

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. W DENGAN GANGGUAN  
SISTEM MUSCULOSKELETAL : POST OP ORIF FRAKTUR  
ANTEBRACHI SINISTRA DI RUANG MAWAR 2 RSUD  
dr. SOESELO KABUPATEN TEGAL**

**Karya Tulis Ilmiah**



**OLEH :  
ASTUTI  
19.007**

**YAYASAN PENDIDIKAN PONDOK PESANTREN AL HIKMAH 2  
AKADEMI KEPERAWATAN AL HIKMAH 2  
BENDA SIRAMPOG BREBES  
2022**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. W DENGAN GANGGUAN  
SISTEM MUSCULOSKELETAL : POST OP ORIF FRAKTUR  
ANTEBRACHI SINISTRA DI RUANG MAWAR 2  
RSUD dr. SOESELO KABUPATEN TEGAL**

**Karya Tulis Ilmiah**

Untuk memenuhi salah satu persyaratan  
dalam menyelesaikan program Diploma III keperawatan



**OLEH :  
ASTUTI  
19.007**

**YAYASAN PENDIDIKAN PONDOK PESANTREN AL HIKMAH 2  
AKADEMI KEPERAWATAN AL HIKMAH 2  
BENDA SIRAMPOG BREBES**

**2022**

## LEMBAR PERSETUJUAN

Diterima dan disetujui untuk dipertahankan

Pada tanggal 28 Juni 2022

Pembimbing Utama



Ahmad Zakiudin, SKM., S.Kep., Ns., M.Kes., M.Kep.

Pembimbing Pendamping



Yusriani Saleh Baso, S.Kep., Ns., M.Kep.

Ujian Karya Tulis Ilmiah

Ketua panitia,



Ahmad Zakiudin, SKM., S.Kep., Ns., M.Kes., M.Kep.

**HALAMAN PENGESAHAN**

**Karya Tulis Ilmiah**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. W DENGAN GANGGUAN**  
**SISTEM MUSCULOSKELETAL : POST OP ORIF FRAKTUR**  
**ANTEBRACHI SINISTRA DI RUANG MAWAR 2**  
**RSUD dr. SOESELO KABUPATEN TEGAL**

Oleh :

Astuti

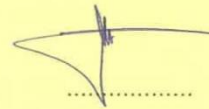
19.007

Telah dipertahankan di depan penguji pada tanggal 3 Juli 2022

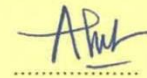
Penguji

Tanda tangan

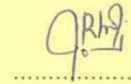
Penguji I : Sukirno, S.Kep.,Ns.,M.Kep.



Penguji II : Ahmad Zakiudin, SKM.,S.Kep.,Ns.,M.Kes.,M.Kep.



Penguji III : Yusriani Saleh Baso, S.Kep.,Ns.,M.Kep.



Brebes, 3 Juli 2022

Akademik Keperawatan Al Hikmah 2 Brebes

Direktur,



Ahmad Zakiudin, SKM.,S.Kep.,Ns.,M.Kes.,M.Kep.

## CURRICULUM VITAE



Nama : Astuti  
Tempat, tanggal lahir : Brebes, 14 November 2000  
Agama : Islam  
Alamat : Ds. Wanoja RT01/RW06 Salem Brebes  
Nama Ayah : Kastam  
Nama Ibu : Sa'adah

### Pendidikan

1. TK Handayani Wanoja, Lulus Tahun 2006
2. SDN Wanoja 01, Lulus Tahun 2012
3. SMPN 02 Salem, Lulus Tahun 2015
4. SMK Al-Huda Bumiayu, Lulus tahun 2019
5. AKPER AL HIKMAH 2, Lulus tahun 2022

## **MOTO DAN PERSEMBAHAN**

“Rawatlah Dirimu Sendiri Dan Keluargamu Sebelum Merawat Orang Lain”

Puji syukur atas kehadiran Allah SWT, berkat rahmat-Nya saya bisa menyelesaikan karya tulis ilmiah ini. Kupersembahkan karya tulis yang sederhana ini kepada :

1. Untuk kedua orang tua saya tercinta.
2. Kakakku tercinta Aris Rismaya.
3. Semua keluarga dan kerabat orang tuaku.
4. Bapak Ahmad Zakiudin, SKM.,S.Kep.,Ns.,M.Kes.,M.Kep. dan Ibu Yusriani Saleh Baso, S.Kep.,Ns.,M.Kep.
5. Semua sahabat dan teman-temanku baik yang dikampus maupun diluar kampus.
6. Ibnul Wafa.
7. Terakhir untuk diriku sendiri, terimakasih kamu sudah mau diajak kerjasama dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini, semoga kedepannya kamu selalu kuat menemani saya dalam keadaan apapun semoga kamu selalu diberikan sehat jasmani rohani terhindar dari sifat iri dengki dan bisa membanggakan kedua orang tuamu. I love you so mach.

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang maha pengasih lagi maha penyayang yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya serta inayah kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Ny. W Dengan Gangguan Sistem Musculoskeletal : Post Op Orif Fraktur Antebrachi Sinistra Di Ruang Mawar 2 RSUD dr. Soeselo Kabupaten Tegal”**.

Penyusun Karya Tulis Ilmiah ini tidak akan terselesaikan tanpa adanya bimbingan, bantuan dan dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, mohon izin penulis dengan sepuh hati untuk menyampaikan banyak terimakasih atas segala jasa-jasa dan peran penting kepada :

1. K.H. Solahudin Masruri, S.Pd.I., selaku pengasuh Yayasan Pendidikan Pondok Pesantren Al Hikmah 2 Benda.
2. dr. Guntur Muhammad Taqwin.,Sp.,An.,M.,Sc. selaku direktur RSUD dr. Soeselo Kabupaten Tegal.
3. Sukirno, S.Kep.,Ns.,M.Kep. selaku penguji satu terimakasih sudah membimbing dan menguji karya tulis ilmiah ini.
4. Ahmad Zakiudin, SKM.,S.Kep.,Ns.,M.Kes.,M.Kep. selaku direktur Akper Al Hikmah 2 Brebes serta penguji kedua yang sudah membimbing dan memberikan arahan bagi penulis untuk menyusun karya tulis ilmiah ini.

5. Yusriani Saleh Baso, S.Kep.,Ns.,M.Kep. selaku penguji ketiga yang sudah memberikan arahan dan bimbingan bagi penulis untuk menyusun karya tulis ilmiah ini.
6. Bapak dan Ibu dosen serta staf Akademi Keperawatan Al Hikmah 2 Brebes yang sudah ikut serta dalam mensupport saya.
7. Kedua orang tua saya tercinta, Bapak Kastam dan Ibu Sa'adah yang sudah mendo'akan, mendukung, membiayai dan memberikan seluruh kasih sayangnya.
8. Rekan-rekan angkatan seperjuangan XVII Akademi Keperawatan Al-Hikmah 2 Brebes, terimakasih atas suka dan dukanya selama 3 tahun berjuang bersama.
9. Semua pihak yang ikut serta membantu dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
10. Ny. W dan keluarga, terimakasih sudah mau kooperatif.

Penulis menyadari dalam penulisan karya tulis ilmiah ini masih terdapat kekurangan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran untuk membangun penyusunan karya tulis ilmiah yang lebih baik untuk masa yang akan mendatang. Semoga karya tulis ilmiah ini bermanfaat bagi penulis dan pembaca.

Benda, 28 Juni 2022

Penulis



## DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL .....	i
COVER DALAM .....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN .....	iii
HALAMAN PENGESAHAN .....	iv
CURRICULUM VITAE.....	v
MOTTO DAN PERSEMBAHAN .....	vi
KATA PENGANTAR .....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR SINGKATAN .....	xiv
BAB I : PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan Penulisan.....	4
C. Metode Penulisan .....	5
D. Sistematika Penulisan.....	7
E. Manfaat Penulisan.....	9
BAB II : KONSEP DASAR	
A. Konsep Dasar Fraktur Antebrachi	
1. Pengertian Fraktur Antebrachi .....	10
2. Klasifikasi Fraktur Antebrachi.....	11
3. Etiologi Fraktur Antebrachi.....	12
4. Tanda Dan Gejala Fraktur Antebrachi .....	13
5. Patofisiologi Fraktur Antebrachi.....	14
6. Fathway Fraktur Antebrachi.....	16
7. Penatalaksanaan Fraktur Antebrachi.....	17

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan fraktur antebrachi	
1. Pengkajian Keperawatan.....	19
2. Diagnosis Keperawatan .....	22
3. Intervensi Keperawatan .....	23
4. Implementasi Keperawatan.....	27
5. Evaluasi Keperawatan.....	28
BAB III : TINJAUAN KASUS	
A. Pengkajian Keperawatan .....	30
B. Diagnosis Keperawatan.....	44
C. Intervensi Keperawatan.....	45
D. Implementasi Keperawatan .....	47
E. Evaluasi Keperawatan .....	50
BAB IV : PEMBAHASAN	
A. Pengkajian Keperawatan .....	53
B. Diagnosis Keperawatan.....	54
C. Intervensi Keperawatan.....	59
D. Implementasi Keperawatan .....	61
E. Evaluasi Keperawatan .....	63
BAB V : PENUTUP	
A. Simpulan .....	67
B. Saran.....	68
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 <i>Pathway</i> fraktur antebrachi.....	16
Gambar 3.1 Genogram Ny. W .....	33

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Hasil Laboratorium.....	19
Tabel 2.2 Nyeri Akut Berhubungan Dengan Agen Pencedera Fisik .....	25
Tabel 2.3 Risiko Infeksi Ditandai Dengan Efek Prosedur Invasif .....	25
Tabel 2.4 Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan Dengan Nyeri .....	26
Tabel 2.5 Defisit Keperawatan Diri Berhubungan Dengan Gangguan Musculoskeletal .....	27
Tabel 3.1 Aktivitas Sehari-Hari.....	39
Tabel 3.2 Daftar Terapi Obat .....	40
Tabel 3.3 Hasil Laboratorium.....	41
Tabel 3.4 Analisis Data .....	43
Tabel 3.5 Diagnosis Keperawatan .....	45
Tabel 3.6 Intervensi Keperawatan .....	45
Tabel 3.7 Implementasi Hari Pertama .....	48
Tabel 3.8 Implementasi Hari Kedua.....	50
Tabel 3.9 Evaluasi Keperawatan Hari Pertama .....	51
Tabel 3.10 Evaluasi Keperawatan hari Kedua .....	51

## DAFTAR SINGKATAN

BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
CRT	: <i>Cardiac Resynchronization Therapy</i>
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
Mg/dL	Milligram/Deciliter
mmHg	: Millimeter Hydrargyrum
MRI	: <i>Magnetic Resonance Imaging</i>
N	: Nadi
NY	: Nyonya
ORIF	: <i>Open Reduction Interna Fixation</i>
OP	: Operasi
PPNI	: Persatuan Perawat Nasional Indonesia
PQRTS	: <i>provoking incident, quality of pain, region radiation relief, severity of pain and time</i>
PRUJ	: <i>Proximal Radioulnar Joint</i>
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
S	: Suhu
SDKI	: Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia
SLKI	: Standar Luaran Keperawatan Indonesia
SOAP	: Subyektif, Obyektif, Analisa, Planing.
TD	: Tekanan Darah

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar belakang**

Sistem musculoskeletal adalah bagian dari sistem tubuh yang bertanggung jawab terhadap aksi gerak dan sebagai penopang tubuh yang terdiri dari tulang sendi, otot rangka, tendon, ligamen, bursa, jaringan-jaringan lain yang menghubungkan struktur tersebut (Kalengkongan, dkk, 2021). Ada beberapa jaringan dan sistem musculoskeletal organ beraneka ragam, sistem musculoskeletal tersebut sering mengalami berbagai macam gangguan diantaranya *sindrom carpal tunnel*, *gout*, *osteoarthritis*, *osteomyelitis*, *osteoporosis* dan fraktur (Kalengkongan, dkk, 2021).

Fraktur adalah patah tulang yang biasanya disebabkan oleh trauma atau tenaga 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 (Haryono & Utami, 2020). Fraktur ekstremitas atas cukup sering terjadi, biasanya disebabkan karena jatuh dengan tangan terlentang, misalnya pada fraktur antebrachi. Fraktur antebrachi merupakan suatu perpatahan tulang pada lengan bawah yaitu pada *os radius* dan *os ulna* dimana kedua tulang mengalami perpatahan tulang. Fraktur antebrachi merupakan jenis fraktur yang paling sering terjadi dan terbukti telah meningkat selama bertahun-tahun (Sudharma & Wirathaya, 2019).

Di Indonesia, data tertinggi dan faktor risiko yaitu pada usia 10-15 tahun klien laki-laki banyak yang fraktur antebrachi disebabkan karena kecelakaan kendaraan bermotor. Pengemudi lebih sering mengalami fraktur *os radius* dan *os ulna*. Pada populasi anak, peningkatan kejadian fraktur antebrachi kemungkinan disebabkan oleh lonjakan kegiatan olahraga. Setiap tahun terdapat 1,24 juta orang yang meninggal disebabkan oleh kecelakaan lalu lintas, sedangkan 20-50 juta orang lainnya mengalami disabilitas akibat kecelakaan lalu lintas (Desiartama & Aryana, 2017). Menurut (Sudharma & Wirathaya, 2019) didapatkan jumlah penderita fraktur antebrachi dengan kategori usia anak-anak (0-17 tahun) sebanyak 27 sampel (26,5 %), pada kategori usia dewasa (18-59 tahun) sebanyak 65 sampel (63,7 %) dan kategori lanjut usia 60 tahun ke atas sebanyak 10 sampel (9,8 %).

*World Health Organizaton* menjelaskan bahwa kejadian fraktur di dunia pada tahun 2018 sekitar 21 juta orang dengan prevalensi 6,5 %. Fraktur di Indonesia diperkirakan mencapai sebesar 1,3 juta setiap tahunnya dengan jumlah penduduk 238 juta. Hal ini menjadi penyebab kematian ketiga di bawah penyakit jantung *coroner* dan *tuberculosis* (Ulva, 2019). Fraktur yang terjadi di Jawa Tengah menurut Risesdas tahun 2018 mencapai prevalensi hingga 64,5 %. Berdasarkan data rekam medik RSUD dr. Soeselo Kabupaten Tegal, jumlah penderita fraktur antebrachi sinistra tahun 2021 yaitu 21 orang sedangkan per Januari

sampai Maret 2022 jumlah penderita fraktur antebrachi sinistra yaitu 12 orang.

Salah satu tanda dan gejala dari fraktur adalah nyeri. Nyeri merupakan gejala yang paling sering ditemukan pada gangguan sistem musculoskeletal. Nyeri merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat (Risnah, dkk, 2019). Masalah keperawatan yang muncul pada kasus di rumah sakit menunjukkan berbagai masalah keperawatan diantaranya nyeri, perawatan diri (mandi), hambatan mobilitas fisik, risiko infeksi, perubahan perfusi jaringan, risiko gangguan integritas kulit, ansietas, kurang pengetahuan dan risiko konstipasi (Yusuf & Misbah, 2018).

Penanganan atau penatalaksanaan fraktur dapat dilakukan dengan metode konservatif atau non operatif, yaitu penanganan fraktur berupa reduksi atau reposisi tertutup dan metode operatif adalah penanganan fraktur dengan reduksi terbuka yaitu membuka daerah yang mengalami fraktur dan memasang fiksasi internal maupun eksternal. Penanganan secara operatif yaitu dengan pemasangan *Reduction And Internal Fixation* (ORIF) berupa *plate* dan *screw* (Nuryanto, 2019). Orif adalah suatu bentuk pembedahan medis yang bertujuan untuk mengatur posisi tulang dengan pemasangan internal fiksasi pada tulang yang mengalami fraktur. Internal fiksasi yang digunakan mengacu pada fiksasi *plate* dan *screw* untuk mengaktifkan dan memfasilitasi penyembuhan (Nuryanto, 2019).



Peran perawat sangat penting yaitu memberikan informasi tentang post op seperti manajemen nyeri, mobilisasi dini serta pentingnya perawatan luka post op dan memberikan pengobatan untuk pemulihan agar tidak terjadi komplikasi, sehingga masalah dapat terselesaikan dengan baik (PPNI, 2018).

Berdasarkan uraian diatas maka penulis tertarik untuk mengangkat kasus fraktur antebrachi sinistra sebagai karya tulis ilmiah dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Ny. W Dengan Gangguan Sistem Musculoskeletal : Post Op Orif Fraktur Antebrachi Sinistra Di Ruang Mawar 2 RSUD dr. Soeselo Kabupaten Tegal”**.

## **B. Tujuan penulisan**

### **1. Tujuan umum**

Mampu membuat, menyusun dan mengaplikasikan asuhan keperawatan pada Ny. W dengan gangguan sistem musculoskeletal post op orif fraktur antebrachi sinistra di ruang mawar 2 RSUD dr. Soeselo Kabupaten Tegal.

### **2. Tujuan khusus**

Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan post op penulis diharapkan :

- a. Mampu melakukan pengkajian pada Ny. W dengan gangguan sistem musculoskeletal post op orif fraktur antebrachi sinistra di ruang mawar 2 RSUD dr. Soeselo Kabupaten Tegal.

- b. Mampu menegakan diagnosis keperawatan pada Ny. W dengan gangguan sistem musculoskeletal post op orif fraktur antebrachi sinistra di ruang mawar 2 RSUD dr. Soeselo Kabupaten Tegal.
- c. Mampu menyusun perencanaan keperawatan pada Ny. W dengan gangguan sistem musculoskeletal post op orif fraktur antebrachi sinistra di ruang mawar 2 RSUD dr. Soeselo Kabupaten Tegal.
- d. Mampu melakukan tindakan keperawatan pada Ny. W dengan gangguan sistem musculoskeletal post op orif fraktur antebrachi sinistra di ruang mawar 2 RSUD dr. Soeselo Kabupaten Tegal.
- e. Mampu membuat evaluasi keperawatan pada Ny. W dengan gangguan sistem musculoskeletal post op orif fraktur antebrachi sinistra di ruang mawar 2 RSUD dr. Soeselo Kabupaten Tegal.

### **C. Metode penulisan**

Metode ini menggunakan metode deskriptif, metode deskriptif adalah suatu metode yang mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang meliputi metode penulisan, teknik pengumpulan data, sumber data, studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas dan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi dan evaluasi (Hemawan, 2019). Adapun teknik yang digunakan dalam pengumpulan data dari karya tulis ilmiah ini :

1. Wawancara

Wawancara merupakan pembicaraan terarah yang dilakukan secara langsung baik kepada pasien atau keluarga pasien dengan tujuan untuk memperoleh data subyektif yang aktual dan dapat dipercaya (Hermawan, 2019).

2. Observasi

Penulis secara langsung melakukan pengamatan untuk dapat melihat secara langsung bagaimana pelaksanaan perawatan dan keadaan selama perawatan (Saswati, 2018).

3. Studi dokumentasi

Teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan melihat catatan medis dan status pasien yang telah lalu dengan tujuan untuk memperoleh data obyektif yang lengkap (Hanum, 2020).

4. Studi kepustakaan dan literature

- a. Metode penunjang dalam menyusun proposal karya tulis ilmiah ini berasal dari buku-buku bacaan yang berhubungan dengan kasus yang dibahas, diambil secara baik dan terbaru (Condrosas, 2020). Serta membaca literature yang sangat membantu perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yang benar dan tepat (Butar, 2020).

- b. Rekam medik adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan

pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Permenkes No:269/Menkes/III/2008).

#### **D. Sistematika Penulisan**

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini, penulis menggunakan sistematika penulisan yang terdiri dari :

##### **BAB I : Pendahuluan**

- A. Latar Belakang
- B. Tujuan Penulisan
- C. Metode Penulisan
- D. Sistematika Penulisan
- E. Manfaat Penulisan

##### **BAB II : Konsep Dasar**

- A. Konsep Dasar Fraktur Antebrachi
  - 1. Pengertian Fraktur Antebrachi
  - 2. Klasifikasi Fraktur Antebrachi
  - 3. Etiologi Fraktur Antebrachi
  - 4. Tanda Dan Gejala Fraktur Antebrachi
  - 5. Patofisiologi Fraktur Antebrachi
  - 6. Pathway Fraktur Antebrachi
  - 7. Penatalaksanaan Fraktur Antebrachi
- B. Konsep Asuhan Keperawatan Fraktur Antebrachi
  - 1. Pengkajian Keperawatan

2. Diagnosis Keperawatan
3. Intervensi Keperawatan
4. Implementasi Keperawatan
5. Evaluasi Keperawatan

### BAB III : Tinjauan Kasus

- A. Pengkajian Keperawatan
- B. Diagnosis Keperawatan
- C. Intervensi Keperawatan
- D. Implementasi Keperawatan
- E. Evaluasi Keperawatan

### BAB IV : Pembahasan

- A. Pengkajian Keperawatan
- B. Diagnosis Keperawatan
- C. Intervensi Keperawatan
- D. Implementasi Keperawatan
- E. Evaluasi Keperawatan

### BAB V : Penutup

- A. Pengkajian Keperawatan
- B. Diagnosis Keperawatan
- C. Intervensi Keperawatan
- D. Implementasi Keperawatan
- E. Evaluasi Keperawatan

## **E. Manfaat Penulisan**

### **1. Bagi Akademik**

Dapat menambah wawasan ilmu pengetahuan mahasiswa dalam pembuatan asuhan keperawatan dan dapat menambah kepustakaan yang telah ada.

### **2. Bagi Rumah Sakit**

Sebagai bahan masukan atau refrensi bagi tenaga kesehatan khususnya tenaga perawat dalam rangka meningkatkan mutu pemberian asuhan keperawatan dan agar dapat mengaplikasikan teori keperawatan ke dalam praktik pelayanan kesehatan di rumah sakit.

### **3. Bagi Pembaca**

Asuhan keperawatan ini dapat dijadikan dasar informasi dan pertimbangan untuk menambah pengetahuan, keterampilan dan sikap dalam meningkatkan pelayanan perawatan pada pasien gangguan sistem musculoskeletal : fraktur antebrachi sinistra.

### **4. Bagi penulis**

Dapat digunakan sebagai bahan kritik dan saran sebagai pembelajaran untuk kedepannya, penulis dapat menyadari kekurangan karya tulis ilmiah yang telah dilakukan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem musculoskeletal : fraktur antebrachi sinistra.

## **BAB II**

### **KONSEP DASAR**

#### **A. Konsep dasar fraktur antebrachi**

##### **1. Pengertian fraktur**

Secara umum fraktur atau patah tulang adalah kerusakan pada tulang atau terputusnya kontinuitas jaringan tulang atau tulang rawan yang umumnya bisa disebabkan oleh benturan keras dari luar, setelah terjadi patahan tersebut biasanya menyebabkan posisi dan bentuk tulang berubah (Manurung, 2018). Fraktur antebrachi adalah terputusnya kontinuitas pada lengan bawah yaitu pada tulang *os radius* dan *os ulna* dimana kedua tulang mengalami perpatahan (Kustoyo & Harahap, 2019). Yang dimaksud antebrachi adalah batang tulang, *Os ulna* adalah tulang panjang berbentuk prisma yang terletak sebelah medial lengan bawah, sejajar dengan radius dan mempunyai 2 ekstremitas sedangkan *os radius* terletak di sebelah lateralis dari *ulna* dan mempunyai dua ujung yang dibagi menjadi 3 bagian perpatahan yaitu : bagian *proksimal*, *medial* serta *distal* dari kedua *corpus* tulang tersebut (Syaiquddin, 2018).

Untuk penanganan fraktur salah satunya bisa dilakukan dengan cara reduksi terbuka atau ORIF. ORIF adalah suatu tindakan pemasangan *screw* dan *plate* atau sering dikenal pen, alat yang digunakan terdiri dari beberapa logam panjang yang menembus *axis* tulang dan dihubungkan oleh penjepit

sehingga tulang yang direduksi dijepit oleh logam tersebut (Anugrah, et al, 2017). Penatalaksanaan pada kasus fraktur dengan cara prosedur bedah medis yang tindakannya secara operasi terbuka untuk mengatur struktur tulang, seperti pada kasus patah tulang, fiksasi internal ini mengacu pada fiksasi skrup dan piring untuk proses penyembuhan (Nofiah, dkk, 2019). Bertujuan menyatukan beberapa tulang fraktur (Sulistiyawati, et, all, 2020).

## 2. Klasifikasi fraktur antebrachi

Menurut Susanti dan Purnama (2021) klasifikasi fraktur antebrachi ada 4 yaitu :

### a. Fraktur *monteggia*

Fraktur *monteggia* merupakan suatu fraktur yang bisa terdiagnosis meskipun tidak menggunakan pemeriksaan penunjang berupa pemeriksaan *X-Ray*, namun sekalipun pemeriksaan tersebut dilakukan, dislokasi atau subluksasi dari kaput radi tadi sering terlewat dan tidak dikenali. Fraktur *monteggia* merupakan salah satu jenis fraktur yang terjadi pada regio antebrachi. Fraktur *monteggia* adalah fraktur pada *os ulna* bagian proksimal disertai dislokasi dari kaput radi pada *proximal radioulnar joint* / PRUJ (Alaydrus, 2017).

### b. Fraktur *smith*

Fraktur *smith* biasa juga disebut fraktur *colles* terbalik. Fraktur jenis ini lebih sering ditemukan pada pria daripada wanita. Ditemukan deformitas dengan fragmen distal mengalami pergeseran ke volar



dimana garis fraktur tidak melalui persendian. Pada fraktur *smith*, cedera menyebabkan fragmen distal bergeser ke anterior (hal inilah yang menyebabkan fraktur ini kadang kadang disebut dengan kebalikan *colles*). Fraktur ini terjadi akibat jatuh pada punggung tangan (Noor, 2016).

c. Fraktur *galeazzi*

Fraktur *galeazzi* adalah terputusnya hubungan tulang pada 1/3 *distal radius* disertai dislokasi sendi *radio ulnar distal* yang disebabkan oleh cedera pada lengan bawah akibat jatuh pada tangan dengan posisi hiperekstensi. Fraktur *galeazzi* meliputi fraktur *radius* yang lebih *distal* dengan dislokasi *distal radio ulnar joint*. Fraktur *radius* ini ditangani dengan reduksi terbuka dan fiksasi interna dengan *plate* dan *screw*. Dislokasi *ulna* biasanya memerlukan posisi lengan bawah dalam supinasi untuk mencapai reduksi (Noor, 2016).

d. Fraktur *colles*

Fraktur *colles* adalah fraktur melintang pada *radius* tepat di atas pergelangan tangan, dengan pegeseran *dorsal fragmen distal* (Noor, 2016).

3. Etiologi fraktur antebrachi

Fraktur antebrachi adalah terputusnya hubungan tulang *radius* dan *ulna* yang disebabkan oleh cedera pada lengan bawah, baik trauma langsung ataupun trauma tidak langsung (Lailia, 2018).

Beberapa etiologi lainnya meliputi ketidakstabilan sendi *radioulnar distal*, keganasan di *region karpal* dan trauma yang berenergi dengan faktor risiko yang paling tinggi adalah *osteoporosis*. Tidak ada faktor tunggal yang bertanggung jawab untuk fenomena ini. Faktor gender, kekurangan vitamin D, variasi musim, kondisi lingkungan,, obat-obatan dan *osteoporosis* disebutkan sebagai beberapa faktor penyebab yang meningkatkan risiko kejadian fraktur antebrachi. Ada juga kemungkinan perubahan kebiasaan diet yang dapat mengubah metabolisme tulang, yang mempengaruhi kejadian keseluruhan fraktur antebrachi (Sudharma & Wiratnaya, 2019).

#### 4. Tanda dan gejala fraktur antebrachi

Adapun tanda dan gejala yang ditimbulkan oleh penderita fraktur antebrachi yaitu nyeri hebat, deformitas, anggota badan terlihat tidak pada tempatnya, pembengkakan, mati rasa dan kesemutan dan masalah anggota pergerakan tubuh (Madona, 2020).

Pada anamnesis sering didapatkan adanya keluhan meliputi nyeri pada lengan atas, adanya deformitas pada lengan atas serta dilakukan *look*, *feel* dan *move* (Noor, 2016) yaitu :

- a. *Look* : didapatkan pasien terlihat meringis kesakitan, terlihat adanya deformitas yang jelas pada lengan bawah, apabila ada pembengkakan dan timbul nyeri hebat maka kaji apakah ada perubahan nadi atau perfusi yang tidak baik dengan CRT > 3.
- b. *Feel* : didapatkan adanya keluhan nyeri tekan dan adanya nyeri tekan.

c. *Move* : gerakan pada daerah lengan yang patah tidak boleh dilakukan karena akan memberikan respon trauma pada jaringan lunak disekitar ujung fragmen tulang yang tajam.

##### 5. Patofisiologi fraktur antebrachi

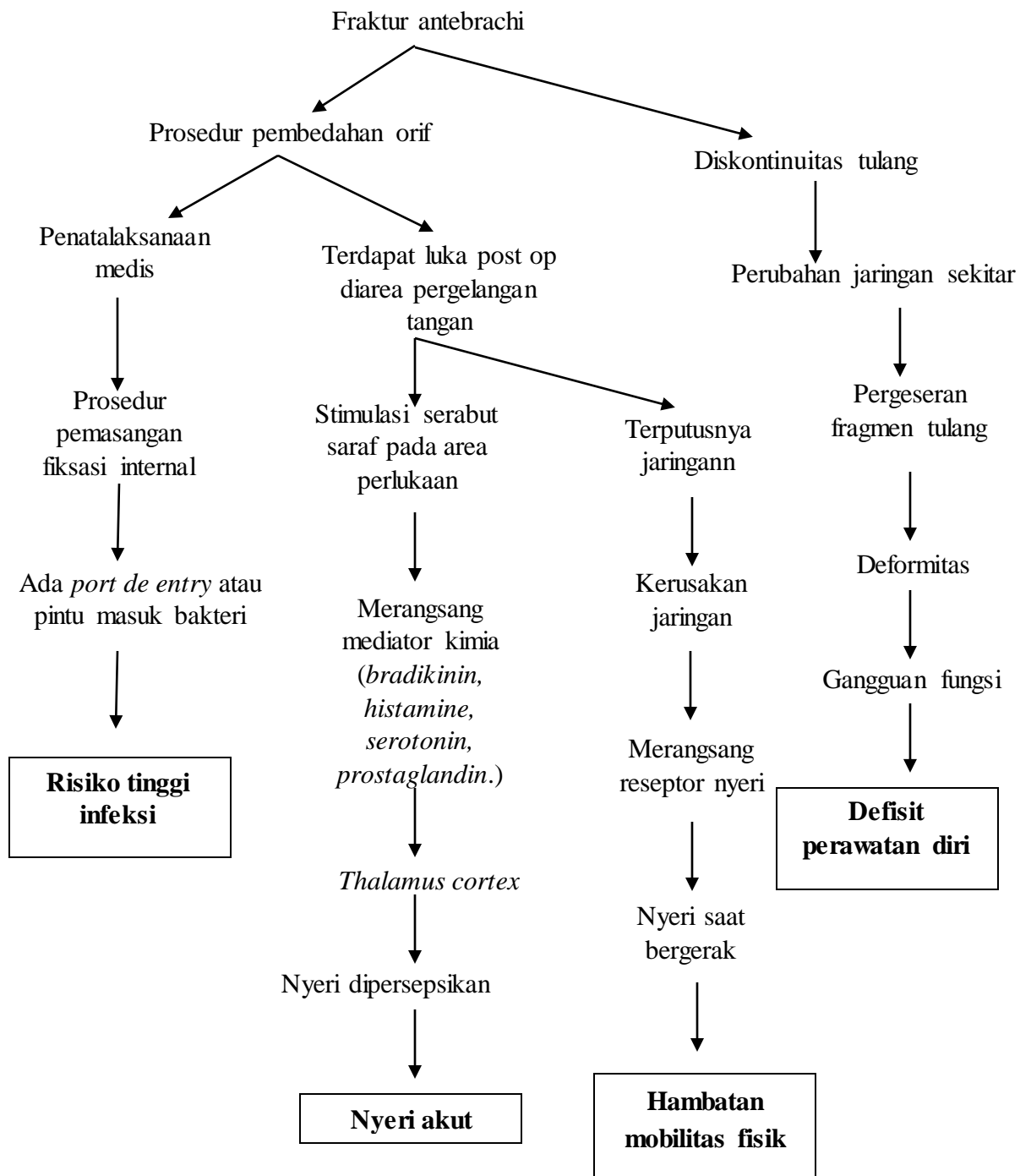
Ada beberapa hal yang dapat menyebabkan fraktur diantaranya trauma langsung, trauma tidak langsung ataupun dari kondisi patologis. Ketika seseorang mengalami fraktur maka sebagai penanganannya kemungkinan akan dilakukan tindakan oleh tenaga medis yaitu teknik pembedahan menggunakan prosedur orif dengan pemasangan fiksasi eksternal. Setelah dilakukan prosedur pembedahan orif dengan memasang fiksasi eksternal maka akan ada *port de entry* atau pintu masuk yaitu tempat dimana agen infeksi memasuki pejamu melalui luka dari kulit yang tidak utuh yang bisa menimbulkan risiko tinggi terhadap infeksi pada luka.

Pada luka post op di area pembedahan maka akan terjadi stimulasi serabut saraf yang merangsang mediator kimia diantaranya *bradikinin*, *histamine*, *serotonin* dan *prostaglandin*. Selain itu lesi juga mengaktifkan faktor pembekuan darah sehingga *bradikinin* dan *serotonin* akan terstimulasi dan merangsang *nosiseptor*. *Histamine*, *bradikinin* dan *prostaglandia* memiliki efek vasodilator dan meningkatkan permeabilitas pembuluh darah. Kemudian rangsangan ini disampaikan ke *talamus cortex* sehingga nyeri dipersepsikan dan nyeri dapat dirasakan dengan diagnosa keperawatan nyeri akut.

Ketika luka yang terjadi menyebabkan terputusnya jaringan maka akan menyebabkan jaringan menjadi rusak, ketika jaringan sudah rusak maka akan merangsang reseptor nyeri pada saat bergerak sehingga akan menghambat mobilitas fisik. Ketika fraktur yang menyebabkan diskontinuitas tulang maka akan terjadi perubahan jaringan disekitar area patahan maka akan terjadi tiga kemungkinan yaitu terjadinya pegeseran fragmen tulang, laserasi kulit dan spasme otot. Jika yang terjadi pergeseran fragmen tulang maka akan menyebabkan deformitas sehingga fungsi ekstremitas menjadi terganggu yang akan mengganggu atau menghambat mobilitas fisik ketika mobilitas fisiknya sudah terhambat atau terganggu maka kemungkinan akan menyebabkan defisit perawatan diri (Susanti & Purnama, 2021).

Tulang bersifat rapuh, namun cukup memiliki kekuatan dan gaya pegas untuk menahan tekanan. Setelah terjadi fraktur, *periosteum* dan pembuluh darah, serta saraf dalam *korteks*, sumsum tulang dan jaringan lunak yang membungkus tulang menjadi rusak. Akibatnya, terjadilah perdarahan dan membentuk hematoma dirongga medula tulang. Jaringan tulang akan langsung berdekatan ke bagian tulang yang patah. Jaringan yang mengalami nekrosis ini menstimulasi terjadinya respons inflamasi yang ditandai dengan vasodilatasi, eksudasi plasma dan leukosit serta infiltrasi sel darah putih. Kejadian inilah yang merupakan dasar dari proses penyembuhan tulang nantinya (Asikin, dkk, 2016).

## 6. Pathway fraktur antebrachi



Gambar 2.1. Pathway fraktur antebrachi  
 Sumber (Susanti et, all, 2021) dan (Asikin, dkk, 2016).

## 7. Penatalaksanaan fraktur antebrachi

Penatalaksanaan yang dilakukan pada fraktur antebrachi yaitu dengan reduksi terbuka (Noor, 2016) :

### a. Penatalaksanaan pembedahan

Open reduksi fraktur terbuka atau tertutup : tindakan manipulasi fragmen-fragmen tulang yang patah sedapat mungkin untuk kembali seperti letak semula, imobilisasi fraktur, fiksasi eksterna atau interna, mempertahankan dan mengembalikan fungsi, reduksi dan imobilisasi harus dipertahankan sesuai kebutuhan, pemberian analgeik untuk mengurangi nyeri, status neovaskuler (misal : perdarahan, nyeri, perabaan gerak) dipantau, latihan isometrik dan seting otot diusahakan meminimalkan *atrofi disuse* dan meningkatkan peredaran darah (Susanti & Purnama, 2021).

### b. Penatalaksanaan non pembedahan

#### a) Relaksasi teknik nafas dalam

Teknik relaksasi nafas dalam adalah suatu tindakan keperawatan untuk mengajarkan kepada pasien cara melakukan tarik nafas dalam dari hidung dan menghembuskan nafas lewat mulut secara perlahan. Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi nafas dalam dapat juga mengurangi tingkat kecemasan (Hardiyati, 2020).

Beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa teknik relaksasi nafas dalam sangat efektif untuk menurunkan nyeri

pasca operasi (Aini, A., Reskita, R., 2018). Berdasarkan penelitian Lela Aini (2018) di RSI Siti Khadijah Palembang sebanyak 30 orang, membuktikan bahwa teknik relaksasi nafas dalam berpengaruh terhadap penurunan nyeri pada pasien post op fraktur. Prita Devy Igiany (2018) juga membuktikan bahwa teknik relaksasi nafas dalam berpengaruh terhadap penurunan nyeri pada pasien post op fraktur.

b) Relaksasi genggam jari

Teknik relaksasi genggam jari (*finger hold*) merupakan teknik relaksasi yang sangat sederhana dan mudah dilakukan oleh siapapun. Teknik ini berhubungan dengan jari tangan serta aliran energi di dalam tubuh. Menggenggam jari sambil menarik nafas dalam-dalam dapat mengurangi dan menyembuhkan ketegangan fisik dan emosi. Teknik tersebut nantinya dapat menghangatkan titik-titik keluar dan masuknya energi pada jalur energi dalam tubuh yang terletak pada jari tangan kita, sehingga mampu memberikan rangsangan serta reflek (spontan) pada saat genggaman. Rangsangan yang didapat nantinya akan mengalirkan gelombang menuju ke otak, kemudian dilanjutkan ke saraf pada organ tubuh yang mengalami gangguan, sumbatan di jalur energi menjadi lancar teknik relaksasi genggam jari membantu tubuh, pikiran dan jiwa untuk mencapai relaksasi. Dalam keadaan relaksasi secara alamiah akan memicu pengeluaran hormon

endorfin, hormon ini merupakan analgesik alami dari tubuh sehingga nyeri akan berkurang (Indrawati & Arham, 2020).

## **B. Konsep asuhan keperawatan fraktur antebrachi**

### **1. Pengkajian keperawatan**

Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal dalam proses keperawatan. Oleh karena itu, diperlukan kecermatan dan ketelitian tentang masalah pasien sehingga dapat memberikan arah terhadap tindakan keperawatan. keberhasilan proses keperawatan sangat bergantung pada tahap ini. Tahap ini terdiri dari (Asikin, dkk, 2016) :

#### **a. Anamnesis, pada anamnesis ini meliputi :**

- a) Identitas pasien : nama, jenis kelamin, usia, alamat, agama, bahasa yang digunakan, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, asuransi, golongan darah, nomor rekam medis, tanggal masuk rumah sakit dan diagnosis medis.
- b) Keluhan utama : pada kasus fraktur pengkajian yang dilakukan menggunakan metode pertanyaan *provoking incident, quality of pain, region radiation relief, severity of pain and time* (PQRST)
- c) Riwayat penyakit sekarang : pengumpulan data yang dilakukan untuk menentukan penyebab fraktur yang nantinya dapat membantu dalam membuat rencana tindakan terhadap pasien.
- d) Riwayat penyakit dahulu : pada pengkajian ini ditemukan kemungkinan penyebab fraktur dan memberikan petunjuk berapa



lama tulang tersebut akan menyambung. Misal penyakit diabetes melitus yang akan menghambat proses penyembuhan tulang.

- e) Riwayat penyakit keluarga : riwayat keluarga yang berhubungan dengan penyakit tulang merupakan salah satu faktor predisposisi terjadinya fraktur, misal *osteoporosis*.
- f) Riwayat psikososial : merupakan respons emosi pasien terhadap penyakit yang dideritanya serta peran pasien dalam keluarga dan masyarakat.
- g) Pola persepsi : pada kasus fraktur akan timbul rasa ketakutan terjadinya kecacatan pada diri pasien dan harus menjalani penatalaksanaan kesehatan untuk membantu proses penyembuhan tulang.
- h) Pola nutrisi dan metabolisme : pasien yang mengalami fraktur harus mengonsumsi nutrisi melebihi kebutuhan sehari-hari. Misalnya :  
 Asupan kalori kurang lebih 2.500 kal per hari, jika patah tulang yang dialami parah maka asupan konsumsi kalori harus melebihi 2.500 kal, misal : 6.000 kal per hari.  
 Asupan protein 10-20 gram per hari menjadi 20-25 gram per hari  
 Asupan kalsium 1.000 per hari menjadi 1.200 per hari.
- i) Pola eliminasi : kaji apakah terdapat kesulitan atau tidak saat BAB dan BAK.

- j) Pola tidur dan istirahat : pada semua pasien fraktur akan timbul rasa nyeri dan keterbatasan gerak, sehingga dapat mengganggu pola serta kebutuhan tidur pasien.
- k) Pola aktivitas : akibat dari keterbatasan gerak yang disebabkan oleh nyeri maka semua bentuk kegiatan pasien termasuk pekerjaan akan menjadi berkurang dan terhambat sehingga membutuhkan bantuan dari orang lain.
- l) Pola hubungan dan peran : pasien akan kehilangan peran dalam keluarga dan masyarakat karena harus menjalani rawat inap.
- m) Pola konsep diri : dampak yang timbul dari pasien fraktur adalah rasa ketakutan terhadap kecacatan akibat fraktur, rasa cemas, rasa ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas secara optimal.
- n) Pola sensori dan kognitif : pada pasien yang mengalami fraktur, daya rabanya akan berkurang terutama pada bagian distal fraktur tetapi tidak akan mengalami gangguan kognitif.
- o) Pola reproduksi seksual : dampak pada pasien fraktur yaitu pasien tidak dapat melakukan hubungan seksual karena harus menjalani rawat inap dan keterbatasan gerak. Kaji juga status pernikahannya termasuk jumlah anaknya.
- p) Pola tata nilai : untuk pasien fraktur, tidak dapat melaksanakan kebutuhan beribadah dengan baik terutama frekuensi dan konsentrasi. Hal ini disebabkan oleh nyeri dan keterbatasan gerak pasien.

b. Pemeriksaan fisik meliputi :

a) Pemeriksaan *neuromuscular*, pada pemeriksaan neuromuscular didapatkan hasil adanya nyeri, pasien tampak pucat, sensasi kulit abnormal seperti terbakar, denyut nadi hilang serta pergerakan yang berkurang.

b) Pemeriksaan setempat fraktur meliputi inspeksi dan palpasi :

1) Inspeksi : adanya benjolan, pembengkakan atau cekungan yang tidak biasa (abnormal).

2) Palpasi : teraba hangat disekitar trauma dan perubahan kelembaban kulit. Waktu pengisian kapiler > 3 detik.

c. Pemeriksaan penunjang fraktur

Pemeriksaan penunjang terdiri dari *rontgen*, *CT Scan* atau *MRI*. Pemeriksaan yang penting untuk dijadikan sebagai penunjang yaitu pencitraan menggunakan foto *rontgen*.

2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon pasien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017).

Menurut SDKI (2017) diagnosis yang akan muncul pada pasien post op orif fraktur yaitu :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (operasi).
  - b. Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif.
  - c. Gangguan/hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.
  - d. Defisit keperawatan diri berhubungan dengan gangguan musculoskeletal.
3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan.

Menurut SIKI (2018), intervensi keperawatan pada pasien post op yaitu:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post op)

*Tabel 2.2 : Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik*

Tujuan	Intervensi
1. Keluhan nyeri cukup menurun	Observasi : 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.  Terapeutik : 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal : hipnosis, akupresur, terapi musik, terapi pijat dan teknik relaksasi nafas dalam).
2. Meringis sedang	
3. Gelisah menurun	
4. Ketegangan otot cukup menurun	
5. Pola nafas membaik	

*Lanjutan tabel 2.2 : Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik*

Tujuan	Intervensi
	2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misal : suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan). 3. Fasilitasi istirahat dan tidur. 4. Berikan dukungan emosional kepada pasien dan keluarga. Edukasi : 1. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri. 2. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat. 3. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian analgetik.

b. Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif.

*Tabel 2.3 : Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif*

Tujuan	Intervensi
1. Kebersihan tangan cukup meningkat 2. Nafsu makan sedang 3. Demam cukup menurun 4. Kemerahan sedang 5. Bengkak sedang 6. Kultur area luka cukup membaik	Observasi : 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Teapeutik : 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada area edema 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi.

*Lanjutan tabel 2.3 : Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif*

Tujuan	Intevensi
	Edukasi : 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajaran etika batuk 4. Ajarkan cara memeriksa luka operasi 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian imunisasi, <i>jika perlu</i>

- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.

*Tabel 2.4 : Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.*

Tujuan	Intervensi
1. Pergerakan ekstremitas sedang 2. Kekuatan otot cukup meningkat 3. Rentang gerak sedang 4. Nyeri cukup menurun 5. Kaku sendi sedang 6. Gerakan terbatas cukup menurun 7. Kelemahan fisik sedang	Observasi : 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan gerakan 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik : 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal : pagar tempat tidur)

*Lanjutan Tabel 2.4 : Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.*

Tujuan	Intevensi
	2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi : 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal : duduk di tempat tidur) 4. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi

- d. Defisit keperawatan diri berhubungan dengan gangguan musculoskeletal.

*Tabel 2.5 : Defisit keperawatan diri berhubungan dengan gangguan musculoskeletal.*

Tujuan	Intervensi
1. Kemampuan mengenakan pakaian cukup meningkat 2. Kemampuan makan cukup meningkat 3. Kemampuan BAK/BAB sedang 4. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri cukup meningkat	Observasi : 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu Terapeutik : 1. Sediakan lingkungan yang terapeutik (misal : suasana hangat, rileks, dan privasi).

*Lanjutan Tabel 2.5 : Defisit keperawatan diri berhubungan dengan gangguan musculoskeletal.*

Tujuan	Intervensi
5. Minat melakukan perawatan diri cukup meningkat	2. Siapkan keperluan pribadi (misal : parfum, sikat gigi dan sabun mandi)
6. Mempertahankan kebersihan diri meningkat	3. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri
7. Mempertahankan kebersihan mulut	4. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan
	5. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri
	6. Jadwalkan rutinitas perawatan diri
	Edukasi :
	1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten
	2. Anjurkan ke kamar mandi, <i>jika perlu</i>
	3. Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan
	Kolaborasi :
	1. Kolaborasi pemberian obat (misal : analgesik dan antiemetik) sesuai indikasi

#### 4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan suatu tahap pelaksanaan terhadap suatu rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan untuk perawat bersama seorang pasien. Implementasi dapat dilakukan sesuai rencana yang telah dibuat setelah validasi, selain itu juga dibutuhkan keterampilan interpersonal, intelektual dan teknik yang dilakukan harus dengan cermat serta efisien dengan situasi yang tepat dan dengan selalu



memperhatikan keamanan fisik maupun psikologis. Setelah sudah selesai melakukan implementasi, lakukan dokumentasi yang akan meliputi intervensi sebelumnya sudah dilakukan dan tanya bagaimana respon pasien (Sarani, 2021).

#### 5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap terakhir dalam proses keperawatan. Evaluasi ini adalah proses membandingkan hasil yang telah dicapai setelah dilakukan implementasi keperawatan dan memiliki tujuan yang diharapkan dalam perencanaan. Perawat pun mempunyai tiga alternatif dalam menentukan sejauh mana tujuan itu dapat tercapai (Sarani, 2021) yaitu :

- a. tercapai : perilaku pasien sesuai dengan pertanyaan tujuan dalam waktu dan tujuan yang telah ditetapkan.
- b. tercapai sebagian : pasien telah menunjukan perilaku tetapi belum sebaik dengan perilaku yang telah ditentukan dalam pertanyaan tujuan.
- c. belum tercapai : pasien belum mampu sama sekali menunjukan perilaku yang telah diharapkan sesuai dengan pernyataan tujuan.

Agar memudahkan perawat dalam mengevaluasi atau membuat perkembangan pasien maka digunakan komponen SOAP yaitu :

- a. S : Data subyektif merupakan perkembangan suatu keadaan pasien yang didasarkan pada apa yang telah dirasakan, dikeluhkan dan diungkapkan.
- b. O : Data obyektif merupakan perkembangan yang dapat diamati dan juga dapat diukur oleh seorang perawat atau tim kesehatan lainnya.
- c. A : Analisis merupakan penelitian dari kedua jenis data tersebut baik data subyektif maupun data obyektif, apakah berkembang dengan baik atau malah kemunduran.
- d. P : Perencanaan merupakan rencana dalam penanganan pasien yang didasari pada hasil analisis di atas yang mempunyai isi untuk melanjutkan perencanaan apabila masalah belum teratasi.

### **BAB III**

#### **TINJAUAN KASUS**

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. W DENGAN GANGGUAN SISTEM  
MUSCULOSKELETAL : POST OP ORIF FRAKTUR ANTEBRACHI  
DI RUANG MAWAR 2 BEDAH RSUD dr. SOESELO  
KABUPATEN TEGAL

Tanggal masuk rumah sakit : Jum'at, 07 Januari 2022  
Tanggal pengkajian : Selasa, 11 Januari 2022 (Jam 15.30 WIB)  
Ruang rumah sakit : Mawar 2  
Diagnosis medis : Fraktur Radius Sinistra

#### **A. Pengkajian**

##### **1. Biodata**

##### **a. Identitas pasien**

Nama : Ny. W  
Jenis kelamin : Perempuan  
Tempat tanggal lahir : 15 Oktober 1960  
Usia : 61 tahun  
Status : Menikah  
Agama : Islam  
Suku bangsa : Jawa

Pendidikan : Tidak tamat SD

Alamat : Ds. Tabunan RT03/RW05 Kec. Dukuhwaru  
Kab. Slawi

b. Identitas penanggung jawab

Nama : Ny. M

Umur : 38 tahun

Alamat : Ds. Tabunan RT03/RW05 Kec. Dukuhwaru Kab.  
Slawi

Pekerjaan : Ibu rumah tangga

Hubungan dengan klien : Anak

2. Riwayat kesehatan pasien

a. Keluhan utama

Pasien mengatakan nyeri pada pergelangan tangan sebelah kiri setelah di operasi.

b. Riwayat kesehatan sekarang

Pasien dibawa ke rumah sakit karena kecelakaan lalu lintas pada tanggal 07 Januari 2022 jam 14.00 WIB. pasien langsung dibawa ke IGD dan ditangani perawat IGD kemudian dipindahkan ke ruang mawar 2 untuk persiapan tindakan operasi. Pada saat pengkajian jam 15.30 pasien mengatakan telah dilakukan operasi pada tanggal 11 Januari 2022 dari jam 09.50 s.d jam 10.50 WIB. pasien mengatakan nyeri setelah di operasi, kualitas nyeri sedang dan nyeri pada saat

mobilisasi, nyeri di pergelangan tangan kiri, skala nyeri 6 seperti ditarik-tarik, nyeri terus-menerus. Berdasarkan rekam medis RSUD dr. Soeselo Kabupaten Tegal luka post op pada pergelangan tangan kiri dengan panjang luka yaitu 6 cm, pasien mengatakan nyeri perut bagian atas akibat benturan, nyeri lutut sebelah kiri area lutut terlihat lebam dan memar.

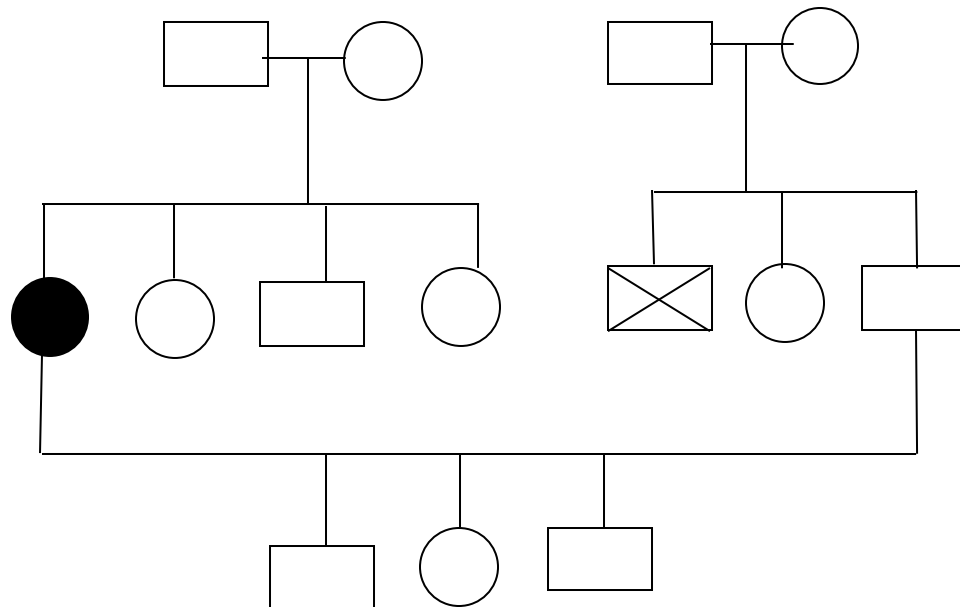
c. Riwayat kesehatan keluarga

Pasien mengatakan tidak ada keluarga yang menderita penyakit menurun atau menular.

d. Riwayat kesehatan masa lalu

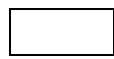
Pasien mengatakan pernah mempunyai riwayat kolestrol tinggi, tetapi pasien mengatakan sebelumnya tidak pernah di rawat di rumah sakit.

## e. Genogram



Gambar 3.1 genogram

Keterangan :



: laki – laki



: perempuan



: meninggal



: klien



: garis perkawinan



: garis keturunan

## 3. Pemeriksaan fisik

## a. Pemeriksaan umum

a) Keadaan umum : Cukup

b) Kesadaran : composmentis (GCS : 15 ), ( E : 4, V : 5, M : 6 )

c) Tanda – tanda vital :

Tekanan darah : 126/71 mmHg

Nadi : 110x/menit

Pernafasan : 20x/menit

Suhu : 36 Celcius

d) Berat badan : 60 Kg

e) Tinggi badan : 160 cm

b. Pemeriksaan *head to toe*

1) Kepala

a) Wajah dan kulit kepala

Wajah berbentuk simetris, rambut sudah beruban sebagian, tidak ada luka di kulit kepala, tidak ada nyeri tekan dan ekspresi wajah meringis saat nyeri terasa.

b) Mata

Kedua mata simetris, konjungtiva an anemis, seklera an ikterik, tidak ada benjolan dan tidak ada nyeri tekan.

c) Hidung

Hidung terlihat simetris, tidak ada luka, tidak ada benjolan dan tidak ada nyeri tekan.

d) Telinga

Kedua telinga simetris, telinga sedikit kotor, tidak ada luka, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan dan pendengaran normal

e) Mulut

Bibir simetris, tidak ada luka, tidak ada pembengkakan gusi, tidak ada benjolan dan tidak ada nyeri tekan.

2) Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada luka, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening dan tidak ada nyeri tekan.

3) Thorax dan paru

Bentuk dada simetris, pergerakan dada kanan dan kiri sama, tidak ada nyeri tekan, suara paru kanan dan kiri sonor dan suara paru kanan dan kiri vesikuler dan tidak ada suara tambahan.

4) Jantung

Ictus cordis tidak tampak, namun ictus cordis teraba, suara yang didapat pekak, terdengar BJ I dan BJ II normal lup dan dup.

5) Abdomen

Abdomen terlihat membuncit, tidak ada luka tetapi pada saat diraba terasa nyeri akibat benturan kecelakaan lalu lintas dan terdapat bunyi peristaltik usus 11 x/menit, ada nyeri tekan dibagian perut atas dan didapatkan suara tympani.



## 6) Genetalia

Pasien berjenis kelamin perempuan dan tidak terpasang kateter

## 7) Musculoskeletal

## a. Ekstermitas atas

Kedua tangan simetris, tangan kiri terasa sakit jika banyak bergerak dengan kekuatan otot 3 yaitu bisa melawan tetapi tidak bisa menahan karena adanya luka akibat post op dengan panjang luka 6 cm tetapi masih keluar darah yang menembus kasa, tangan kanan pasien terpasang infus, tidak ada oedema, tetapi ada sedikit bagian yang memar.

5	3
5	4

Keterangan :

- 0 : Tidak bergerak
- 1 : Ada gerakan otot tetapi tidak ada gerakan sendi
- 2 : Ada gerakan sendi tetapi tidak bisa melawan gravitasi
- 3 : Bisa melawan tetapi tidak bisa menahan
- 4 : Bisa menahan tetapi kurang dari normal
- 5 : Otot sudah normal

b. Ekstermitas bawah

Kedua kaki simetris, ekstremitas bawah kiri dengan nilai kekuatan otot 4 yaitu bisa menahan tetapi kurang dari normal, terdapat lebam dan memar di kedua lutut dan punggung kaki, terdapat nyeri tekan di lutut kiri tetapi masih bisa ditebuk.

5	3
5	4

Keterangan :

- 0 : Tidak bergerak
- 1 : Ada gerakan otot tetapi tidak ada gerakan sendi
- 2 : Ada gerakan sendi tetapi tidak bisa melawan gravitasi
- 3 : Bisa melawan tetapi tidak bisa menahan
- 4 : Bisa menahan tetapi kurang dari normal
- 5 : Otot sudah normal

8) Integument

Turgor kulit baik dan warna kulit sawo matang.

4. Pola kegiatan sehari – hari.

a. Management fungsi dan persepsi terhadap kesehatan.

Pasien mengatakan kesehatan adalah hal yang sangat penting, jika pasien atau keluarga sakit biasanya segera dibawa ke puskesmas atau bidan terdekat.

b. Pola nutrisi dan metabolisme

Sebelum sakit : Pasien mengatakan biasanya makan 3x sehari dengan menu nasi, sayur (brokoli dan bayam) dan lauk pauk (daging dan telur), pasien menghabiskan 1 porsi makan sehari. Minum air putih 5 – 8 gelas sehari.

Selama sakit : Pasien mengatakan ada perubahan pada nafsu makannya Sehingga porsi makan menjadi lebih sedikit, dengan menu makan yang disediakan dari rumah sakit diantaranya ada nasi, sayur (brokoli dan bayam) dan lauk pauk (daging dan telur). Minum air putih 5 – 6 gelas sehari

c. Pola eliminasi

Sebelum sakit : Pasien mengatakan biasanya BAB 1 x sehari dengan konsistensi lembek, berwarna kuning dan bau yang khas.

Selama sakit : Pasien mengatakan BAB 1 x sehari dengan konsistensi lembek, berwarna kuning dan bau yang khas tetapi pergi ke toilet dibantu anaknya.

d. Pola istirahat dan tidur

Sebelum sakit : Pasien mengatakan biasanya tidur malam 20.00 – 05.00 WIB. Pasien mengatakan tidur siang itu

kadang-kadang.

Selama sakit : Pasien mengatakan tidur malam 20.00 – 05.00 WIB tetapi mudah terbangun karena lingkungan yang kurang nyaman dan bising.

e. Pola aktivitas dan latihan.

Sebelum : Pasien mengatakan aktivitas sehari – harinya dilakukan secara mandiri

Selama sakit : Pasien mengatakan aktivitas sehari – harinya dibantu oleh keluarga.

*Tabel 3.1 Aktivitas sehari-hari*

No.	Aktivitas	0	1	2	3	4
1.	Makan / minum	✓				
2.	Toileting			✓		
3.	Berpakaian			✓		
4.	Mobilitas di tempat tidur			✓		
5.	Berpindah			✓		
6.	Ambulasi/ROM			✓		

Keterangan :

- 0 : Mandiri
- 1 : Dibantu alat
- 2 : Dibantu orang
- 3 : Dibantu alat dan orang
- 4 : Ketergantungan

f. Pola persepsi dan kognitif

Pasien mengatakan sudah tahu apa yang terjadi (klien mengetahui pergelangan tangannya mengalami fraktur kemudian dilakukan tindakan operasi dan terpasang plat) tetapi pasien belum paham mengenai perawatan fraktur radius sinistra.

g. Konsep diri

Pasien mengatakan selalu berfikir positif dalam menghadapi masalah dan yakin akan sembuh dari sakitnya.

h. Peran dan hubungan

Pasien adalah seorang ibu rumah tangga yang memiliki 1 suami dan 3 anak, anak pertama laki-laki berumur 43 tahun, anak kedua perempuan berumur 38 tahun dan anak ketiga laki-laki berumur 30 tahun.

i. Reproduksi dan seksualitas

Pasien seorang perempuan berusia 60 tahun, memiliki 1 suami hingga dikaruniani 3 orang anak yaitu 2 laki – laki dan 1 perempuan.

j. Pola koping dan toleransi

Pasien mengatakan menerima kejadian ini dan selalu berdoa agar segera diberi kesembuhan.

k. Nilai dan keyakinan

Pasien mengatakan beragama Islam dan melaksanakan kewajibannya yaitu sholat 5 waktu.

5. Terapi

*Tabel 3.2 Daftar terapi obat*

No.	Nama obat	Dosis	Rute
1.	Santagesik 500 mg	3x500 mg	Intravena
2.	Cefotaxime 200 mg	3x200 mg	Intravena
3.	Calcium lactate 500 mg	3x500 mg	Per oral
4.	Injeksi infus RL	20 tpm	Intravena
5.	Ketorolac 30 mg	3x30 mg	Intravena

*Sumber. Rekam medis RSUD dr. Soeselo, (2022)*

6. Data penunjang

Tanggal 07 Januari 2022

*Tabel 3.3 Hasil laboratorium*

Pemeriksaan Hematologi	Hasil	Nilai Normal
Leukosit	16.7	2.6 – 11.0
Eritrosit	4.4	3.80 – 5.20
Haemoglobin	12.6	11.7 – 15.5

*Sumber. Laboratorium RSUD dr. Soeselo, 2022*

## 7. Analisa Data

Tabel 3.4 Analisis data

No.	Tanggal	Data	Etiologi	Problem
1.	Selasa, 11-01-2022	<p>DS :</p> <p>P : Pasien mengatakan nyeri setelah di operasi</p> <p>Q : Kualitas nyeri sedang pada saat mobilisasi</p> <p>R : Nyeri di pergelangan tangan kiri</p> <p>S : Skala nyeri 6 seperti ditarik tarik</p> <p>T : Nyeri terus menerus</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak meringis kesakitan di bagian pergelangan tangan kiri</li> <li>2. Terdapat luka post op di bagian pergelangan tangan kiri</li> <li>3. TD : 126/71 mmHg</li> <li>4. S : 36 Celcius</li> <li>5. N : 110 x/menit</li> <li>6. RR : 20 x/menit</li> </ol>	Agen pencedera fisik (post op )	Nyeri akut

Lanjutan tabel 3.4 Analisis data

No.	Tanggal	Analisa data	Etiologi	Problem
2.	Selasa, 11-01-2022	DS : 1. Pasien mengatakan kesulitan menggerakkan tangan sebelah kiri 2. Pasien mengatakan jika terus dipaksa takut terjadi hal yang tidak diinginkan 3. Pasien mengatakan bagian yang retak terpasang plat. DO : 1. Tangan pasien terlihat hanya lurus saja 2. Gerakan terbatas 3. Fisik (pergelangan tangan) terlihat lemah 4. Kekuatan otot ekstremitas kiri atas 3 kiri bawah 4	Penurunan kekuatan otot	Gangguan mobilitas fisik
3.	Selasa, 11-01-2022	DS : 1. Pasien mengatakan telah di operasi pada tanggal 11 Januari 2022 DO : 1. Leukosit : 16.7 2. Hb : 12.6 mg/dl 3. Keadaan luka bersih 4. Luka masih keluar cairan berwarna merah (darah)	Efek prosedur invasif	Risiko infeksi






*Lanjutan tabel 3.4 Analisa data*

No.	Tanggal	Analisa data	Problem	Etiologi
		5. Panjang luka 6 cm 6. Bengkak		

## B. Diagnosis Keperawatan

*Tabel 3.5 Diagnosis keperawatan*


No.	Dx. Keperawatan	Tanggal timbul masalah	Tanggal teratasi	paraf
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ( post op ) dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri post op.	07-01-2022	13-01-2022	
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan pasien mengatakan kesulitan menggerakan ekstremitas atas bagian pergelangan tangan kiri karena jika digerakan akan terasa nyeri.	07-01-2022	13-01-2022	
3.	Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif	07-01-2022	13-01-2022	

### C. Intervensi Keperawatan

Tabel 3.6 Intervensi keperawatan

No.	Hari/ Tanggal	Dx. keperawatan	Tujuan dan kriteria	Intervensi	Paraf									
1.	Rabu, 12-01- 2022	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post op)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 8 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : <table><tr><td>Indikator</td><td>Sebelum</td><td>sesudah</td></tr><tr><td>Keluhan nyeri</td><td>1</td><td>4</td></tr><tr><td>Ekspresi meringis</td><td>1</td><td>5</td></tr></table> Keterangan : 1 : meningkat 2 : cukup meningkat 3 : sedang 4 : cukup menurun 5 : menurun	Indikator	Sebelum	sesudah	Keluhan nyeri	1	4	Ekspresi meringis	1	5	1. Identifikasi skala nyeri 2. Ajarkan teknik non- farmakologi s 3. Kolaborasi pemberian analgetik	<i>Ahli</i>
Indikator	Sebelum	sesudah												
Keluhan nyeri	1	4												
Ekspresi meringis	1	5												
2.	Rabu, 12-01- 2022	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 8 jam diharapkan tingkat mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : <table><tr><td>Indikato r</td><td>Sebelum</td><td>Sesud ah</td></tr><tr><td>Pergerak an ektremi tas</td><td>1</td><td>3</td></tr><tr><td>Kelemah an fisik</td><td>1</td><td>4</td></tr></table>	Indikato r	Sebelum	Sesud ah	Pergerak an ektremi tas	1	3	Kelemah an fisik	1	4	1. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 2. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatk an	<i>Ahli</i>
Indikato r	Sebelum	Sesud ah												
Pergerak an ektremi tas	1	3												
Kelemah an fisik	1	4												

Lanjutan tabel 3.6 Intervensi keperawatan

No.	Hari/ tanggal	Dx. keperawatan	Kriteria hasil	Intervensi	Paraf															
			1 : meningkat 2 : cukup meningkat 3 : sedang 4 : cukup menurun 5 : menurun	Pergerakan 3. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 4. Anjurkan mobilisasi dini 5. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan																
3.	Rabu, 12-01- 2022	Risiko infeksi dibuktikan dengan adanya efek prosedur invasive	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 8 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : <table><tr><td>Indikator</td><td>Sebelum</td><td>Sesudah</td></tr><tr><td>Kebersihan tangan</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>Kemerahan</td><td>1</td><td>4</td></tr><tr><td>Kadar sel darah putih</td><td>1</td><td>4</td></tr><tr><td>Bengkak</td><td>1</td><td>3</td></tr></table>	Indikator	Sebelum	Sesudah	Kebersihan tangan	1	2	Kemerahan	1	4	Kadar sel darah putih	1	4	Bengkak	1	3	1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Cuci tangan sesudah dan sebelum kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	
Indikator	Sebelum	Sesudah																		
Kebersihan tangan	1	2																		
Kemerahan	1	4																		
Kadar sel darah putih	1	4																		
Bengkak	1	3																		


*Lanjutan tabel 3.6 Intervensi keperawatan*

No.	Hari/ tanggal	Dx. Keperawatan	Kriteria hasil	Intervensi	Paraf
			Keterangan : 1 : meningkat 2 : cukup meningkat 3 : sedang 4 : cukup menurun 5 : menurun	4. Kolaborasi pemberian imunisasi 5. Lakukan tindakan keperawatan mengganti balutan luka	

#### **D. Implementasi Keperawatan**

##### **a. Implementasi hari pertama**

*Tabel 3.7 Implementasi hari pertama*

No.	Hari/ Tanggal Jam	Dx. keperawatan	Implementasi	Respon	Paraf
1.	Rabu, 12-01- 2022 09.20	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post op)	1. Mengidentifikasi skala nyeri	DS : 1. Pasien mengatakan nyeri DO : 1. Pasien Nampak meringis 2. Skala nyeri 6	

Lanjutan tabel 3.7 Implementasi hari pertama

No.	Hari/ Tanggal jam	Dx. keperawatan	Implementasi	Respon	Paraf
	Rabu, 12-01- 2022 09.30		2. Mengajarkan dan mencontohkan teknik non farmakologis (teknik relaksasi nafas dalam)	DS : 1. Pasien menanyakan seperti apa teknik nafas dalam itu?  DO : 1. Pasien terlihat ikut mempraktekan	<i>Ashli</i>
	Rabu, 12-01- 2022 09.45		3. Mengkolaborasi pemberian analgetik	DS : 1. Pasien mengatakan pegel setelah obat masuk  DO : 1. Pasien Nampak tenang	<i>Ashli</i>
2.	Rabu, 12-01- 2022 09.40	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	1. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan pada pergelangan tangan kiri	DS : 1. Pasien mengatakan sendi masih sakit untuk digerakan.  DO : - Tangan masih kaku	<i>Ashli</i>
	Rabu, 12-01- 2022 09.50		2. Mengajarkan mobilisasi sederhana	DS : 1. Klien mengatakan masih sulit	<i>Ashli</i>

Lanjutan tabel 3.7 Implementasi hari pertama

No.	Hari/ Tanggal jam	Dx. keperawatan	Implementasi	Respon	Paraf
			(teknik genggam jari)	digerakan DO : 1. Klien terlihat hanya mampu mengangkat tangannya.	
	Rabu, 12-01- 2022 10.00		3. Menganjurkan mobilisasi dini	DS : 1. Pasien mengatakan akan mencoba melakukan mobilisasi dini  DO : 1. Pasien terlihat memegang tangannya	<i>Ahli</i>

## b. Implementasi hari kedua

Tabel 3.8 Implementasi hari kedua



No.	Hari Tanggal Jam	Dx. Keperawatan	Implementasi	Respon	Paraf
1.	Kamis, 13-01- 2022 10.15	Risiko infeksi dibuktikan dengan adanya efek prosedur invasif	1. melakukan ganti balutan luka post op	DS : 1. Pasien mengatakan menjadi lebih nyaman setelah dilakukan	<i>Ahli</i>

*Lanjutan Tabel 3.8 Implementasi hari kedua*

No.	Hari Tanggal Jam	Dx. Keperawatan	Implementasi	Respon	Paraf
				tindakan ganti balut.  DO :  1. Pasien tampak tenang	

### E. Evaluasi Keperawatan

*Tabel 3.9 Evaluasi Keperawatan Hari Pertama*

No.	Hari/ Tanggal Jam	Dx keperawatan	Cacatan perkembangan (SOAP)	Paraf
1.	Rabu, 12-01- 2022 10.25	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	S : pasien mengatakan masih nyeri, dengan skala nyeri 6 yaitu seperti ditarik-tarik  O : pasien tampak masih meringis  A : masalah belum teratasi  P : lanjutkan intervensi : 1. Identifikasi skala nyeri 2. Ajarkan teknik nafas dalam	
2.	Rabu, 12-01- 2022 10.35	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	S : pasien mengatakan masih kesulitan menggerakkan ekstremitas atas kiri bagian pergelangan tangan dan gerak menjadi terbatas.	

*Lanjutan tabel 3.9 Evaluasi keperawatan Hari Pertama*

No.	Hari/ Tanggal Jam	Dx keperawatan.	Cacatan perkembangan (SOAP)	Paraf
			<p>O : 1. tangan terbalut perban 2. tangan lurus ditempat 3. jika bergerak pasien meringis menahan sakit</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi : 1. ajarkan teknik non farmakologis</p>	
3.	Rabu, 12-01-2022 10.40	Risiko infeksi dibuktikan dengan adanya efek prosedur invasife	<p>S : pasien mengatakan tidak nyaman dan masih terasa nyeri</p> <p>O : luka bersih, panjang luka sekitar 6 cm terlihat bengkak di sekitar luka</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi : 1. lakukan tindakan keperawatan ganti balut luka minimal 2 kali sehari.</p>	<i>Asli</i>

*Tabel 3.10 Evaluasi Keperawatan Hari Kedua*

No.	Hari/ Tanggal Jam	Dx keperawatan.	Cacatan perkembangan (SOAP)	Paraf
1.	Kamis, 13-01-2022 10.25	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	<p>S : pasien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang, dengan skala nyeri 3 yaitu seperti ditusuk-tusuk</p> <p>O : pasien tampak masih meringis</p>	<i>Asli</i>



*Lanjutan Tabel 3.10 Evaluasi Keperawatan Hari Kedua*

No.	Hari/ Tanggal Jam	Dx keperawatan.	Cacatan perkembangan (SOAP)	Paraf
			<p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi skala nyeri</li> <li>2. Ajarkan teknik nafas dalam</li> </ol>	
2.	Kamis, 13- 01-2022 10.35	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	<p>S : pasien mengatakan masih kesulitan menggerakkan ekstremitas atas kiri bagian pergelangan tangan dan gerak menjadi terbatas.</p> <p>O : 4. tangan terbalut perban 5. tangan lurus ditempat 6. jika bergerak pasien meringis menahan sakit</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. ajarkan teknik non farmakologis</li> </ol>	<i>Ashli</i>
3.	Kamis, 13- 01-2022 10.40	Risiko infeksi dibuktikan dengan adanya efek prosedur invasif	<p>S : pasien mengatakan lebih nyaman setelah diganti balut lukanya</p> <p>O : luka bersih, panjang luka sekitar 6 cm terlihat bengkak di sekitar luka</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. lakukan tindakan keperawatan ganti balut luka minimal 2 kali sehari.</li> </ol>	<i>Ashli</i>

## BAB IV

### PEMBAHASAN

Pada BAB ini penulis akan membahas mengenai ada tidaknya kesenjangan antara teori dengan hasil tinjauan pelaksanaan asuhan keperawatan pada ny. W dengan gangguan sistem musculoskeletal : post op orif fraktur antebrachi sinistra di ruang mawar 2 bedah RSUD dr. Soeselo kabupaten Tegal. Untuk memudahkan pembahasan maka penulis akan membahas bagian ini berdasarkan dengan pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

#### A. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses dimana kegiatan yang akan dilakukan yaitu : mengumpulkan data, mengelompokkan data dan menganalisa data. Oleh karena itu, diperlukan kecermatan dan ketelitian tentang masalah pasien sehingga dapat memberikan arah terhadap tindakan keperawatan. (Asikin, dkk, 2016)

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada hari Selasa, 11 Januari 2022 di ruang mawar 2 RSUD dr. Soeselo kabupaten Tegal di dapatkan data pasien dengan nama Ny. W, jenis kelamin perempuan, tempat tanggal lahir 15-10-1960, berusia 61 tahun, status sudah menikah, beragama islam,

suku bangsa Jawa, pendidikan tidak tamat SD dan alamat Ds. Tabunan RT03/RW05 Kec. Dukuhwaru Kab. Slawi.

Didapatkan data subyektif : pasien mengatakan telah di lakukan operasi pada tanggal 11 Januari 2022 pasien mengeluhkan nyeri, nyeri sedang pada saat mobilisasi, nyeri di pergelangan tangan kiri, nyeri dengan skala 6 seperti ditarik tarik dan nyeri terasa terus-menerus. Pasien juga mengatakan untuk saat ini kondisi lain yang sedang dirasakan yaitu lutut sebelah kiri terasa perih, pasien mengatakan kesulitan menggerakan tangan sebelah kiri, pasien mengatakan jika terus dipaksa takut terjadi hal yang tidak diinginkan, pasien mengatatan bagian pergelangan tangan yang retak terpasang plat.

Didapatkan data obyektif dari pengamatan pengkaji yaitu terdapat luka post op di bagian pergelangan tangan kiri dengan panjang 6 cm, keadaan luka sudah cukup bagus bersih tapi masih berpotensi mengeluarkan cairan berwarna merah ( darah ) dan bengkak, pasien tampak meringis menahan kesakitan, dengan hasil tanda tanda vital sebagai berikut : TD : 126/71 mmHg, S : 36 Celcius, N : 110x/menit, RR : 20 x/menit, tangan pasien terlihat hanya lurus saja, gerakan terbatas, fisik (pergelangan tangan) terlihat lemah, area lutut terlihat lebam dan memar, didapatkan leukosit : 16.7 dan haemoglobin : 12.6 mg/dl.

## B. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang

dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon pasien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017).

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada hari Selasa, 11 Januari 2022 di ruang mawar 2 RSUD dr. Soeselo kabupaten Tegal pada Ny. W penulis mengambil 3 diagnosis atau masalah keperawatan yang muncul yaitu sebagai berikut :

#### 1. Nyeri akut

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional , dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (PPNI, 2017).

Batasan karakteristik nyeri akut yaitu : mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif (misal : waspada, posisi menghindari nyeri) gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, diaporesis dan berfokus pada diri sendiri.

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada hari Selasa, 11 Januari 2022 di ruang mawar 2 RSUD dr. Soeselo kabupaten Tegal pada Ny. W didapatkan data subyektif yaitu : pasien mengatakan nyeri akibat operasi, nyeri sedang pada saat mobilisasi, nyeri skala 6 seperti ditarik tarik, nyeri di pergelangan tangan kiri dan nyeri terus menerus.

Didapatkan data obyektif hasil pengamatan pengkaji yaitu : terdapat luka post op di bagian pergelangan tangan kiri, pasien tampak meringis kesakitan, luka masih bengkak dan didapatkan hasil TTV : TD : 126/71 mmHg, S : 36 Celcius, N : 110 x/menit, RR : 20 x/menit.

Penulis memprioritaskan diagnosis nyeri akut ini sebagai diagnosis atau masalah keperawatan pada Ny. W yang pertama karena pasien sudah dilakukan tindakan operasi. Berdasarkan data subyektif dan data obyektif ini lah pasien menjadi merasakan adanya nyeri post operasi sehingga diagnosis ini merupakan diagnosis yang sedang terjadi saat ini.

## 2. Gangguan mobilitas fisik

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (PPNI, 2017).

Batasan karakteristik gangguan mobilitas fisik yaitu : mengeluh sulit menggerakan ekstremitas, kekuatan otot menurun, nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah dan sendi kaku.

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada hari Selasa, 11 Januari 2022 di ruang mawar 2 RSUD dr. Soeselo kabupaten Tegal pada Ny. W didapatkan data subyektif yaitu pasien mengatakan kesulitan menggerakan tangan sebelah kiri, pasien mengatakan jika terus dipaksa takut terjadi hal yang tidak diinginkan, pasien mengatakan bagian pergelangan tangan yang retak terpasang plat.

Didapatkan data obyektif dari hasil pengamatan pengaji yaitu : kekuatan otot menurun (ekstremitas atas kiri dengan skor 3, ekstremitas kiri bawah 4), gerakan terbatas dan fisik (pergelangan tangan) terlihat lemah.

Penulis mengambil diagnosis ini sebagai masalah keperawatan yang kedua karena dengan dilakukannya tindakan operasi maka itu akan menghambat mobilisasi dari pasien, karena pada saat mobilisasi rasa nyeri akan timbul sehingga akan menyebabkan gangguan mobilitas fisik.

### 3. Risiko infeksi

Risiko infeksi adalah berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik ( PPNI, 2017).

Batasan karakteristik risiko infeksi ditandai dengan adanya penyakit kronis (misalnya, diabetes melitus), efek prosedur invasif, malnutrisi, peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer dan sekunder.

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada hari Selasa, 11 Januari 2022 di ruang mawar 2 RSUD dr. Soeselo kabupaten Tegal pada Ny. W didapatkan data subyektif yaitu : pasien mengatakan telah dilakukan operasi pada tanggal 11 Januari 2022.

Didapatkan data obyektif dari hasil pengamatan pengaji yaitu : leukosit : 16.7, Haemoglobin : 12.6 mg/dl, keadaan luka bersih, luka masih keluar cairan berwarna merah (darah), panjang luka 6 cm dan bengkak.

Penulis mengambil diagnosis ini sebagai masalah keperawatan yang ketiga karena berdasarkan data obyektif dan melihat dari prosedur

perawatan luka yang jika tidak dilakukan dengan benar maka pasien berpotensi mengalami risiko infeksi atas tindakan prosedur invasif atau operasi.

Selain 3 diagnosis yang muncul diatas penulis juga akan membahas diagnosis yang terdapat dalam teori namun tidak muncul dalam kasus, yaitu :

1. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan musculoskeletal

Defisit perawatan diri adalah ketidakmampuan melakukan perawatan diri atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri ( PPNI, 2017).

Secara teori, untuk mengangkat diagnosis defisit perawatan diri harus didapatkan batasan karakteristik seperti klien menolak melakukan perawatan diri, tidak mampu mandi, berpakaian, makan, berhias ke toilet secara mandiri dan minat melakukan perawatan diri kurang.

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada hari Selasa, 11 Januari 2022 di ruang mawar 2 RSUD dr. Soeselo kabupaten Tegal. Ny. W mengatakan mampu melakukan perawatan secara mandiri seperti bersisir, makan, dan berhias diri secara mandiri karena yang dilakukan tindakan prosedur operasi dan terpasang plat adalah ekstremitas sebelah kiri bukan ekstremitas sebelah kanan.

Berdasarkan data yang didapat dari hasil pengkajian maka diagnosis defisit perawatan diri yang berhubungan dengan gangguan

sistem musculoskeletal tidak muncul di dalam kasus dikarenakan Ny. W mampu melakukan perawatan diri (berhias) secara mandiri.

### C. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan.

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada hari Selasa, 11 Januari 2022 di ruang mawar 2 RSUD dr. Soeselo kabupaten Tegal pada Ny. W didapatkan diagnosis dengan intervensi yang muncul yaitu :

#### 1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post op).

Tujuan keperawatan pada diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post op) yaitu : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 8 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : keluhan nyeri cukup menurun dari 6 menjadi 3, meringis cukup menurun (SLKI, 2019).

Penulis menentukan rencana keperawatan untuk diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post op) yaitu : identifikasi skala nyeri, berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, ajarkan teknik non-farmakologis serta kolaborasi pemberian analgetik (SIKI, 2019).

#### 2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.



Tujuan keperawatan pada diagnosis gangguan mobilitas fisik yaitu : setelah dilakuakn tindakan keperawatan selama 2 x 8 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : pergerakan ekstermitas sedang, rentang gerak sedang, nyeri cukup menurun, gerakan terbatas cukup menurun serta kelemahan fisik cukup menurun ( SLKI, 2019 ).

Penulis menentukan rencana keperawatan untuk diagnosis gangguan mobilitas fisik yaitu : identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, anjurkan mobilisasi dini serta ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan ( SIKI, 2019).

### 3. Risiko infeksi ditandai dengan adanya efek prosedur invasif

Tujuan keperawatan pada diagnosis risiko infeksi ditandai dengan adanya efek prosedur invasif yaitu : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 8 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : kebersihan tangan cukup meningkat, kemerahan cukup menurun, nyeri sedang, bengkak sedang serta kadar sel darah putih cukup membaik ( SLKI, 2019 ).

Penulis menentukan rencana keperawatan untuk diagnosis risiko infeksi yaitu : jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, cuci tangan sesudah dan sebelum kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, kolaborasi pemberian imunisasi serta

lakukan tindakan keperawatan yaitu dengan mengganti balutan luka ( SIKI, 2019 ).

#### D. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan suatu tahap pelaksanaan terhadap suatu rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan untuk perawat bersama seorang pasien. Implementasi dapat dilakukan sesuai rencana yang telah dibuat setelah validasi, selain itu juga dibutuhkan keterampilan interpersonal, intelektual dan teknik yang dilakukan harus dengan cermat serta efisien dengan situasi yang tepat dan dengan selalu memperhatikan keamanan fisik maupun psikologis. Setelah sudah selesai melakukan implementasi, lakukan dokumentasi yang akan meliputi intervensi sebelumnya sudah dilakukan dan tanya bagaimana respon pasien (Sarani, 2021).

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada hari Selasa, 11 Januari 2022 di ruang mawar 2 RSUD dr. Soeselo Kabupaten Tegal pada Ny. W didapatkan 3 diagnosis dengan implementasi yang dilakukan yaitu:

##### 1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post op)

Setelah menyusun rencana keperawatan berdasarkan SIKI, tindakan keperawatan yang dilakukan penulis pada hari Rabu, 12 Januari 2022 pada diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ( post op ) yaitu : mengidentifikasi skala nyeri, mengajarkan dan mencontohkan teknik non-farmakologis (teknik

nafas dalam) dan mengkolaborasi pemberian analgetik dengan dokter penanggung jawab yaitu santagesik 500 mg diberikan 3 kali sehari melalui intravena dan injeksi ketorolac 30 mg diberikan 3 kali sehari melalui intravena.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.

Setelah menyusun rencana keperawatan berdasarkan SIKI, tindakan keperawatan yang dilakuakn penulis pada hari Rabu, 12 Januari 2022 pada diagnosis gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri yaitu : mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, menganjurkan mobilisasi dini dan mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan ( melakuakn teknik mobilisasi genggam jari ).

Adapun intervensi yang tidak dilakukan oleh penulis yaitu : Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Intevensi ini tidak dilakukan karena mobilisasi yang dilakukan Ny. W cukup ringan dan tidak terlalu berat hanya melatih menggemgam jari.

3. Risiko infeksi dibuktikann dengan adanya efek prosedur invasif.

Setelah menyusun rencana keperawatan berdasarkan SIKI, tindakan keperawatan yang dilakukan penulis pada hari Kamis, 13 Januari 2022 pada diagnosis risiko infeksi dibuktikan dengan adanya

efek prosedur invasif yaitu : melakukan ganti balutan pada luka post op.

Adapun intervensi yang tidak dilakukan penulis yaitu : menjelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, cuci tangan sesudah dan sebelum kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. Penulis tidak melakukan intervensi diatas karena Ny. W dan keluarga sudah tidak awam lagi mengenai kebersihan dengan cara melakukan cuci tangan. Penulis juga tidak memberikan pendidikan kesehatan mengenai tanda dan gejala infeksi karena penulis belum menyiapkan media dan materi untuk memberikan pendidikan kesehatan.

#### E. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap terakhir dalam proses keperawatan. Evaluasi ini adalah proses membandingkan hasil yang telah dicapai setelah dilakukan implementasi keperawatan dan memiliki tujuan yang diharapkan dalam perencanaan. Perawat pun mempunyai tiga alternatif dalam menentukan sejauh mana tujuan itu dapat tercapai (Sarani, 2021).

Setelah penulis melakukan beberapa tindakan keperawatan pada Ny. W di ruang mawar 2 bedah RSUD dr. Soeselo kabupaten Tegal dengan gangguan sistem musculoskeletal : post op fraktur antebrachi

pada tanggal 11 Januari 2022 sampai dengan 13 Januari 2022 didapatkan evaluasi sebagai berikut :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post op)

Berdasarkan tujuan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya, implementasi keperawatan dianggap berhasil jika masalah dapat teratasi, yang ditandai dengan adanya beberapa kriteria hasil. Dalam masalah nyeri ini ada beberapa kriteria hasil yang menjadi indikator keberhasilan implementasi yaitu : keluhan nyeri cukup menurun dan meringis cukup menurun.

Evaluasi pada diagnosis keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post op) yang dilakukan pada tanggal 13 Januari 2022 penulis menemukan data subyektif dan data obyektif yaitu : pasien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang, nyeri pada saat mobilisasi, nyerinya seperti ditusuk-tusuk, nyeri di pergelangan tangan kiri, skala nyeri 3, nyeri terus menerus, pasien tampak meringis kesakitan di bagian pergelangan tangan kiri, terdapat luka post op di bagian pergelangan tangan kiri.

Melihat kriteria hasil tersebut dengan data evaluasi yang ada maka dapat disimpulkan masalah diagnosis keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post op) teratasi sebagian karena kriteria hasil menunjukkan nyeri sudah mulai berkurang, dan penulis mengambil keputusan untuk terus melanjutkan pada

intervensi selanjutnya yaitu identifikasi skala nyeri dan ajarkan relaksasi teknik nafas dalam.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.

Berdasarkan tujuan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya, implementasi keperawatan dianggap berhasil jika masalah dapat teratasi, yang ditandai dengan adanya beberapa kriteria hasil. Dalam masalah nyeri ini ada beberapa kriteria hasil yang menjadi indikator keberhasilan implementasi yaitu : pergerakan ekstermitas sedang, rentang gerak sedang, nyeri cukup menurun, gerakan terbatas cukup menurun serta kelemahan fisik cukup menurun.

Evaluasi yang dilakukan pada diagnosis keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri yang dilakukan pada tanggal 13 Januari 2022 penulis menemukan data subyektif dan data obyektif yaitu : pasien mengatakan masih kesulitan menggerakan ekstremitas atas kiri bagian pergelangan tangan dan gerak menjadi terbatas, tangan terbalut perban, tangan lurus ditempat, jika bergerak klien meringis menahan sakit.

Melihat kriteria hasil tersebut dengan data evaluasi yang ada maka dapat disimpulkan masalah diagnosis keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri belum teratasi karena belum ada kesesuaian dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan,

maka penulis menetapkan untuk melanjutkan pada intervensi selanjutnya yaitu : ajarkan teknik non farmakologis (mobilisasi sederhana).

### 3. Risiko infeksi dibuktikan dengan adanya efek prosedur invasif

Berdasarkan tujuan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya, implementasi keperawatan dianggap berhasil jika masalah dapat teratasi, yang ditandai dengan adanya beberapa kriteria hasil. Dalam masalah nyeri ini ada beberapa kriteria hasil yang menjadi indikator keberhasilan implementasi yaitu : kebersihan tangan cukup meningkat, kemerahan cukup menurun, nyeri sedang, bengkak sedang serta kadar sel darah putih cukup membaik.

Evaluasi yang dilakukan pada diagnosis keperawatan risiko infeksi dibuktikan dengan adanya efek prosedur invasif yang dilakukan pada tanggal 13 Januari 2022 penulis menemukan data subyektif dan data obyektif yaitu : pasien mengatakan lebih nyaman setelah diganti balut lukanya, luka bersih, panjang luka 6 cm terlihat bengkak di sekitar luka.

Melihat kriteria hasil tersebut dengan data evaluasi yang ada maka dapat disimpulkan masalah diagnosis keperawatan risiko infeksi dibuktikan dengan adanya efek prosedur invasif belum teratasi, maka penulis menetapkan untuk melanjutkan pada intervensi selanjutnya yaitu lakukan tindakan keperawatan ganti balutan luka.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada Ny. W Dengan Gangguan Sistem Musculoskeletal : Post Op Orif Fraktur Antebrachi Sinistra Di Ruang Mawar 2 RSUD dr. Soeselo Kabupaten Tegal pada tanggal 11 sampai 13 Januari 2022 sebagai langkah akhir dari penyusunan karya tulis ilmiah ini maka pengkaji mengambil kesimpulan sebagai berikut :

#### **A. Kesimpulan**

1. Fraktur antebrachi sinistra adalah terputusnya hubungan tulang *os radius* dan *os ulna* yang disebabkan oleh cedera pada lengan bawah, baik trauma langsung maupun trauma tidak langsung (Lailia, 2018) yang dibagi menjadi 3 perpatahan yaitu : bagian *proximal*, *medial* serta *distal* dan kedua *corpus* tulang tersebut.
2. Pengkajian asuhan keperawatan pada Ny. W Dengan Gangguan Sistem Musculoskeletal : Post Op Orif Fraktur Antebrachi Sinistra telah dilakukan sesuai teori dan data yang ada dalam pengkajian untuk mendukung diagnosis. Diagnosis keperawatan yang dapat ditegakkan pada Ny. W dengan post op orif fraktur antebrachi sinistra yaitu : nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post op), gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dan risiko infeksi dibuktikan dengan adanya efek prosedur invasif.



3. Implementasi yang dilakukan antara lain : mengidentifikasi skala nyeri, mengajarkan dan mencontohkan teknik non farmakologis (teknik nafas dalam), untuk mengurangi rasa nyeri, mengkolaborasi pemberian analgetik, mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan pada pergelangan tangan kiri, menganjurkan mobilisasi dini, mengajarkan mobilisasi sederhana (teknik genggam jari) dan melakukan tindakan keperawatan yaitu mengganti balut luka post op.
4. Evaluasi yang penulis lakukan pada 3 diagnosis yang hanya ada dua diagnosis yang sebagian teratasi sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan yaitu : nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post op) yaitu pasien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang dengan skala nyeri 3 yaitu seperti ditusuk-tusuk, risiko infeksi ditandai dengan adanya efek prosedur invasif yaitu pasien mengatakan lebih nyaman setelah dilakukan ganti balut pada luka post op dan ketika pembukaan kain kasa keadaan luka sudah mulai terlihat bersih.

## B. Saran

### 1. Institusi pendidikan

Diharapkan akademik lebih banyak memberikan informasi tentang fraktur antebrachi sinistra agar mahasiswa dapat memberikan informasi kepada masyarakat yang masih membutuhkan informasi kesehatan tentang fraktur antebrachi sinistra.

## 2. Rumah sakit

Rumah sakit hendaknya memberikan informasi kepada masyarakat tentang bagaimana cara pencegahan penyakit yang cepat dan akurat serta memberikan pelayanan keperawatan yang optimal kepada pasien tentang fraktur antebrachi sinistra, sehingga angka kesakitan di Indonesia sedikit demi sedikit berkurang.

## 3. Bagi pembaca

Diharapkan bagi pembaca dapat meningkatkan pengetahuan bagaimana penyebab, tanda gejala dan penanganan yang dapat dikenali secara dini untuk mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut mengenai fraktur antebrachi sinistra, dan diharapkan dengan adanya karya tulis ilmiah ini pembaca lebih luas mengenai wawasan fraktur antebrachi sinistra.

## 4. Bagi penulis

Penulis hendaknya memahami tentang hubungan terapeutik dalam memberikan asuhan keperawatan terutama pada pasien dengan masalah yang sering terjadi. Penulis hendaknya melakukan pengkajian secara tepat dan teliti untuk menegakkan diagnosa yang tepat berdasarkan pengkajian yang dilakukan sehingga tidak memunculkan komplikasi yang lebih berat.

## DAFTAR PUSTAKA

- Alaydrus, M, M. 2017. Fraktur Monteggia : Tantangan Klinis Dalam Menghadapi Fraktur Dislokasi Yang Sering Mendiagnosis. *Jurnal Kedokteran Unram*
- Anugrah, P, H. 2017. Pengaruh terapi kompres dingin terhadap nyeri post operasi orif pada pasien fraktur di RSD Dr. H. Koesnadi Bondowoso. *Jurnal Pustaka Kesehatan vol. 5 no. 2*
- Asikin, M. at. el. 2016. Keperawatan Medical Bedah Sistem Musculoskeletal : Patofisiologi Fraktur, Proses Asuhan Keperawatan Fraktur. Erlangga, Jl. H. Baping Raya No. 100 Ciracas Jakarta.
- Azad, A. et. al 2019. *Epidemiological and Treatment Trends of Distal Radius Fractures across Multiple Age Groups.*
- Bahrudin., M. 2017. Patofisiologi nyeri Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Malang. *Vol. 13 No. 1.*
- Budiarti & Iskandar. 2021. Pengaruh Kinerja Petugas Rekam Medis Terhadap Keakuratan Pengkodean Fraktur. *Jurnal Manajemen Kesehatan Yayasan RS. Dr. Soetomo Vol. 7 No. 1.*
- Indrawati & Arham. 2020. Pengaruh Pemberian Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Persepsi Nyeri Pada Pasien Post Operasi Fraktur. *Jurnal Keperawatan Vol.18 No.1.*
- Kalengkongan, M, M. 2020. Sistem Pakar Gangguan Diagnosis Sistem Musculoskeletal Menggunakan Metode Certainty Faktor Berbasis Android. *Jurnal Realtech Vol. 16 No. 2*
- Leixnering. M. et, al. 2020. *indication, surgical approach, and stabilization techniques of distal radius fractures.*
- Lianturi, Y, W. 2021. Gambaran Umum Pada Dua Bulan Setelah Fraktur. *Jurnal Kedokteran Meditek*
- Nofiah, Arofiati, Primanda. 2019. Pengaruh Mendengarkan Dan Membaca Sholawat Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien Post Op Orif Di RSUD Ngudi Waluyo Wlingi. *Dinamika Kesehatan Jurnal Kebidanan dan Keperawatan Vol 10 No. 1.*

- Noor, Z. 2016. Gangguan Musculoskeletal : Fraktur Monteggia, Manifestasi Klinis Fraktur. Salemba Medika.
- Nuryanto, A. 2019. pengaruh touch healing Terhadap Skala Nyeri Pada Pasien Post Operasi Orif Di bangsal Rawat Inap Rs Orthopedi Dr Soeharso Surakarta.
- PPNI 2017. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi Dan Indikator Diagnostik, Edisi 1*. Jakarta : DPP PPNI
- PPNI 2018. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi Dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1*. Jakarta : DPP PPNI.
- PPNI 2019. Standar luaran keperawatan Indonesia : definisi dan kriteria hasil keperawatan, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI.
- Shudarma & Wiratnaya. 2019. prevalansi fraktur radius distal pada lansia di RSUP Sanglah Denpasar tahun 2013-2014. ). *Jurnal Medika Udayana* vol. 8 no. 10
- Susanti & Purnama. 2021. Asuhan Keperawatan Tn. D dengan Post Operasi Orif Fraktur Antebrachi Sinistra di RS Kardinah Tegal. *Jurnal Social dan Sains Vol. 1 No. 9*
- Ulfiani & Sahadewa. 2021. Multiple Fraktur Dengan Ruptur Arteri Dan Vena Brachialis. *Medulla Vol. 10 No. 4*
- Wahyuningsih & Fajriyah. 2021. literature review : Penerapan Teknik Relaksasi Nafas Dalam Untuk Menurunkan Nyeri Pada Pasien Post Operasi Fraktur.

# LAMPIRAN

## Lampiran 1

### **STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)**

#### **TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM**

##### **A. Pengertian**

Teknik relaksasi nafas dalam merupakan metode efektif untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien yang mengalami nyeri. Rileks sempurna yang dapat mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh, kecemasan sehingga mencegah menghebatnya stimulasi nyeri. Ada tiga hal yang utama dalam teknik relaksasi yaitu posisikan klien dengan tepat, pikiran beristirahat dan lingkungan yang tenang.

##### **B. Tujuan**

Untuk mengurangi atau menghilangkan intensitas nyeri pada klien post op fraktur antebrachi sinistra.

##### **C. Prosedur pelaksanaan**

###### **1. Tahap prainteraksi**

- a. Membaca status klien
- b. Mencuci tangan
- c. Menyiapkan alat

###### **2. Tahap orientasi**

- a. Memberikan salam terapeutik dan menyapa klien

- b. Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan
- c. Menanyakan kesiapan klien

### 3. Tahap kerja

- a. Menjaga privacy klien
- b. Mempersiapkan klien
- c. Meminta klien meletakkan satu tangan di dada dan satu tangan di abdomen
- d. Melatih klien melakukan nafas abdomen (menarik nafas melalui hidung dalam 3 hitungan, menjaga mulut agar tetap tertutup)
- e. Meminta klien merasakan mengembangnya abdomen
- f. Meminta klien menahan nafas dalam 3 hitungan
- g. Meminta klien menghembuskan nafas perlahan dalam 3 hitungan (mengeluarkan lewat mulut seperti meniup)
- h. Meminta klien merasakan mengempisnya abdomen dan kontraksi dari otot
- i. Menjelaskan kepada klien untuk melakukan latihan ini bila mengalami nyeri
- j. Merapihkan klien

### 4. Tahap terminasi

- a. Melakukan hasil evaluasi kegiatan
- b. Kontrak waktu kegiatan selanjutnya
- c. Mencuci tangan

#### 5. Tahap dokumentasi

- a. Catat waktu pelaksanaan tindakan
- b. Catat respon klien
- c. Paraf dan nama perawat juga

#### D. Referensi

Hendro, P, 2019. Penerapan terapi teknik relaksasi nafas dalam terhadap intensitas nyeri di Ruang Melati RSUD Kota Kendari.



## Lampiran 2

### **STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)**

#### **TEKNIK RELAKSASI GENGAM JARI**

##### **A. Pengertian**

Teknik relaksasi genggam jari merupakan sebuah teknik relaksasi sederhana yang mudah dilakukan oleh siapapun yang berhubungan dengan aliran tangan dan aliran tubuh manusia. Teknik relaksasi membuat klien dapat mengontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri

##### **B. Tujuan**

1. Untuk mengurangi rasa nyeri, takut dan cemas
2. Memberikan perasaan yang nyaman pada tubuh
3. Melancarkan aliran dalam darah

##### **C. Prosedur pelaksanaan**

###### **1. Tahap orientasi**

- a. Memberikan salam dan menyapa klien
- b. Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan
- c. Menanyakan kesiapan klien

###### **2. Tahap kerja**

1. Menyiapkan posisi nyaman klien

2. Perawat berada disamping klien
  3. Meminta klien menarik nafas dalam perlahan untuk merilekskan semua otot
  4. Menjelaskan tindakan dan prosedur dilakukannya teknik relaksasi genggam jari
  5. Genggam jari dengan lembut, tidak keras tidak menekan tapi lembut seperti menggenggam tangan bayi, genggam hingga nadi terasa berdenyut
  6. Lakukan satu persatu pada jari tangan mulai dari ibu jari selama kurang lebih satu menit
  7. Lakukan hal yang sama dengan jari lainnya dengan rentang waktu yang sama
  8. Ketika sudah selesai tanyakan kembali kepada klien bagaimana intensitas nyeri yang dirasakan klien
3. Tahap terminasi
- a. Melakukan evaluasi tindakan
  - b. Berpamitan kepada klien
  - c. Mencuci tangan
  - d. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan

D. Referensi

Mirza, 2019. Standar operasional prosedur genggam jari

## Lampiran 3

### **STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)**

#### **PERAWATAN LUKA**

##### **A. Pengertian**

Standar operasional mengganti balutan merupakan salah satu tindakan keperawatan dalam perawatan luka, yang ditujukan untuk menjaga luka tetap bersih dan terhindar dari infeksi, sehingga luka dapat sembuh dengan cepat.

##### **B. Tujuan Perawatan Luka**

Ada 5 tujuan Penting dalam perawatan luka ini yaitu :

1. Membebaskan luka dari penumpukan sekresi atau gangren (jaringan mati)
2. Menghilangkan atau mengurangi mikroorganisme yang tumbuh di area luka, baik itu bakteri atau parasit.
3. Membersihkan luka
4. mempercepat proses penyembuhan luka
5. membuat area luka lebih nyaman

##### **C. Prosedur**

1. Tahap pra interaksi
  - a. Membaca catatan perawat untuk rencana perawatan luka

- b. Mencuci tangan
  - c. Menyiapkan alat
2. Tahap orientasi
- a. Memberikan salam
  - b. Memperkenalkan diri
  - c. Menjelaskan tujuan, prosedur, dan lamanya tindakan pada pasien
  - d. Menanyakan kesiapan pasien
3. Tahap kerja
- a. Memberikan kesempatan pada pasien untuk bertanya sebelum kegiatan dimulai
  - b. Susun semua peralatan yang diperlukan dekat pasien
  - c. Letakan bengkak dekat pasien
  - d. Menjaga privacy pasien, dengan menutup tirai yang ada disekitar pasien
  - e. Mengatur posisi pasien, instruksikan pada pasien untuk tidak menyentuh area luka atau peralatan steril
  - f. Mencuci tangan
  - g. Pasang perlak dan pengalas
  - h. Memakai sarung tangan dan lepaskan plester atau balutan dengan pinset
  - i. Lepaskan plester dengan melepaskan ujung dan menariknya dengan perlahan, sejajar pada kulit mengarah pada balutan, jika masih terdapat plester maka bersihkan dengan kapas alkohol

- j. Jika balutan lengket pada luka, lepaskan dengan memberikan larutan steril / NaCl 0,9%
  - k. Observasi luka
  - l. Buang balutan kotor pada bengkok
  - m. Lepas sarung tangan dan buang pada bengkok
  - n. Buka bak instrumen steril
  - o. Siapkan larutan NaCl 0,9%
  - p. Kenakan sarung tangan steril
  - q. Inspeksi luka
  - r. Bersihkan luka dengan larutan NaCl 0,9%
  - s. Pegang kassa yang dibasahi larutan tersebut dengan pinset steril
  - t. Gunakan satu kassa untuk satu kali usapan
  - u. Bersihkan dari area dalam ke area luar
  - v. Gunakan kassa baru untuk mengeringkan luka, usap dengan cara seperti diatas
  - w. Pasang kassa steril pada luka
  - x. Gunakan plester diatas balutan, fiksasi dengan plester
  - y. Lepaskan sarung tangan dan buang pada tempatnya
  - z. Bantu pasien posisi nyaman
4. Tahap terminasi
- a. Mengevaluasi perasaan pasien
  - b. Menyimpulkan hasil kegiatan
  - c. Melakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya

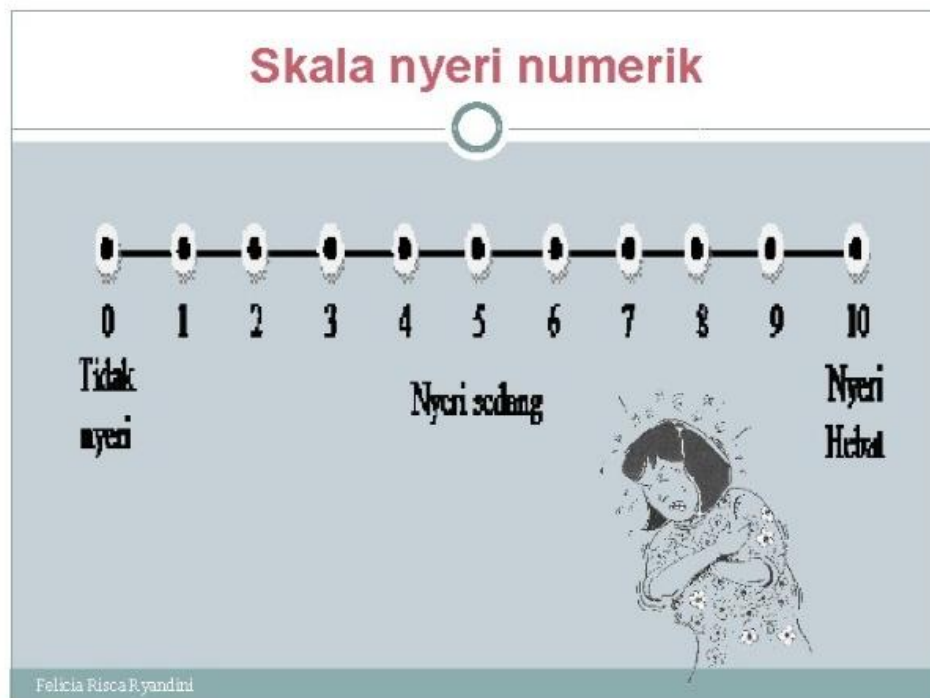
- d. Mengakhiri kegiatan
  - e. Membereskan alat
  - f. Mencuci tangan
5. Dokumentasi
- a. Mencatat tanggal dan jam perawatan luka
  - b. Mencatat kondisi luka

#### D. Referensi

Fatimah, Siti 2014. Modul Praktik KDM (Keperawatan Dasar Manusia).

Brebes : Akademi Keperawatan Al Hikmah 2 Brebes.

Lampiran 4





Lampiran 5

**JURNAL BIMBINGAN PRA SIDANG**

Nama Peserta Ujian : Astuti

Nomor Induk : 19.007

Judul KTI : Asuhan keperawatan pad Ny. W dengan gangguan sistem musculoskeletal : post op fraktur antebrachi sinistra di Ruang Mawar 2 RSUD dr. Soeselo Kabupaten Tegal.

No	Hari/ Tanggal	Materi bimbingan	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
1.	Minggu, 16-01-2022	Konsul judul KTI		
2.	Sabtu, 26-02-2022	Konsul BAB I, lanjut BAB II		
3.	Sabtu, 05-03-2022	Revisi BAB I, konsul BAB II		
4.	Minggu, 05-06-2022	Revisi BAB I – BAB II		
5.	Minggu, 19-06-2022	Revisi BAB I – BAB II, lanjut konsul BAB III		
6.	Selasa, 21-06-2022	Revisi BAB I – BAB III, lanjut BAB IV – BAB V		
7.	Selasa, 28-06-2022	BAB I – BAB V Lanjut Lampiran ACC		

Pembimbing Utama



Ahmad Zakiudin, SKM.,S.Kep.,Ns.,M.Kes.,M.Kep.







Lampiran 6

**JURNAL BIMBINGAN PASCA SIDANG**

Nama Peserta Ujian : Astuti

Nomor Induk : 19.007

Judul KTI : Asuhan keperawatan pad Ny. W dengan gangguan sistem musculoskeletal : post op fraktur antebrachi sinistra di Ruang Mawar 2 RSUD dr. Soeselo Kabupaten Tegal.

No	Hari/ Tanggal	Materi bimbingan	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
1.	Senin, 22-08-2022	Konsul Revisi Pasca Sidang		
2.	Selasa, 23-08-2022	ACC		

Pembimbing Utama



Ahmad Zakiudin, SKM.,S.Kep.,Ns.,M.Kes.,M.Kep.


Lampiran 7

**JURNAL BIMBINGAN PRA SIDANG**

Nama Peserta Ujian : Astuti

Nomor Induk : 19.007

Judul KTI : Asuhan keperawatan pad Ny. W dengan gangguan  
sistem musculoskeletal : post op fraktur antebrachi  
sinistra di Ruang Mawar 2 RSUD dr. Soeselo  
Kabupaten Tegal.

No	Hari/ Tanggal	Materi bimbingan	Paraf mahasiswa	Paraf pembimbing
1.	Minggu, 16- 01-2022	Konsul judul KTI		
2.	Minggu, 30- 01-2022	Konsul BAB I dan BAB II		
3.	Selasa, 10-02- 22	Revisi BAB I dan BAB II		
4.	Minggu, 19- 06-2022	Revisi BAB I dan BAB II, lanjut BAB III		
5.	Kamis, 23-06- 2022	Revisi BAB I dan BAB II, lanjut BAB III – BAB IV		
6.	Senin, 27-06- 2022	Revisi BAB I-V, lanjut lampiran ACC		

Pembimbing Pendamping







Yusriani Saleh Baso, S.Kep.,Ns.,M.Kep.

Lampiran 8

**JURNAL BIMBINGAN PASCA SIDANG**

Nama Peserta Ujian : Astuti  
Nomor Induk : 19.007  
Judul KTI : Asuhan keperawatan pad Ny. W dengan gangguan sistem musculoskeletal : post op fraktur antebrachi sinistra di Ruang Mawar 2 RSUD dr. Soeselo Kabupaten Tegal.

No	Hari/ Tanggal	Materi bimbingan	Paraf mahasiswa	Paraf pembimbing
1.	Minggu, 21-08-2022	Konsul Revisi Pasca Sidang		
1.	Selasa, 23-08-2022	ACC		

Pembimbing Pendamping



Yusriani Saleh Baso, S.Kep.,Ns.,M.Kep

Lampiran 9



*Gambar 1 : Perawat sedang melakukan tindakan perawatan luka*



*Gambar 2 : perawat sedang membersihkan luka*





*Gambar 3 : perawat akan menutup luka*