingga hal ini dapat mengganggu pola dan kebutuhan tidur pasien. Selain itu juga, pengajian dilaksanakan pada lamanya tidur, suasana lingkungan, kebiasaan tidur dan kesulitan tidur (Doengoes, 2000).

e) Pola eliminasi

Biasanya pada pasien dengan kondisi terakhir akan dilakukan kateterisasi, tapi walaupun begitu perlu juga dikasih frekuensi, konsistensi, warna, serta bau feses pada pola eliminasi alvi. Sedangkan pada pola eliminasi urine dikaji frekuensi, kepekatanannya, warna, bau, dan jumlah. Pada kedua pola ini juga harus dikaji ada kesulitan atau tidak.

f) Pola kognitif dan sensori persepsi

Mengalami kram otot secara tiba-tiba

g) Pola peran hubungan dan interaksi sosial

Kemungkinan adanya perasaan menarik diri karena keterbatasan dan kekurangan akibat fraktur

h) Pola persepsi diri dan toleransi terhadap stress

Adanya trauma akibat keadaan yang dialami

i) Pola seksualitas

Keterbatasan karena adanya fraktur patah tulang

j) Pola keyakinan nilai

Pada umumnya pasien akan berobat ke dukun patah tulang (sangkal putung) dan datang ke pelayanan kesehatan setelah timbul penyulit atau keadaan sudah dalam stadium lanjut (Muttaqin, 2008).

k) Pemeriksaan fisik

Menurut Muttaqin, 2008, pemeriksaan fisik meliputi :

(1) Keadaan umum

Kesadaran penderita : apatis, sopor, koma, gelisah, compos mentis tergantung pada keadaan klien. Kesakitan, keadaan penyakit akut, kronik, ringan, sedang, berat dan pada kasus fraktur biasanya akut. Kerusakan jaringan dan pergeseran fragmen tulang merupakan salah satu penyebab timbulnya rasa nyeri pada fraktur (Brunner & Suddarth, 2002). Tanda-tanda vital tidak normal karena ada gangguan baik fungsi maupun bentuk.

(2) Sistem respirasi

Adanya perubahan respon simpatik yaitu peningkatan frekuensi pernapasan 24x/menit karena respon fisiologis terhadap nyeri (Prasetyo, 2010)

(3) Sistem kardiovaskuler

Menurut Doengoes, 2000, terjadi hipertensi yaitu tekanan darah 140/90 mmHg karena respon nyeri atau hipotensi, 120/70 mmHg karena kehilangan darah akibat

perdarahan,takikardi dengan frekuensi nadi lebih dari 100x/menit akibat dari respon stress.

(4) Sistem neurosensori

Hilangnya gerakan atau sensasi, spasme otot, kebas atau kesemutan (*parestesia*),*deformitas lokal* (angulasi abnormal, pemendekan rotasi, krepitasi, bunyi berderit). Spasme otot terlihat kelemahan atau hilangnya fungsi, angitasi (badan nyeri, ansietas atau trauma lain).

(5) Sistem pencernaan

Terjadi masalah dalam pemenuhan nutrisi, penurunan motilitas saluran cerna akibat respon fisiologis nyeri.

(6) Sistem muskuloskeletal

Keterbatasan atau kehilangan fungsi pada bagian yang terkena fraktur, adanya nyeri tekan, terjadi pembengkakan pada daerah luka dan perubahan tonus otot. Pada kasus fraktur terjadi keterbatasan gerak atau kehilangan fungsi pada bagian yang terkena fraktur, adanya nyeri tekan, terjadi pembengkakan pada daerah luka dan perubahan tonus otot (Chairuddin, 2003).

(7) Sistem integumen

Umumnya pada pasien fraktur akan terjadi lesi pada kulit yang mengalami fraktur, terjadi perubahan warna kulit pada daerah yang terganggu yaitu sianosis dan pucat, keluar

keringat dingin karena akibat perubahan suhu tubuh (Doengoes, 2000).

(8) Sistem genitourinaria

Adanya penurunan atau peningkatan keinginan untuk berkemih karena kondisi fraktur pasien (Doengoes, 2000).

4) Pemeriksaan penunjang

- a) X-ray untuk menentukan lokasi atau luasnya fraktur.
- b) Scan tulang atau CT Scan untuk memperlihatkan fraktur lebih jelas, mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak.
- c) Arteriogram dilakukan untuk memastikan ada tidaknya kerusakan vaskuler.
- d) Hitung darah lengkap : hemokonsentrasi mungkin meningkat, menurun pada perdarahan. Peningkatan leukosit sebagai respon terhadap peradangan.
- e) Kreatinin : trauma otot meningkatkan beban kreatinin untuk klirens ginjal.
- f) Profil koagulasi : perubahan dapat terjadi pada kehilangan darah, transfuse atau cedera hati (Nanda. 2015).

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan ditetapkan berdasarkan analisa dan interpretasi data yang diperoleh dari pengkajian keperawatan klien. Diagnosa keperawatan memberikan gambaran tentang masalah atau status kesehatan klien yang nyata (aktual) dan kemungkinan akan

terjadi (potensial) dimana pemecahannya dapat dilakukan dalam batas wewenang perawat (Effendy. 1995).

Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien fraktur cruris sesuai dengan buku Diagnosa keperawatan menurut (Standart Diagnosa Keperawatan Indonesia, 2017) meliputi :

1) Nyeri akut (D.0077)

Kategori : Psikologis

Subkategori : Nyeri dan Kenyamanan

Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual dan fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Penyebab :

- a) Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma)
- b) Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)
- c) Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

- a) Mengeluh Nyeri

Objektif

- a) Tampak meringis
- b) Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)

- c) Gelisah
- d) Frekuensi nadi meningkat
- e) Sulit tidur

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

(Tidak tersedia)

Objektif

- a) Tekanan darah meningkat
- b) Pola napas berubah
- c) Nafsu makan berubah
- d) Proses berpikir terganggu
- e) Menarik diri
- f) Berfokus pada diri sendiri
- g) Diaphoresis

Kondisi Klinis Terkait

- a) Kondisi pembedahan
- b) Cedera traumatis
- c) Infeksi
- d) Sindrom coroner akut
- e) Glaucoma

2) Gangguan integritas kulit/jaringan (D.0139)

Kategori : Lingkungan

Subkategori :Keamanan dan Proteksi

Definisi : Beresiko mengalami kerusakan kulit (dermis dan atau epidermis) atau jaringan (membrane mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi, dan ligament)

Faktor resiko

- a) Perubahan sirkulasi
- b) Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)
- c) Kekurangan/kelebihan volume cairan
- d) Penurunan mobilitas
- e) Bahan kimia iritatif
- f) Suhu lingkungan yang ekstrem
- g) Faktor mekanis (mis. penekanan, gesekan) atau faktor elektrik (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi)
- h) Terapi radiasi
- i) Kelembapan
- j) Proses penuaan
- k) Neuropati perifer
- l) Perubahan pigmentasi
- m) Perubahan hormonal
- n) Penekanan pada tonjolan tulang
- o) Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan atau melindungi integritas jaringan

Kondisi Klinis Terkait

- a) Imobilisasi
- b) Gagal jantung kongestif

- c) Gagal ginjal
- d) Diabetes melitus
- e) Imunodefisiensi (mis. AIDS)
- f) Kateterisasi jantung

3) Resiko infeksi (D. 0143)

Kategori : Lingkungan

Subkategori : Keamanan dan Proteksi

Definisi : Beresiko mengalami peningkatan teresang organisme patogenik.

Faktor resiko

- a) Penyakit kronis (mis. diabetes melitus)
- b) Efek prosedur invasive
- c) Malnutrisi
- d) Peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan
- e) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer :
 - (1) Gangguan peristaltic
 - (2) Kerusakan integritas kulit
 - (3) Perubahan sekresi pH
 - (4) Penurunan kerja siliaris
 - (5) Ketuban pecah lama
 - (6) Ketuban pecah sebelum waktunya
 - (7) Merokok
 - (8) Statis cairan tubuh
- f) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder

- (1) Penurunan hemoglobin
- (2) Imunosupresi
- (3) Leukopenia
- (4) Supresi respon inflamasi
- (5) Vaksinasi tidak adekuat

Kondisi Klinis Terkait

- a) AIDS
 - b) Luka bakar
 - c) Penyakit paru obstruktif kronis
 - d) Diabetes melitus
 - e) Tindakan invasif
 - f) Kondisi penggunaan terapi steroid
 - g) Penyalahgunaan obat
 - h) Ketuban pecah sebelum waktunya
 - i) Kanker
 - j) Gagal ginjal
 - k) Imunosupresi
 - l) *Lymphedema*
 - m) Leukositopenia
 - n) Gangguan fungsi hati
- 4) Resiko ketidakseimbangan cairan (D.0036)

Kategori : Fisiologis

Subkategori : Nutrisi/Cairan

Definisi : Beresiko mengalami penurunan, peningkatan atau percepatan perpindahan cairan intravaskuler, interstisial atau intraseluler.

Faktor resiko

- a) Prosedur pembedahan mayor
- b) Trauma/pendarahan
- c) Luka bakar
- d) Apheresis
- e) Asites
- f) Obstruksi intestinal
- g) Peradangan pancreas
- h) Penyakit ginjal dan kelenjar
- i) Disfungsi instestinal

Kondisi Klinis Terkait

- a) Prosedur pembedahan mayor
- b) Penyakit ginjal dan kelenjar
- c) Perdarahan
- d) Luka bakar

5) Ansietas (D.0080)

Kategori : Psikologis

Subkategori : Integritas Ego

Definisi : Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya

yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

Penyebab :

- a) Krisis situasional
- b) Kebutuhan tidak terpenuhi
- c) Krisis maturasional
- d) Ancaman terhadap konsep diri
- e) Ancaman terhadap kematian
- f) Kekhawatiran mengalami kegagalan
- g) Disfungsi system keluarga
- h) Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan
- i) Faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir)
- j) Penyalahgunaan zat
- k) Terpapar bahaya lingkungan (mis. toksin, polutan, dan lain-lain)
- l) Kurang terpapar informasi

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

- a) Merasa bingung
- b) Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi
- c) Sulit berkonsentrasi

Objektif

- a) Tampak gelisah
- b) Tampak tegang
- c) Sulit tidur

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

- a) Mengeluh pusing
- b) Anoreksia
- c) Palpitasi
- d) Merasa tidak berdaya

Objektif

- a) Frekuensi napas meningkat
- b) Frekuensi nadi meningkat
- c) Tekanan darah meningkat
- d) Diaphoresis
- e) Tremor
- f) Muka tampak pucat
- g) Suara bergetar
- h) Kontak mata buruk
- i) Sering berkemih
- j) Berorientasi pada masa lalu

Kondisi Klinis Terkait

- a) Penyakit kronis progresif (mis. kanker, penyakit autoimun)
- b) Penyakit akut
- c) Hospitalisasi
- d) Rencana operasi
- e) Kondisi diagnosis penyakit belum jelas
- f) Penyakit neurologis

g) Tahap tumbuh kembang

6) Gangguan mobilitas fisik (D.0054)

Definisi : Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri

Penyebab : Kerusakan integritas struktur tulang, Perubahan metabolisme, Ketidakbugaran fisik, Penurunan kendali otot, Penurunan massa otot, Penurunan kekuatan otot, Keterlambatan perkembangan, Kekakuan sendi, Kontraktur, Malnutrisi, Gangguan muskuloskeletal, Gangguan neuromuskular, Indeks, masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia, Efek agen farmakologis, Program pembatasan gerak, Nyeri, Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik, Kecemasan, Gangguan kognitif, Keengganan melakukan pergerakan, Gangguan sensoripersepsi

a) Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif : Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

Objektif : Kekuatan otot menurun, Rentang gerak (ROM) menurun

b) Gejala dan Tanda Minor

Subjektif : Nyeri saat bergerak, Enggan melakukan pergerakan, Merasa cemas saat bergerak

Objektif : Sendi kaku, Gerakan tidak terkoordinasi, Gerakan terbatas, Fisik lemah

2.2.3 Intervensi

Intervensi keperawatan merupakan panduan untuk perilaku spesifik yang diharapkan dari klien atau tindakan yang harus dilakukan

perawat yang harus spesifik dan dinyatakan dengan jelas (Manurung, 2011). Pengelompokan meliputi bagaimana, kapan, dimana, frekuensi, dan besarnya, menunjukkan isi dari aktivitas yang direncanakan, intervensi keperawatan dapat dibagi menjadi dua, yaitu : mandiri (dilakukan oleh perawat) dan (kolaboratif yang dilakukan bersama dengan pemberi perawatan lainnya) (Kozier 2010). Adapun tujuan dan kriteria hasil dan intervensi keperawatan dari diagnosa yang muncul menurut Doengoes(2000), adalah sebagai berikut :

Tabel 2.1 Diagnosa Keperawatan

NO.	DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI	SIKI	RASIONAL
	Nyeri akut berhubungan dengan pergeseran fragmen tulang	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik 7. Pola napas membaik 8. Tekanan darah membaik	Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup Terapeutik 6. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 7. Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri 8. Fasilitasi istirahat dan tidur 9. Pertimbangkan jenis dan nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 10. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 11. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 12. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 13. Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi	Observasi 1. Untuk mengetahui sejauh mana tingkat nyeri dan merupakan indikator secara dini untuk dapat memberikan tindakan selanjutnya. 2. Untuk mengetahui skala nyeri yang dialami pasien 3. Untuk mengetahui tingkat ketidaknyamanan pasien saat pemulihan 4. Untuk mengurangi tingkat nyeri dan membiasakan nyeri 5. Untuk mengetahui pengaruh nyeri pada kualitas hidup Terapeutik 6. Untuk mengurangi rasa nyeri yang diderita pasien 7. Untuk mengurangi faktor resiko yang dapat memperberat nyeri 8. Untuk memuaskan dan memenuhi kebutuhan pasien 9. Memberikan strategi secara tepat sesuai dengan jenis nyeri yang dialami pasien Edukasi 10. Informasi yang tepat dapat menurunkan kecemasan

			14. Kolaborasi pemberian analgetik	pasien dan menambah pengetahuan pasien tentang nyeri. 11. Pasien dapat mengetahui penyebab, karakteristik, dan lokasi nyeri secara mandiri 12. Untuk mengurangi rasa nyeri yang diderita pasien 13. Nafas dalam dapat menghirup O₂ secara adekuat sehingga otot-otot menjadi relaksasi sehingga dapat mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 14. Sebagai profilaksis untuk menghilangkan rasa nyeri.
	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan pemasangan gips	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tidak terjadi masalah pada kulit dan integritas jaringan dengan kriteria hasil : a) Perfusi jaringan meningkat b) Kerusakan jaringan menurun c) Kerusakan lapisan kulit menurun	Observasi 1. Monitor karakteristik luka 2. Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik 3. Lepasakan balutan dan plester secara perlahan 4. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 5. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu 6. Pasang balutan sesuai jenis luka 7. Pertahankan Teknik streil saat melakukan perawatan luka 8. Ganti balutan sesuai dengan eksudat dan drainase 9. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien	Observasi 1. Mendeteksi secara dini tanda-tanda infeksi pada bekas jahitan luka 2. Mengetahui ada taua tidak tanda-tanda infeksi pada luka bekas jahitan Terapeutik 3. Mengurangi tegangan pada jahitan luka bekas operasi 4. Mempermudah membuka balutan luka yang lengket 5. Pemberian salep yang sesuai dengan jenis luka dapat mempercepat penyembuhan luka dari luar 6. Meningkatkan ketepatan drainase

			Edukasi 10. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 11. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 12. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri Kolaborasi 13. Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu	7. Meningkatkan penyembuhan dan menghindari infeksi pada luka bekas operasi 8. Mencegah terjadinya transmisi infeksi bakteri pada luka jahitan 9. Mencegah adanya luka decubitus dan mengembalikan kekuatan otot klien 10. Keluarga dan klien paham tanda dan gejala infeksi 11. Untuk mempercepat proses penyembuhan luka 12. Pasien dapat merawat luka secara mandiri Kolaborasi 13. Mengurangi resiko infeksi
	Resiko infeksi berhubungan dengan tidak adekuatnya pertahanan primer	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan infeksi dapat diatasi dengan kriteria hasil: a. Demam menurun b. Kemerahan menurun c. Nyeri menurun d. Bengkak menurun e. Kadar sel darah putih membaik	Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik Terapeutik 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Berikan perawatan kulit pada area edema 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 5. Pertahankan Teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi Edukasi 6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 7. Ajarkan cara mencuci tangan	Observasi 1. Dapat mengetahui adanya tanda infeksi Terapeutik 2. Mencegah transmisi penyakit virus ke orang lain. 3. Mencegah meluas dan membatasi penyebaran organism infeksi/kontaminasi silang. 4. Menurunkan resiko terpajan. 5. Menurunkan resiko terpajan. Edukasi 6. Untuk mengidentifikasi infeksi secara dini dengan

			dengan benar 8. Ajarkan etika batuk 9. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi 10. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 11. Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi 12. Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu	mandiri 7. Untuk mencegah penyebaran kuman 8. Untuk mencegah penyebaran kuman 9. Untuk mengidentifikasi infeksi pada luka operasi secara mandiri 10. Untuk mempercepat proses penyembuhan 11. Untuk mempertahankan cairan 12. Untuk mencegah terjadinya infeksi pada luka operasi
	Risiko ketidakseimbangan cairan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan terjadi keseimbangan cairan dan elektrolit dan tidak terjadi hidrasi dengan kriteria hasil: a) Asupan cairan meningkat b) Haluaran urin meningkat c) Kelembaban membran mukosa meningkat d) Dehidrasi menurun e) Tekanan darah membaik f) Turgor kulit membaik	Observasi 1. Monitor frekuensi dan kekuatan nadi 2. Monitor frekuensi napas 3. Monitor tekanan darah 4. Monitor waktu pengisian kapiler 5. Monitor elastisitas atau turgor kulit 6. Monitor jumlah, warna, dan berat jenis urine 7. Monitor kadar albumin dan protein total 8. Monitor intake output cairan 9. Identifikasi faktor ketidakseimbangan cairan 10. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien 11. Dokumentasikan hasil pemantauan	Observasi 1. Untuk mengetahui adanya tanda syok atau tidak 2. Untuk mengetahui adanya tanda syok atau tidak 3. Untuk mengetahui adanya tanda syok atau tidak 4. Untuk mengetahui adanya tanda syok atau tidak 5. Untuk mengetahui adanya tanda syok atau tidak 6. Terjadi keseimbangan antara intake dan output 7. Untuk mengetahui adanya hemokonsentrasi pada pasien 8. Terjadi balance cairan 9. Untuk memberikan tindakan yang tepat apabila terjadi ketidaksimbangan cairan

				10. Pengamatan yang baik dapat menghindarkan pada kondisi dehidrasi yang lebih parah 11. Mengetahui status klien
	Ansietas	Setelah dilakukan asuhan keperawatan pasien dapat mengerti tentang penyakit dan pengobatan penyakitnya dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 3. Perilaku gelisah menurun 4. Perilaku tegang menurun 5. Konsentrasi membaik 6. Pola tidur membaik	Observasi 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah 2. Monitor tanda-tanda ansietas Terapeutik 3. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 4. Pahami situasi yang membuat ansietas 5. Dengarkan dengan penuh harapan 6. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 7. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 8. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang Edukasi 9. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 10. Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 11. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu 12. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 13. Latih Teknik relaksasi	Observasi 1. Ketakutan dapat terjadi karena nyeri hebat, penting pada prosedur diagnostik dan pembedahan 2. Untuk mengetahui ansietas yang diderita klien Terapeutik 3. Dapat meringankan ansietas terutama ketika pemeriksaan tersebut melibatkan pembedahan 4. Untuk menghindarkan hal yang memperparah ansietas 5. Klien merasa nyaman 6. Membina hubungan saling percaya 7. Membatasi kelemahan, menghemat energy dan meningkatkan kemampuan koping 8. Mengurangi kecemasan klien 9. Pasien dapat lebih mempersiapkan diri dan merasa tenang 10. Pengetahuan pasien bertambah sehingga dapat mengurangi tingkat ansietas yang diderita

				11. Agar pasien merasa nyaman 12. Pasien dapat merasa lebih tenang setelah mengungkapkan perasaannya 13. Nafas dalam dapat menghirup O ₂ secara adekuat sehingga otot-otot menjadi relaksasi sehingga dapat mengurangi kecemasan.
	Gangguan mobilitas	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2 x 24 jam maka mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : 1) Pergerakan ekstremitas meningkat 2) Kekuatan otot meningkat 3) Rentang gerak (ROM) meningkat	Dukungan Mobilisasi (I.05173) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur) 6. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam	11. Untuk mengetahui letak nyeri 12. Supaya pasien bisa melakukan pergerakan 13. Supaya pasien tahu tekanan darah normal pada saat melakukan mobilisasi 14. Supaya pasien tahu kondisi umum selama mobilisasi 15. Supaya pasien bisa bergerak sedikit demi sedikit 16. Supaya pasien bergerak ada batasan 17. Supaya keluarga dapat membantu pergerakan pasien

			meningkatkan pergerakan Edukasi 8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	18. Supaya pasien dan keluarga pasien mengetahui tujuan dan prosedur mobilisasi 19. Untuk melatih pasien mobilisasi 20. Supaya pasien mengetahui mobilisasi ringan
--	--	--	--	--

2.2.4 Implementasi keperawatan

Pelaksanaan keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Ada tiga fase dalam tindakan keperawatan menurut Doengoes, 2000, yaitu :

1) Fase persiapan

Meliputi pengetahuan tentang rencana, validasi rencana, pengetahuan dan keterampilan menginterpretasikan rencana, persiapan klien dan lingkungan

2) Fase intervensi

Merupakan puncak dari implementasi yang berorientasi pada tujuan dan fokus pada pengumpulan data yang berhubungan dengan reaksi klien termasuk reaksi fisik, psikologis, sosial dan spiritual. Tindakan keperawatan dibedakan berdasarkan kewenangan dan tanggung jawab secara profesional, yaitu :

a) Secara mandiri (independent)

Adalah tindakan yang dilakukan sendiri oleh perawat untuk membantu pasien dalam mengatasi masalahnya atau menanggapi reaksi karena adanya stressor (penyakit), misalnya :

- (1) Membantu klien dalam melakukan kegiatan sehari-hari
- (2) Melakukan perawatan kulit untuk mencegah dekubitus
- (3) Memberikan dorongan pada klien untuk mengungkapkan perasaannya secara wajar

(4) Menciptakan lingkungan terapeutik

b) Saling ketergantungan atau kolaborasi (interdependent)

Adalah tindakan keperawatan atas kerjasama sesama tim keperawatan atau kesehatan lainnya seperti dokter, farmasi, fisioterapi, analisis kesehatan dan lain sebagainya

c) Rujukan atau ketergantungan

Tindakan keperawatan atas dasar rujukan dari profesi lain diantaranya dokter, psikologis, psikiater, ahli gizi, fisioterapi, dan sebagainya

Pada penatalaksanaannya tindakan keperawatan dilakukan secara

(1) Langsung : ditangani sendiri oleh perawat

(2) Delegasi : diserahkan kepada orang lain atau perawat lain yang dapat dipercaya

d) Fase dokumentasi

Merupakan terminasi antara perawat dan klien setelah implementasi dilakukan dokumentasi terhadap implementasi yang dilakukan

2.2.5 Evaluasi

Tahap evaluasi adalah catatan tentang indikasi kemajuan pasien terhadap tujuan yang dicapai. Pernyataan evaluasi terdiri dari dua komponen, yaitu data yang tercatat (yang menyatakan status kesehatan

sekarang) dan pernyataan konklusi (yang menyatakan efek dari tindakan yang diberikan pasien) (Wahid dan Suprpto, 2012)

Pada saat akan melakukan pendokumentasian, menggunakan SOAP yaitu :

S : data subjektif merupakan masalah yang diutarakan klien

O : data objektif merupakan tanda klinik dan fakta yang berhubungan dengan diagnosa keperawatan

A : analisis dan diagnosa

P : perencanaan merupakan pengembangan rencana yang akan datang dari intervensi

2.2.6 Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi didefinisikan sebagai salah satu yang tertulis atau tercetak yang dapat diandalkan sebagai catatan tentang bukti bagi individu yang berwenang.