BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep *Discharge Planning*

2.1.1 Pengertian *Discharge Planning*

Discharge planning adalah serangkaian keputusan dan aktivitas-aktivitasnya yang terlibat dalam pemberian asuhan keperawatan yang kontinu dan terkoordinasi pada saat pasien pulang dari Rumah Sakit (Potter & Perry, 2005). *Discharge planning* merupakan bagian penting dari program keperawatan pasien yang dimulai segera setelah pasien masuk rumah sakit sampai dengan pasien pulang dari rumah sakit. Program *discharge planning* pada dasarnya merupakan program pemberian pendidikan kesehatan kepada pasien yang meliputi nutrisi, aktifitas, latihan, obat-obatan dan instruksi khusus yaitu tanda dan gejala penyakit pasien. Dilaksanakannya *discharge planning* ini terutama di rumah sakit, dapat mengurangi hari atau lama perawatan pasien, mencegah kekambuhan, meningkatkan kondisi kesehatan pasien, menurunkan beban keluarga pasien dan menurunkan angka mortalitas dan morbilitas (Frida & Romantis, 2020).

2.1.2 Tujuan *Discharge Planning*

Potter & Perry (2005) menjelaskan *discharge planning* membantu proses transisi pasien dari satu lingkungan ke lingkungan yang lain. Hasil yang diperoleh harus ditujukan untuk keberhasilan *discharge planning* pasien. Terdapat beberapa tujuan *discharge planning* :

a. Memberikan Edukasi Mengenai Kondisi dan Perawatan Pasien

1) Menjelaskan kepada pasien dan keluarga mengenai diagnosa, perkiraan tingkat fungsi, serta tindakan pengobatan yang diperlukan selama pemulangan.
2) Memberikan informasi terkait obat-obatan yang harus dikonsumsi di rumah, termasuk dosis, tujuan, waktu pemberian, dan efek samping.
3) Mengajarkan pasien dan keluarga langkah antisipatif terhadap kondisi darurat yang mungkin muncul dan tindakan yang harus dilakukan.

b. Memberikan Pendidikan Khusus Pasca Perawatan

1) Menyediakan edukasi mendalam mengenai perawatan lanjutan di rumah sesuai kebutuhan pasien (misalnya perawatan luka, latihan mobilisasi, pembatasan aktivitas, dan alat bantu).
2) Memastikan pasien dan keluarga memahami teknik Activity of Daily Living (ADL) sesuai kemampuan pasca operasi.
3) Menguji kembali pemahaman melalui metode teach-back.

c. Koordinasi Sistem Pendukung di Masyarakat

1) Menghubungkan keluarga dengan layanan pendukung komunitas, seperti home care, fisioterapi, atau layanan kesehatan primer.
2) Mengidentifikasi sumber daya sosial yang dapat membantu pasien dan keluarga beradaptasi dengan perubahan status kesehatan (misalnya dukungan keluarga, kader kesehatan, atau LSM kesehatan).
3) Memfasilitasi komunikasi antara tim rumah sakit dan petugas kesehatan di komunitas untuk kesinambungan perawatan.

d. Relokasi dan Koordinasi Sistem Pendukung Lanjutan

1) Melakukan koordinasi bila pasien membutuhkan pemindahan ke fasilitas layanan kesehatan lain, seperti panti rehabilitasi, klinik rawat jalan, atau unit perawatan jangka panjang.
2) Menyusun rencana transisi yang aman, mencakup dokumen rujukan, informasi pengobatan, serta kebutuhan khusus selama proses pemindahan.
3) Memastikan sistem pendukung pasien siap menerima dan melanjutkan perawatan sesuai kebutuhan.

2.1.3 Prinsip Dasar *Discharge Planning*

Discharge planning yang berhasil adalah suatu proses yang terpusat, terkoordinasi, dan terdiri dari berbagai displin ilmu yang memberi kepastian bahwa pasien mempunyai suatu rencana untuk memperoleh perawatan yang berkelanjutan setelah meninggalkan rumah sakit (AHA, 1983 dalam potter & Perry, 2005). Pasien yang perlu diberikan perawatan di rumah adalah mereka yang memerlukan bantuan selama masa penyembuhan dari penyakit akut, atau untuk mencegah atau mengelola penurunan kondisi akibat penyakit kronis, dan keluarga yang memerlukan bantuan dalam perawatan pasien dengan penyakit terminal (Cookfair, 1991 dalam Potter & Perry, 2005). Semua pemberi pelayanan yang merawat pasien dengan masalah kesehatan spesifik harus berpartisipasi dalam *discharge planing*. Pengembangan rencana dengan hasil yang saling menguntungkan dan komunikasi secara terus menerus tentang kemajuan rencana tersebut merupakan tindakan yang esensial (Potter & Perry, 2005).

2.1.4 Peran Perawat dalam *Discharge Planning*

Praktik keperawatan klinis harus berubah sesuai dengan sistem pelaksana pelayanan kesehatan. Keperawatan yang kompeten merupakan hal yang penting untuk integritas finansial rumah sakit. Praktik klinis dengan keahlian penuh dalam memberikan perawatan pada pasien yang menderita penyakit akut dapat meminimalkan penurunan fungsi pasien, menurunkan biaya perawatan, mengembalikan pasien ke lingkungan rumahnya tepat waktu, dan membantu keluarga dalam melaksanakan aktivitas perawatan di rumah (Collier, Schrim, 1992 dalam Potter & Perry, 2005). Setiap rumah sakit memiliki cara yang berbeda dalam melaksanakan proses *discharge planning*. Ketika sistem keperawatan yang digunakan adalah sistem keperawatan utama *(primary nursing),* maka seorang perawat bertanggung jawab untuk mengoordinasikan perawatan pasien secara menyeluruh, mulai dari saat pasien masuk hingga pulang dari rumah sakit. Walaupun perawat utama tidak bisa bersama dengan pasien setiap hari, tapi perawat tetap bertanggung jawab untuk mengidentifkası kebutuhan *discharge planning* dan memastikan bahwa semua anggota tim kesehatan menyadari kebutuhan tersebut (Potter & Perry, 2005).

Perawat utama mungkin harus membentuk tim dengan personel pembantu yang tidak memiliki izin untuk memastikan bahwa perawatan terkoordinasi dengan baik dari hari ke hari. Tetapi, perawat utama memiliki tanggung jawab terhadap hasil akhir pelayanan keperawatan pasien. Banyak rumah sakit yang juga melaksanakan ronde *discharge planning* dalam unit perawatannya. Selama ronde berlangsung, anggota tim kesehatan mendiskusikan status setiap pasien dengan

pertimbangan kemungkinan pasien pulang. Ronde memungkinkan anggota dari semua disiplin ilmu berinteraksi dan mendiskusikan pilihan tindakan yang terbaik bagi setiap pasien (Potter & Perry, 2005).

2.1.5 Tahapan *Discharge Planning*

Adapun tahapan *discharge planning* pada pasien menurut Potter & Perry (2005) adalah :

a. Saat Pasien Masuk

1. Sejak waktu penerimaan pasien, lakukan pengkajian tentang kebutuhan pelayanan kesehatan. Untuk pasien pulang, dengan menggunakan riwayat keperawatan, rencana perawatan, dan pengkajian pemeriksaan fisik dan fungsi kognitif yang dilakukan secara terus menerus.
2. Kaji kebutuhan pendidikan kesehatan untuk pasien dan keluarga yang berhubungan dengan terapi di rumah, hal yang harus dihindari akibar dari gangguan kesehatan yang dialami, dan komplikasi yang mungkin terjadi.
3. Bersama pasien dan keluarga, kaji faktor lingkungan di rumah yang dapat mengganggu perawatan diri.
4. Berkolaborasi dengan dokter dan disiplin ilmu yang lain dan mengkaji perlunya rujukan untuk mendapat perawatan dirumah atau tempat pelayanan yang diperluas lainnya.
5. Kaji penerimaan terhadap masalah kesehatan dan larangan yang berhubungan dengan masalah kesehatan tersebut
6. Konsultasi dengan anggota tim kesehatan lain tentang berbagai kebutuhan pasien setelah pulang.

7. Tetapkan diagnosa keperawatan dan rencana perawatan yang tepat.
8. Lakukan implementasi rencana perawatan dan lakukan evaluasi kemajuan secara terus - menerus. Tentukan tujuan pulang yang relevan, yaitu sebagai berikut :
    a) Pasien akan memahami masalah kesehatan dan implikasinya
    b) Pasien akan mampu memenuhi kebutuhan individualnya
    c) Lingkungan rumah akan menjadi aman
    d) Tersedia sumber perawatan kesehatan di rumah

b. Sebelum Hari Pemulangan
    1) Anjurkan cara untuk merubah pengaturan fisik di rumah sehingga kebutuhan pasien dapat terpenuhi
    2) Berikan informasi tentang sumber pelayanan kesehatan di Masyarakat kepada pasien dan keluarga.
    3) Lakukan pendidikan untuk pasien dan keluarga sesegera mungkin setelah pasien di rawat di rumah sakit. Pasien mungkin dapat diberikan leaflet atau buku.

c. Saat Hari Pemulangan
    1) Biarkan pasien dan keluarga bertanya atau berdiskusi tentang berbagai isu yang berkaitan dengan perawatan di rumah.
    2) Periksa instruksi pulang dari dokter tentang resep, perubahan tindakan pengobatan, atau alat-alat khusus yang diperlukan.
    3) Tentukan apakah pasien dan keluarga telah mengatur transportasi untuk pulang ke rumah.

4) Tawarkan bantuan ketika pasien berpakaian atau mempersiapkan seluruh barang-barang pribadinya untuk dibawa pulang. Berikan privasi bila diperlukan.
5) Periksa seluruh kamar mandi dan lemari bila ada barang pasien yang masih tertinggal
6) Berikan pasien resep atau obat-obatan sesuai dengan pesan dokter. Periksa kembali instruksi sebelumnya
7) Hubungi bagian keuangan untuk menentukan apakah pasien masih perlu membayar sisa tagihan biaya. Atur pasien atau keluarga untuk pergi ke bagian keuangan.
8) Gunakan alat pengangkat barang untuk membawa barang-barang pasien
9) Berikan kursi roda untuk pasien yang tidak bisa berjalan sendiri.
10) Bantu pasien pindah ke kursi roda dengan menggunakan mekanika tubuh dan teknik pemindahan yang benar.
11) Kunci kursi roda. Bantu pasien pindah ke mobil atau alat transportasi lain.
12) Kembali ke unit dan beritahukan mengenai waktu kepulangan pasien.
13) Lengkapi kepulangan pasien pada format ringkasan pulang. Pada beberapa institusi, pasien akan menerima Salinan dari format tersebut.
14) Dokumentasikan status masalah kesehatan saat pasien pulang

2.1.6 Faktor Risiko *Discharge Planning*

Setiap pasien yang dirawat di rumah sakit membutuhkan *discharge planning*. Tetapi ada beberapa kondisi yang menyebabkan pasien berisiko tidak dapat memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan yang berkelanjutan setelah pasien

pulang, seperti pasien yang menderita penyakit terminal atau pasien dengan kecacatan permanen. Jika pasien mengalami salah satu dari kondisi ini, maka perlu dilakukan pengkajian tentang keinginan dan kemampuan pasien untuk mengelola kebutuhan pelayanan kesehatannya di rumah (Rice, 1992 dalam Potter & Perry, 2005). Adapun dari penjelasan diatas terdapat beberapa faktor risiko yang diterima pasien dalam pelaksanaan *discharge planning* :

a. Kurangnya pengetahuan tentang rencana pengobatan
b. Diagnosa terbaru penyakit kronik pada pasien
c. Operasi besar
d. Operasi radikal
e. Masa penyembuhan yang lama dari operasi besar atau dari penyakit
f. Isolasi sosial
g. Ketidakstabilan emosional atau mental
h. Program perawatan di rumah yang kompleks
i. Kurangnya sumber dana
j. Kurangnya penyediaan atau ketepatan sumber rujukan
k. Penyakit terminal

2.1.7 Faktor Yang Mempengaruhi *Discharge Planning*

Faktor yang memengaruhi pelaksanaan *discharge planning* yaitu motivasi perawat dan cara yang komunikatif dalam penyampaian informasi kepada pasien dan keluarga sehingga informasi akan lebih jelas untuk dapat dimengerti oleh pasien dan keluarga. Selain itu kunci keberhasilan pendidikan kesehatan juga ada pada pengetahuan perawat. Pengetahuan yang baik akan mengarahkan perawat

pada kegiatan pembelajaran pasien dan keluarga, sehingga dapat menerima informasi sesuai dengan kebutuhan (Radiatul, 2017).

Menurut Ilyas dalam Anggia (2017) *discharge planning* adalah salah satu dari tujuan proses keperawatan, oleh karena itu penerapan *discharge planning* termasuk bagian penerapan proses keperawatan. Pelaksanaan proses keperawatan adalah tanggung jawab perawat. Keberhasilan pelaksanaan proses keperawatan juga sangat ditentukan oleh perawat, sehingga jika dianalog bahwa keberhasilan proses *discharge planning* juga ditentukan oleh perawat. Keberhasilan *discharge planning* dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk perawat. Motivasi mejadi salah satu hal yang memengaruhi perawat dalam melaksanakan tugasnya.

Faktor pemberi *discharge planning* adalah orang- orang yang berkontribusi dalam *discharge planning* yaitu perawat, dokter, petugas kesehatan lainnya, petugas kesehatan di masyarakat, pasien dan anggota keluarga. Perawat sebagai bagian dari personil *discharge planning* berperan penting dalam keberhasilan *discharge planning*. Perawat bertanggungjawab untuk berkoordinasi dan mempertahankan hubungan dengan perawatan, fasilitas profesional, dan sumber daya yang diperlukan untuk pemulihan pasien (Rofi'i et al. dalam Baker, 2019).

2.2 Kemandirian *Avtivity Daily Living (ADL)*

2.2.1 Pengertian Kemandirian *Avtivity Daily Living (ADL)*

Kemandirian merupakan suatu dalam kebebasan untuk melakukan berbagai tindakan, tidak bergantung pada orang lain, tidak terpengaruh kepada orang lain dan bebas mengatur diri sendiri atau melakukan berbagai aktivitas baik dalam individu

maupun pada kelompok (Rindiawati, *et. al,* 2024). *Activity Daily Living (ADL)* merupakan aktivitas fundamental yang mencerminkan kapasitas fungsional individu untuk hidup secara mandiri (Gulati, *et. al,* 2018).

2.2.2 Kemandirian *Activity Daily Living (ADL)*

Ernawati (2021) memaparkan mengenai kemandirian dapat diklasifikasikan menjadi beberapa tingkatan, antara lain sebagai berikut :

a. Mandiri

   Individu mampu melakukan banyak aktivitas sehari-hari dengan mandiri tanpa adanya bantuan dari orang lain atau alat.

b. Ketergantungan ringan

   Individu mampu melakukan aktivitas dengan sedikit bantuan meliputi naik dan turun dari tempat tidur, melakukan ambulasi atau berjalan secara mandiri, dapat makan dan minum secara mandiri, mandi dengan sedikit bantuan, berpakaian dan berdandan dengan sedikit bantuan, serta buang air kecil (BAK) dan buang air besar (BAB) dengan sedikit bantuan.

c. Ketergantungan sedang

   Individu mampu melakukan aktivitas dengan bantuan satu orang meliputi naik dan turun dari tempat tidur, melakukan ambulasi atau berjalan dengan bantuan, memerlukan bantuan dalam menyiapkan makanan, makan dan minum dibantu dengan disuap, berpakaian dan berdandan dibantu, serta buang air kecil (BAK) dan buang air besar (BAB) dibantu baik di tempat tidur atau di kamar mandi.

d. Ketergantungan Berat

Individu mampu melakukan aktivitas dengan bantuan dua orang atau lebih meliputi melakukan pergerakan mobilisasi dari tempat tidur ke kursi dibantu dua orang atau lebih, makan dan minum dengan bantuan alat, berpakaian dan berdandan dibantu penuh, mandi dibantu penuh oleh keluarga atau perawat, dan buang air kecil (BAK) menggunakan kateter.

2.2.3 Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Kemandirian *Activity Daily Living (ADL)*

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kemandirian untuk melakukan aktivitas sehari-hari adalah sebagai berikut:

a. Usia

Usia akan mempengaruhi kemauan dan kemampuan individu untuk melakukan *ADL*. Semakin bertambahnya usia seseorang, maka semakin pula banyak yang terjadi pada perubahan berbagai sistem yang ada di dalam tubuh. Perubahan yang terjadi ini lebih cenderung mengarah ke penurunan fungsi tubuh (Rindiawati, *et. al,* 2024).

b. Nyeri

Nyeri adalah rasa indrawi dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan akibat adanya kerusakan jaringan yang nyata atau berpotensi rusak atau tergambarkan seperti adanya kerusakan jaringan. Nyeri dapat dibedakan menjadi 2 yaitu nyeri akut dan nyeri kronis. Nyeri akut merupakan nyeri yang terjadi akibat adanya kerusakan jaringan, lamanya terbatas, hilang seirama dengan penyembuhannya sedangkan nyeri kronik adalah nyeri yang

berlangsung dalam waktu lama (lebih 3 bulan), menetap walaupun penyebab awalnya sudah sembuh dan seringkali tidak ditemukan penyebab pastinya (Suwondo, *et. al,* 2017).

c. Pendidikan

Tingkat pendidikan seseorang mempengaruhi pengetahuannya. Orang yang berpendidikan tinggi mempunyai pengetahuan yang luas. Pasien yang mendapat edukasi tentang gangguan muskuloskeletal memiliki lebih banyak pilihan pengobatan. Pendidikan tinggi yang dipadukan dengan pemahaman tentang pentingnya berjalan meningkatkan kemampuan awal berjalan pasien (Karokaro, *et. al,* 2024).

d. Kemampuan Persepsi

Gangguan kecemasan yang timbul erat kaitannya dengan respon nyeri yang dialami pasien dengan fraktur, karena pasien dengan nyeri hebat akan merasa gelisah, susah beraktivitas dan susah untuk beristirahat (Margianti, *et. al*, 2019).

e. Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga sangat membantu pasien untuk melakukan mobilisasi tepat waktu. Keterlibatan anggota keluarga dalam proses perawatan dapat mempercepat penyembuhan. Kehadiran keluarga dan teman dekat juga memberikan motivasi serta kenyamanan emosional bagi pasien, terutama saat menjalani latihan berjalan pada fase awal pemulihan (Karokaro, *et. al,* 2024).

2.2.4 Pengukuran Kemandirian *Activity Daily Living (ADL)*

Kemandirian dapat diukur dengan alat instrumen barthel *index*. Pengukuran *Activity of Daily Living (ADL)* dapat lebih mudah dinilai dan dievaluasi secara kuantitatif dengan skor yang didapat dari hasil pengkajian dengan instrumen yang sudah terbukti valid. Barthel indeks merupakan ukuran disabilitas fungsional yang banyak digunakan. Indeks ini dikembangkan untuk digunakan pada pasien rehabilitasi dengan stroke dan gangguan neuromuskular atau muskuloskeletal, tetapi juga dapat digunakan untuk pasien onkologi. Barthel *index* digunakan untuk mengukur sejauh mana seseorang dapat berfungsi secara mandiri dan memiliki mobilitas dalam aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL), yaitu makan, mandi, berdandan, berpakaian, buang air besar, buang air kecil, *toileting*, pindah kursi roda, ambulasi, dan naik tangga (Marvin & Zeltzer, 2015).

Pada penelitian ini peneliti menggunakan barthel index *10* item yang dimodifikas oleh (Collin, *et, al*, 1988). Kategori fungsional dapat diberi skor 0 hingga 1, 0 hingga 2, atau 0 hingga 3, tergantung pada setiap itemnya. Skor total berkisar antara 0 hingga 20 dengan rentang nilai skor :

a. 20 : Mandiri
b. 12 – 19 : ketergantungan ringan
c. 9 – 11 : ketergantungan sedang
d. 0 – 8 : Ketergantungan Berat

2.3 Konsep Fraktur

2.3.1 Definisi Fraktur

Fraktur merupakan terputusnya kontinuitas jaringan tulang yang umumnya disebabkan oleh tekanan atau trauma. Selain itu, fraktur merupakan rusaknya kontinuitas tulang yang disebabkan oleh tekanan eksternal yang dating lebih besar dibandingkan dengan yang dapat diserap oleh tulang (Asikin, 2016). Fraktur adalah terputusnya kontinuitas tulang baik karena trauma, tekanan maupun keadaan patologis (Astawa *et al*., 2019). Fraktur merupakan istilah hilangnya kontinuitas tulang, baik bersifat total maupun sebagian yang ditentukan berdasarkan jenis dan luasnya (Suriya & Zuriyati, 2019). Sebagai salah satu bentuk fraktur yang umum ditemukan pada ekstremitas bawah, fraktur tibia adalah patah tulang tibia yang terjadi akibat trauma langsung pada kaki, dan kondisi ini sering ditandai oleh gejala seperti nyeri hebat di area patah yang memburuk saat bergerak, pembengkakan serta memar pada kulit sekitar, deformitas kaki yang terlihat bengkok atau tidak normal (terutama pada fraktur terbuka di mana tulang menembus kulit), serta kesulitan berjalan karena tidak mampu menahan beban (Alkausar, 2024).

2.3.2 Klasifikasi Fraktur

Suriya & Zuriyati (2019) memaparkan fraktur dapat diklasifikasikan sebagai berikut :

a. Berdasarkan tempat

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

b. Berdasarkan komplit dan tidak komplit

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 ttetapi 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
1) Fraktur tertutup

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 kompartemen.

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 simpletransverse dan fraktur obliq pendek
b) *Grade* II: luka lebih dari 1 cm panjangnya, tanpa kerusakan jaringan lunak yang ekstensif, fraktur komunitif sedang dan adakontaminasi.
c) *Grade* III: yang sangat terkontaminasi dan mengalami kerusakan jaringan lunak yang ekstensif, kerusakan meliputi otot, kulitdan struktur neurovascular. *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 membutuh kan kulit untuk penutup (skin graft).

III C: fraktur *grade* III, dengan kerusakan arteri yang harus diperbaiki, dan beresiko untuk dilakukannya amputasi.

2.3.3 Komplikasi Fraktur

Terdapat 2 komplikasi dalam fraktur, yaitu :

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.

b. Komplikasi lambat

   Komplikasi lambat dalam kasus fraktur adalah penyatuan tulang yang mengalami patah terlambat, bahkan tidak ada penyatuan. Halini 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.

2.4 Hasil Penelitian

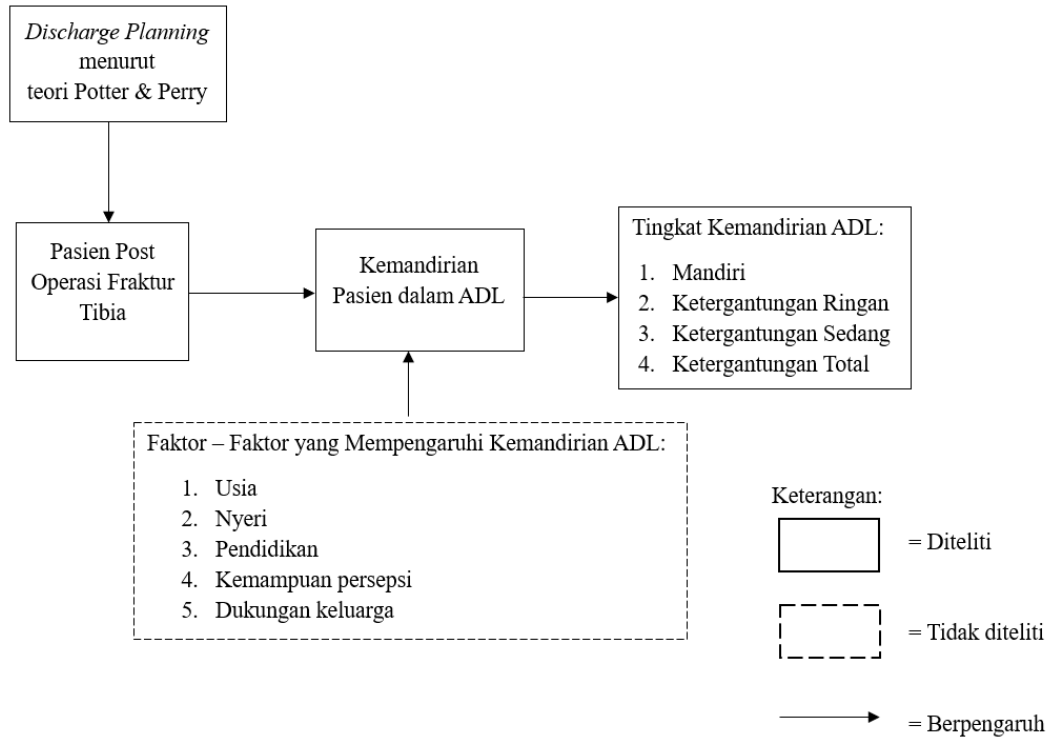
Hasil Penelitian Darnanik (2018), di RSU Mohamad Noer Pamekasan dengan jumlah responden 14 orang, diperoleh hasil penelitian ini menunjukkan bahwa *discharge planning* yang dirancang secara sistematis berdasarkan model *SECI (Socialization, Externalization, Combination, Internalization)* dapat

meningkatkan kemandirian pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Penerapan discharge planning dilakukan sejak pasien masuk hingga saat pulang dari rumah sakit. Pasien yang mendapatkan *discharge planning* berbasis *SECI* mengalami peningkatan signifikan dalam kemampuan *ADL*, termasuk kemampuan makan, berpindah, mandi, dan buang air. Dari penelitian tersebut diperoleh diperoleh hasil yang menunjukkan peningkatan persentase pasien mandiri dalam *ADL* dari sebelum ke sesudah intervensi, pada saat *pre-test* sebanyak 10 pasien (71,4%) dalam kategori tergantung dan 4 pasien (28,6%) dalam kategori mandiri, pada saat *post test* terdapat 4 pasien (28,6%) dalam kategori tergantung dan 10 pasien (71,4%) dalam kategori mandiri.

Hasil penelitian lain yang dilakukan oleh Ulfiyah & Widiyarti (2017) di Rumah Sakit Anwar Medika Sidoarjo dengan jumlah responden sebanyak 30 orang, didapatkan hasil penelitian yaitu terdapat sebanyak 22 pasien (73,3%) tidak dilakukan *discharge planning* terhadap pasien diabetes melitus dan 8 pasien (26,7%) dilakukan *discharge planning.* Dari hasil di atas didapatkan rata-rata pasien tidak mendapatkan *discharge planning,* oleh karena itu didapatkan hasil pada penerapan *discharge plan*ning tidak dilakukan dengan pasien diabetes melitus yang mengalami ketergantungan berat lebih besar sebanyak 20 pasien (90,9%) dibandingkan ketergantungan total sebanyak 2 pasien (9,9%). Tidak satupun pasien diabetes mellitus mengalami ketergantungan sedang, ketergantungan ringan, dan mandiri karena tidak dilakukan *discharge planning*. Seluruhnya pasien diabetes mellitus mengalami ketergantungan sedang karena dilakukan *discharge planning*

sebanyak 8 pasien (100%) lebih besar dari ketergantungan total, ketergantungan berat, ketergantungan ringan, dan mandiri.

2.5 Kerangka Konsep



Gambar 2.1 Kerangka Konsep Pengaruh Manajemen *Discharge Planning* Menurut Teory Potter & Perry Terhadap Kemandirian *Activity Daily Living (ADL)* Pasien *Post* Operasi Fraktur Tibia

2.6 Hipotesis

Hipotesis adalah asumsi atau dugaan atau anggapan mengenai sesuatu hal yang dibuat berdasarkan teori, pengalaman atau ketajaman berfikir dan menjelaskan hal itu melalui sebuah pengecekan atau pembuktian (Nursalam, 2020). Pada penelitian ini terdapat 4 hipotesis penelitian, yaitu :

H1 : Ada perbedaan kemandirian *Activity Daily Living (ADL)* sebelum dan sesudah dilakukan intervensi manajemen *discharge planning* menurut teori Potter & Perry pada pasien *post* operasi fraktur tibia di RSUD Karsa Husada Batu kelompok intervensi.

H2 : Tidak ada perbedaan kemandirian *Activity Daily Living (ADL)* sebelum dan sesudah perawatan rutin pada pasien *post* operasi fraktur tibia pada kelompok kontrol.

H3 : Ada perbedaan kemandirian *Activity Daily Living (ADL)* pada pasien *post* operasi fraktur pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah dilakukan manajemen *discharge planning* menurut teori Potter & Perry