

KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIA-N)



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. N DENGAN POST OP
ORIF OPEN FRAKTUR TIBIA FIBULA 1/3 DISTAL SINISTRA
DENGAN TERAPI MUROTTAL AL-QURAN
DI RUANGAN AMBUN SURI LANTAI II
RSUD Dr ACHMAD MOCHTAR
BUKITTINGGI TAHUN 2019**

Oleh :

SWIT RAHML. S.Kep

1814901622

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
STIKes PERINTIS PADANG
TAHUN 2018/2019**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIA-N)



Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Memperoleh Gelar Ners

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. N DENGAN POST OP
ORIF OPEN FRAKTUR TIBIA FIBULA 1/3 DISTAL SINISTRA
DENGAN TERAPI MUROTTAL AL-QURAN
DI RUANGAN AMBUN SURI LANTAI II
RSUD Dr ACHMAD MOCHTAR
BUKITTINGGI TAHUN 2019**

Oleh :

SWIT RAHMI. S.Kep

1814901622

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
STIKes PERINTIS PADANG
TAHUN 2018/2019**

HALAMAN PERSETUJUAN

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY N DENGAN POST ORIF OPEN
FRAKTUR TIBIA FIBULA 1/3 DISTAL SINISTRA DENGAN TERAPI
MUROTAL AL-QURA'N DI RUANGAN AMBUN SURI LANTAI II
RSUD Dr ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI TAHUN 2019

Oleh :

SWIT RAHMI, S.Kep

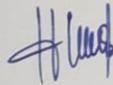
1814901622

Karya Ilmiah Akhir Ners ini telah diseminarkan pada

Bukittinggi, Rabu/31 Juli 2019

Dosen Pembimbing

Pembimbing I



(Ns. IDA SURYATI, M.Kep)
NIK: 1420130047501027

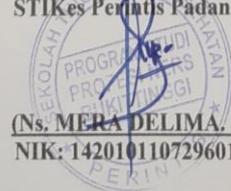
Pembimbing II



(Ns. ZULFA, M.Kep.SP.KMB)
NIP: 101019691995032002

Mengetahui,

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners
STIKes Perintis Padang



(Ns. MERA DELIMA, M.Kep)
NIK: 1420101107296019

HALAMAN PENGESAHAN

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY N DENGAN POST ORIF OPEN
FRAKTUR TIBIA FIBULA 1/3 DISTAL SINISTRA DENGAN TERAPI
MUROTTAL AL-QURA'N DI RUANGAN AMBUN SURI LANTAI II
RSUD Dr ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI TAHUN 2019

Oleh :

SWIT RAHMI, S.Kep

1814901622

Pada:

HARI/TANGGAL : 05 Agustus 2019

JAM : 10.00-11.00 WIB

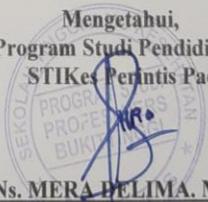
Dan yang bersangkutan dinyatakan

LULUS

Tim Penguji :

Penguji I : Ns. LISA MUSTIKA SARI. M.Kep ()
Penguji II : Ns. IDA SURYATI. M.Kep ()

Mengetahui,
Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners
STIKes Perintis Padang


(Ns. MERA DELIMA, M.Kep)
NIK: 1420101107296019

PROGRAM STUDI PROFESI NERS STIKES PERINTIS PADANG

KIA-N, Juli 2019

**SWIT RAHMI
1814901622**

**Asuhan Keperawatan Pada Ny. N Dengan *Post Op Orif Open Fraktur Tibia Fibula 1/3 Distal Sinistra* Dengan Terapi Murottal Al-Quran Di Ruang Ambun Suri Lantai II RSUD Dr Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019
ix + V BAB + 92 Halaman + 8 Tabel + 1 Lampiran**

ABSTRAK

Badan kesehatan dunia (WHO) mencatat pada tahun 2017 terdapat 5,6 juta orang meninggal dunia dan 1,3 juta orang menderita fraktur akibat kecelakaan lalu lintas. Fraktur adalah terputusnya kontinuitas jaringan tulang akibat dari adanya benturan atau trauma tumpul dari objek tertentu. . Fraktur bisa disebabkan oleh trauma, gerakan melintir kencang dan tiba – tiba, dan kontraksi otot yang ekstrim (Smeltzer, 2010). fraktur atau patah tulang adalah terputusnya kontinuitas jaringan tulang yang umumnya disebabkan oleh tekanan atau rudapaksa. Fraktur cruris tibia fibula merupakan salah satu kasus kegawatan, dimana pada awal akan memberikan respon nyeri hebat akibat diskontinuitas jaringan tulang. Salah satu dari penanganan nyeri tersebut dengan menggunakan terapi murottal Al-Qura'n, terapi murottal al-quran ini bermanfaat untuk menurunkan tingkat nyeri. Hasil implementasi inovasi terapi murottal al-quran terhadap penurunan intensitas nyeri, terapi diberikan sebanyak 3 kali sehari selama 15 menit, klien mengatakan bahwa setelah mendengarkan murottal al-quran rasa nyeri yang dialaminya berkurang dari skala nyeri 6 menjadi 3. Hal ini menunjukkan bahwa pemberian terapi distraksi dengan cara relaksasi sebagai terapi non farmakologis dapat menurunkan intensitas nyeri.

Kata Kunci : Fraktur tibia & fibula, Nyeri, Terapi Murottal Al-Qura'n

Daftar Bacaan : 32 (2001 – 2018)

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

A. Identitas Diri

Nama : Swit Rahmi

Tempat / Tgl Lahir : Limo Koto / 12 February 1996

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Jumlah Saudara : 2 (Dua)

Alamat : Jorong Kp. Melayu Nag. Limo Koto Kec. Bonjol
Kabupaten Pasaman

B. Identitas Orang Tua

Ayah : Pulir

Ibu : Nurhayati

Alamat : Jorong Kp. Melayu Nagari Limo Koto Kecamatan
Bonjol Kabupaten Pasaman

C. Riwayat Pendidikan

2001-2002 : Tk Al-Hidayah Kumpulan

2002-2008 : Sd N 19 Pandam

2008-2011 : Smp N 2 Bonjol

2011-2014 : Sma N 1 Bonjol

2014-2018 : Program Studi Ilmu Keperawatan STIKes Perintis
Padang

KATA PENGANTAR



Puji syukur peneliti ucapkan kepada ALLAH SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia- Nya kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan ini dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Ny. N Dengan Post Op ORIF Open Fraktur Tibia Fibula 1/3 Distal Sinistra Dengan Terapi Murottal Al-Qura’n Diruangan Ambun Suri Lantai II RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019”** sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ners. Dalam penulisan laporan ini, penulis banyak mendapatkan bantuan, bimbingan dan pengarahan dari berbagai pihak, pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan terimakasih kepada semua pihak yang telah memberikan dukungan dan bantuan sehingga laporan ini dapat terselesaikan :

1. Bapak Yendrizal Jafri, S.Kp, M.Biomed, selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan Perintis Padang
2. Ibu Ns. Mera Delima, M.Kep, selaku Ketua Program Studi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan Perintis Padang
3. Ibu, Ns. Ida Suryati, M.Kep selaku pembimbing I yang telah banyak memberikan petunjuk, arahan, yang sangat bermanfaat sehingga penulis dapat meneruskan KIA-N ini.
4. Ibu Ns. Zulfa, M. Kep. Sp. KMB selaku pembimbing II yang telah banyak memberikan petunjuk, arahan yang sangat bermanfaat sehingga penulis dapat meneruskan KIA-N ini.
5. Dosen dan staf program studi NERS STIKes Perintis Padang yang telah memberikan bimbingan, bekal ilmu pengetahuan dan bantuan kepada penulis dalam menyusun laporan KIA-N ini.

6. Kepada Rumah sakit yang telah memberikan rekomendasi dan izin kepada penulis untuk mengambil kasus.
7. Teristimewa buat orang tua dan keluarga yang selalu memberikan do'a dan dukungan yang tidak terhingga.
8. Para sahabat dan jenong yang telah sama-sama berjuang dalam suka dan duka menjalani pendidikan ini.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa laporan ini masih banyak terdapat kekurangan. Hal ini bukan lah suatu kesengajaan melainkan karena keterbatasan ilmu dan kemampuan penulis. Untuk itu penulis mengharapkan tanggapan, kritikan dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan laporan ini.

Akhir kata penulis berharap laporan ini bermanfaat khususnya bagi penulis sendiri dan pihak yang telah membacanya, serta penulis mendo'akan semoga segala bantuan yang telah di berikan, mendapatkan balasan dari Allah SWT amin.

Bukittinggi, 2019

Peneliti

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI	iii
DAFTAR TABEL	vi
BAB I Pendahuluan	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan Penulisan.....	5
1.2.1 Tujuan Umum	5
1.2.2 Tujuan Khusus	5
1.3 Manfaat	3
1.3.1Bagi Penulis	3
1.3.2Bagi Institusi Pendidikan	7
1.3.3Bagi Rumah Sakit	7
1.3.4Bagi Pasien.....	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Fraktur Tibia dan Fibula.....	8
2.1.1 Pengertian	8
2.1.2Anatomi Fisiologi	9
2.1.3Klasifikasi	12
2.1.4Etiologi.....	15
2.1.5Manifestasi	16
2.1.6Penatalaksanaan	17
2.1.7Komplikasi	19
2.1.8Pemeriksaan Penunjang	21
2.1.9Patofisiologi	21
2.2 ORIF.....	24
2.2.1Pengertian	24
2.2.2Tujuan	25
2.2.3Indikasi dan Kontraindikasi	25
2.2.4Keuntungan dan Kerugian	26
2.2.5Perawatan Post ORIF	27
2.3 Konsep Nyeri	27
2.3.1Pengertian	27
2.3.2Fisiologi Nyeri	28

2.3.3	Klasifikasi Nyeri	31
2.3.4	Respon Terhadap Nyeri	31
2.3.5	Faktor	33
2.3.6	Pengukuran Skala Nyeri.....	34
2.3.7	Nyeri Post Op ORIF.....	37
2.3.8	Penatalaksanaan Nyeri	38
2.4	Terapi Murottal	42
2.4.1	Defenisi	42
2.4.2	Manfaat	42
2.4.3	Prosedur	45
2.5	Askep Teoritis	45

BAB III Tinjauan Kasus

3.1	Pengkajian.....	60
3.2	Diagnosa	71
3.3	Intervensi.....	72
3.4	Catatan Perkembangan.....	78

BAB IV EMBAHASAN

4.1	Analisis KKMP dan Konsep Kasus Terkait.....	83
4.2	Analisis Intervensi Inovasi dengan Konsep dan Penelitian Terkai.....	86
4.3	Alternatif Pemecahan yang dapat Dilakukan.....	90

BAB V PENUTUP

5.1	Kesimpulan	91
5.2	Saran	92

Daftar Pustaka

Lampiran

BAB 1

PENDAHULUAN

1. Latar Belakang

Fraktur adalah terputusnya jaringan tulang baik komplit maupun tidak terdiri dari beberapa tipe dan keparahan. Fraktur terjadi ketika tulang mendapatkan tekanan yang sangat besar melebihi kemampuan tulang tersebut. Fraktur bisa disebabkan oleh trauma, gerakan melintir kencang dan tiba – tiba, dan kontraksi otot yang ekstrim (Smeltzer, 2010).

Badan kesehatan dunia (WHO) mencatat pada tahun 2017 terdapat 5,6 juta orang meninggal dunia dan 1,3 juta orang menderita fraktur akibat kecelakaan lalu lintas. Fraktur adalah terputusnya jaringan tulang akibat dari adanya benturan atau trauma tumpul dari objek tertentu. Proses degeneratif dan patologi bisa juga menyebabkan fraktur menurut Depkes RI tahun 2005.

Menurut Depkes RI 2017, fraktur pada ekstremitas bawah akibat kecelakaan memiliki angka kejadian yang paling tinggi diantara fraktur yang lainnya yaitu sekitar 46,2% dan 14.027 orang mengalami fraktur cruris sekitar 3.775 orang mengalami fraktur tibia, 970 orang mengalami fraktur pada tulang-tulang kecil di kaki dan 336 orang mengalami fraktur fibula dari 45.987 orang dengan kasus fraktur pada tulang femur.

Berdasarkan kejadian fraktur di Rumah Sakit Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi 6 bulan terakhir yaitu 215 jiwa. Sedangkan di ruangan ambun suri lantai II Rumah Sakit Ahmad Mochtar Bukittinggi kejadian fraktur di tanggal 3 sampai tanggal 9 desember 2018 didapatkan 1 fraktur femur, 2 fraktur tibia tertutup dan 5 fraktur tibia fibula terbuka. Fraktur dapat disebabkan oleh

gerakan pelintir secara mendadak, kontraksi otot yang ekstrim dan terjadinya pukulan secara langsung. Patah tulang mempengaruhi jaringan sekitarnya mengakibatkan edema pada jaringan lunak sehingga terjadinya perdarahan sendi dan otot, ruptur tendon, dislokasi sendi, kerusakan pembuluh darah dan saraf. Akibat gaya yang disebabkan oleh fraktur atau gerakan fragmen tulang organ tubuh dapat mengalami cedera (Brunner & Suddarth, 2007). Ada dua jenis untuk penanganan fraktur yaitu secara tanpa pembedahan dan dengan pembedahan. Pemasangan Open Reduction Internal Fixation (ORIF) adalah salah satunya tindakan pembedahan sebagai alat penyambung tulang yang patah atau fiksasi. Bertujuan untuk dapat menyambung lagi tulang yang patah dengan baik dan agar fragment dari tulang yang patah tidak terjadi pergeseran. Setelah dilakukan tindakan post operasi ORIF salah satu masalah keperawatan yang muncul yaitu gangguan mobilitas fisik (Muttaqin, 2011).

Menurut Murwani, 2009 nyeri merupakan masalah yang paling sering dijumpai pada penderita fraktur. Nyeri adalah mekanisme perlindungan bagi tubuh dan juga sebagai kontrol atau alarm terhadap bahaya. Nyeri pada fraktur bersifat akut, nyeri akut dapat menimbulkan frustrasi pada klien dan kecemasan dan bisa juga menyebabkan depresi psikologi. Tekanan darah akan meningkat dan denyut jantung bekerja cepat, sehingga dapat menurunkan sistem imun ini adalah dampak dari pasien nyeri fraktur yang mengalami stres dan cemas. Akibat dari fraktur yang dialaminya pasien mengalami berbagai gangguan dalam pemenuhan kebutuhan dasarnya seperti gangguan aman nyaman nyeri, gangguan dalam melakukan aktivitas fisik, merasa cemas (Purwandari, 2008).

Kontrol nyeri sangat penting sesudah pembedahan, nyeri post operasi akan meningkatkan stress post operasi dan memiliki pengaruh negatif pada penyembuhan nyeri. Pengurangan nyeri dapat dapat mentoleransi mobilisasi yang cepat, dapat bernafas dalam dan lebih mudah dalam menurunkan tingkat kecemasan. Kecocokan analgetik dan pengkajian terhadap nyeri bisa dipakai untuk mengurangi nyeri post operasi (Torrance & Serginson, 2007).

Suatu tindakan untuk mengurangi rasa nyeri dapat dikelompok menjadi dua yaitu pertama tindakan secara farmakologi dan non farmakologi. Penatalaksanaan secara non farmakologi terdiri dari berbagai tindakan penanganan nyeri yaitu berbagai stimulasi perilaku kognitif maupun fisik. Intervensi perilaku kognitif meliputi teknik relaksasi (mendengarkan musik), tindakan distraksi, imajinasi terbimbing, umpan balik biologis, hypnosis dan sentuhan terapeutik serta stimulasi kulit bisa menurunkan nyeri secara efektif. Tindakan untuk mengalihkan perhatian pasien sehingga pasien fokus terhadap stimulasi suara murottal dan mengabaikan rasa nyeri sehingga dapat menurunkan rasa nyeri (Tamsuri, 2012).

Salah satu terapi relaksasi adalah dengan mendengarkan murottal al-qur'an. Murottal adalah rekaman suara Al-qur'an yang dilagukan oleh seorang qori (pembaca Al-qur'an) (Siswantinah, 2011). Murottal juga dapat diartikan sebagai lantunan ayat-ayat suci Al-qur'an yang dilagukan oleh seorang qori (pembaca Al-qur'an), direkam dan diperdengarkan dengan tempo yang lambat serta harmonis (Purna, 2006). Menurut Widayarti, 2011 Murottal merupakan salah satu musik yang memiliki peran positif bagi pendengarnya. Seseorang akan mendapatkan ketenangan jiwa jika

mendengarkan ayat-ayat Al-qur'an yang dibacakan secara baik dan benar. Lantunan ayat-ayat Al-qur'an adalah salah satu alat yang paling mudah dijangkau secara dan secara fisik merupakan instrumen penyembuhan. Menurut Heru, 2008 Suara dapat mengaktifkan hormon endofrin alami sehingga dapat menurunkan hormon-hormon stress, memperbaiki sistem kimia tubuh sehingga menurunkan tekanan darah serta memperlambat pernafasan dapat meningkatkan perasaan rileks.

Pernyataan tersebut didukung oleh penelitian Insani & Rokhanawati (2014) yang menyatakan bahwa saat seseorang mendengarkan murotal ia merasa tenang karena hormon endorfin yang dikeluarkan akan ditangkap oleh reseptor di dalam sistem limbik dan hipotalamus. Hormon endorfin ini akan meningkat sehingga dapat menurunkan nyeri, memperbaiki nafsu makan, meningkatkan daya ingat. Sejalan dengan penelitan henny & ummi (2017) yang menyatakan bahwa ada pengaruh yang signifikan terapi murottal terhadap nyeri klien post operasi. Seiring juga dengan penelitian (Nurul, 2015) bahwa adanya pengaruh terapi murottal Juz 'Amma yang signifikan terhadap penurunan nyeri.

Berdasarkan data diatas, maka penulis tertarik untuk membuat asuhan keperawatan pada ny.n dengan post orif atas indikasi open fraktur terhadap pemberian terapi murottal al-quran untuk mengurangi rasa nyeri.

2. Tujuan Penulisan

1.2.1 Tujuan Umum

Agar mahasiswa mampu melakukan asuhan keperawatan pada ny.N dengan post operasi ORIF atas indikasi open fraktur tibia fibula dengan

terapi murrotal Al-qura'n di ruangan ambun suri lantai II Rsud Dr Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018

1.2.2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penulisan karya ilmiah akhir Ners yaitu penulis mampu memahami dan mengaplikasikan asuhan keperawatan pada Ny.N dengan post operasi orif atas indikasi open fraktur tibia fibula di Ruang Ambun Suri Lantai II Rsud Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018

- 1) Mahasiswa mampu memahami konsep teori dan aspek teori tentang fraktur terbuka, tindakan orif, nyeri dan terapi murottal Al-qur'an
- 2) Mahasiswa mampu melakukan pengkajian pada Ny.N dengan post operasi orif atas indikasi open fraktur tibia fibula di Ruang Ambun Suri Lantai II Rsud Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018
- 3) Mahasiswa mampu menentukan diagnosa keperawatan terhadap Ny.N dengan post operasi orif atas indikasi open fraktur tibia fibula di Ruang Ambun Suri Lantai II Rsud Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018
- 4) Mahasiswa mampu melakukan intervensi terhadap Ny.N dengan post operasi orif atas indikasi open fraktur tibia fibula di Ruang Ambun Suri Lantai II Rsud Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018
- 5) Mahasiswa mampu melakukan implementasi dan mengevaluasi hasil tindakan keperawatan pada Ny.N dengan post operasi orif atas

indikasi open fraktur tibia fibula di Ruang Ambun Suri Lantai II
Rsud Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018

- 6) Mahasiswa mampu melakukan dokumentasi asuhan keperawatan terhadap Ny.N dengan post operasi orif atas indikasi open fraktur tibia fibula di Ruang Ambun Suri Lantai II RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018
- 7) Mampu melakukan pembahasan teori Ny.N dengan post operasi orif atas indikasi open fraktur tibia fibula di Ruang Ambun Suri Lantai II RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018

3. Manfaat

1.3.1 Bagi Penulis

Mengasah kemampuan terutama dalam penerapan memberikan asuhan keperawatan yang profesional bidang keperawatan klien dengan post operasi orif atas indikasi open fraktur tibia fibula dengan terapi murottal al-quran di Ruang Ambun Suri Lantai II RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi.

1.3.2 Bagi Instansi Pendidikan

Sebagai bahan masukan kepada institusi pendidikan yang dapat dimanfaatkan sebagai bahan ajar untuk perbandingan dalam pemberian konsep asuhan keperawatan secara teori dan praktik.

1.3.3 Bagi RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi

Sebagai bahan acuan kepada petugas dalam memberikan asuhan keperawatan yang baik dan memberikan pelayanan yang memuaskan

kepada klien serta untuk meningkatkan kualitas pelayanan rumah sakit, sehingga perawatanya mampu memberikan asuhan keperawatan kepada klien open fraktur tibia fibula

1.3.4 Bagi Klien/Keluarga

Dapat menambah pengetahuan dan pendidikan tentang fraktur tibia fibula, sehingga klien ataupun keluarga dapat menerapkan pengetahuan tentang cara perawatan dan terapi untuk mengurangi rasa nyeri.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Fraktur Tibia dan Fibula

2.1.1 Pengertian

Fraktur adalah terputusnya kontinuitas tulang, retak atau patahnya tulang yang utuh, yang biasanya disebabkan oleh trauma/rudapaksa atau tenaga fisik yang ditentukan jenis dan luasnya trauma (*Lukman dan Nurna, 2009*). Sedangkan menurut Puspitasari 2012 fraktur atau patah tulang adalah terputusnya kontinuitas jaringan tulang yang umumnya disebabkan oleh tekanan atau rudapaksa. Fraktur cruris tibia fibula merupakan salah satu kasus kegawatan, dimana pada awal akan memberikan respon nyeri hebat akibat diskontinuitas jaringan tulang, resiko inggi perdarahan, resiko tinggi infeksi dan resiko jatuh post operasi.

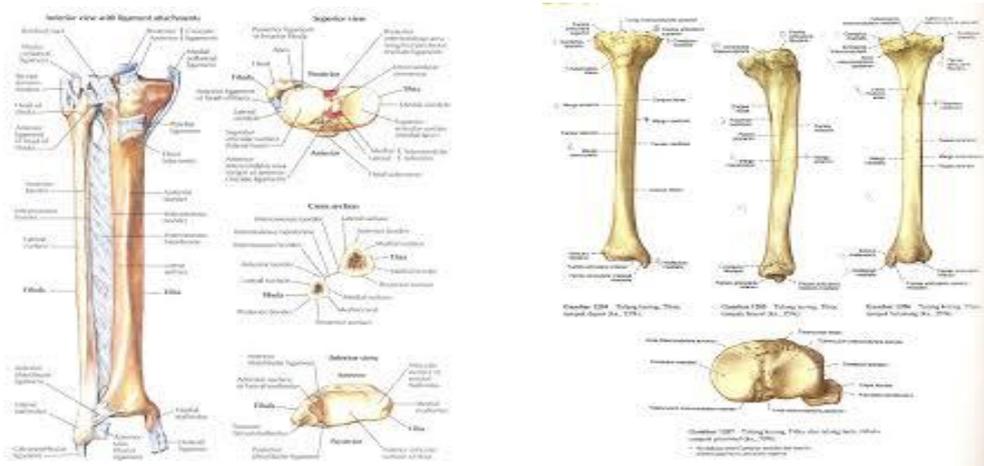
Fraktur adalah terputusnya kontinuitas tulang dan ditentukan sesuai jenis dan luasnya. Fraktur terjadi jika tulang dikenai stress yang lebih besar dari yang dapat diabsorpsinya. Fraktur tibia fibula adalah terputusnya tulang tibia dan fibula (*Smeltzer & Bare, 2001*).

Fraktur cruris adalah terputusnya kontinuitas tulang dan ditentukan sesuai jenis dan luasnya, terjadi pada tulang fibia dan fibula. Fraktu terbuka adalah suatu fraktur yang mempunyai hubungan dengan dunia luar. Fraktur terjadi jika tulang dikenai stress yang lebih besar dari yang dapat diabsorbsinya (*Muttaqin, 2008*).

Berdasarkan pengertian diatas maka penulis dapat mengambil kesimpulan bahwa open fraktur tibia dan fibula adalah terputusnya kontinuitas tulang dan

ditentukan sesuai jenis dan luasnya yang terjadi pada tulang fibia dan fibula yang mempunyai hubungan dengan dunia luar sehingga mengakibatkan gangguan sistem muskuloskeletal.

2.1.2 Anatomi Fisiologi



a. Anatomi :

1) Tibia (tulang kering)

Tulang ini termasuk tulang panjang, sehingga terdiri dari tiga bagian:

a) Epiphysis proximalis (ujung atas)

Bagian ini melebar secara transversal dan memiliki permukaan sendi superior pada tiap condylus, yaitu condylus medial dan condylus lateral. Ditengah-tengahnya terdapat suatu peninggian yang disebut eminenta intercondyloidea.

b) Diaphysis (corpus)

Pada penampang melintang merupakan segitiga dengan puncaknya menghadap ke muka, sehingga corpus mempunyai tiga sisi yaitu margo anterior (di sebelah muka), margo medialis (di sebelah medial) dan crista interossea (di sebelah lateral) yang membatasi facies

lateralis, facies posterior dan facies medialis. Facies medialis langsung terdapat dibawah kulit dan margo anterior di sebelah proximal.

c) Epiphysis distalis (ujung bawah)

Ke arah medial bagian ini kuat menonjol dan disebut maleolus medialis (mata kaki). Epiphysis distalis mempunyai tiga dataran sendi yaitu dataran sendi yang vertikal (facies articularis melleolaris), dataran sendi yang horizontal (facies articularis inferior) dan disebelah lateral terdapat cekungan sendi (incisura fibularis).

2) Fibula

Merupakan tulang yang panjang, langsing, terletak di sebelah lateral tibia. Epiphysis proximalis membulat disebut capitulum fibulae. Ke arah proximal meruncing menjadi apex. Pada capitulum terdapat dua dataran sendi yang disebut facies articularis capitulli fibulae, untuk bersendi dengan tibia. Pada corpus terdapat empat buah crista yaitu, crista lateralis, crista anterior, crista medialis dan crista interosssea. Datarannya ada tiga buah yaitu facies lateralis, facies medialis dan facies posterior. Pada bagian distal ke arah lateral membulat menjadi maleolus lateralis.

b. Fisiologi:

Menurut Long, B.C, fungsi tulang secara umum yaitu :

- 1) Menahan jaringan tubuh dan memberi bentuk kepada kerangka tubuh.
- 2) Melindungi organ-organ tubuh (contoh:tengkorak melindungi otak)
- 3) Untuk pergerakan (otot melekat kepada tulang untuk berkontraksi dan bergerak).

- 4) Merupakan gudang untuk menyimpan mineral (contoh kalsium dan posfor)
- 5) Hematopoiesis (tempat pembuatan sel darah merah dalam sum-sum tulang).

Menurut Price, Sylvia Anderson, Pertumbuhan dan metabolisme tulang dipengaruhi oleh mineral dan hormon :

- 1) Kalsium dan posfor tulang mengandung 99 % kalsium tubuh dan 90 % posfor. Konsentrasi kalsium dan posfor dipelihara hubungan terbalik, kalsitonin dan hormon paratiroid bekerja untuk memelihara keseimbangan.
- 2) Kalsitonin diproduksi oleh kelenjar tiroid dimana juga tirokalsitonin yang memiliki efek untuk mengurangi aktivitas osteoklast, untuk melihat peningkatan aktivitas osteoblast dan yang terlama adalah mencegah pembentukan osteoklast yang baru.
- 3) Vitamin D mempengaruhi deposisi dan absorpsi tulang. Dalam jumlah besar vitamin D dapat menyebabkan absorpsi tulang seperti yang terlihat dalam kadar hormon paratiroid yang tinggi. Bila tidak ada vitamin D, hormon paratiroid tidak akan menyebabkan absorpsi tulang sedang vitamin D dalam jumlah yang sedikit membantu klasifikasi tulang dengan meningkatkan absorpsi kalsium dan posfat oleh usus halus.
- 4) Paratiroid Hormon, mempunyai efek langsung pada mineral tulang yang menyebabkan kalsium dan posfat diabsorpsi dan bergerak melalui serum. Peningkatan kadar paratiroid hormon secara perlahan-lahan

menyebabkan peningkatan jumlah dan aktivitas osteoklast sehingga terjadi demineralisasi. Peningkatan kadar kalsium serum pada hiperparatiroidisme dapat menimbulkan pembentukan batu ginjal.

- 5) Growth Hormon (hormon pertumbuhan), disekresi oleh lobus anterior kelenjar pituitary yang bertanggung jawab dalam peningkatan panjang tulang dan penentuan jumlah matriks tulang yang dibentuk pada masa sebelum pubertas.
- 6) Glukokortikoid, adrenal glukokortikoid mengatur metabolisme protein. Hormon ini dapat meningkatkan atau menurunkan katabolisme untuk mengurangi atau meningkatkan matriks organ tulang dan membantu dalam regulasi absorpsi kalsium dan fosfor dari usus kecil.
- 7) Estrogen menstimulasi aktifitas osteoblast. Penurunan estrogen setelah menopause mengurangi aktifitas osteoblast yang menyebabkan penurunan matriks organ tulang. Klasifikasi tulang berpengaruh pada osteoporosis yang terjadi pada wanita sebelum usia 65 tahun namun matriks organiklah yang merupakan penyebab dari osteoporosis.

2.1.3 Klasifikasi

a. Fraktur Terbuka

Fraktur terbuka atau compound adalah fraktur dengan luka terbuka dimana tulang menonjol keluar melalui luka tersebut (*Donna L. Wongg, 2004*). Fraktur terbuka (fraktur komplikata/kompleks) merupakan fraktur dengan luka pada kulit atau membran mukosa sampai ke patahan tulang (*Brunner dan Suddarth, 2001*).

Patah tulang terbuka dapat dibagi menjadi tiga derajat yang ditentukan oleh berat ringannya patah tulang (*Sjamsuhidayat, 2005*).

Fraktur terbuka : Fraktur yang disertai kerusakan kulit pada tempat fraktur (Fragmen frakturnya menembus kulit), dimana bakteri dari luar bisa menimbulkan infeksi pada tempat fraktur (terkontaminasi oleh benda asing)

- 1) Grade I : Fraktur terbuka dengan luka kulit kurang dari 1 cm dan bersih Kerusakan jaringan minimal, biasanya dikarenakan tulang menembus kulit dari dalam
- 2) Grade II : Fraktur terbuka dengan luka lebih dari 1 cm, tanpa ada kerusakan jaringan lunak, kontusio ataupun avulsi yang luas. konfigurasi fraktur berupa kominutif sedang dengan kontaminasi sedang
- 3) Grade III : Sangat terkontaminasi dan mengalami kerusakan jaringan lunak yang ekstensif, merupakan yang paling berat (*Smeltzer & Bare and Bare, 2002*).

Fraktur tipeIII dibagi menjadi tiga yaitu :

TipeIIIa : Fraktur segmental atau sangat kominutif penutupan tulang dengan jaringan lunak cukup adekuat.

Tipe IIIb : trauma sangat berat atau kehilangan jaringan lunak yang cukup luas, terkelupasnya daerah periosteum dan tulang tampak terbuka , serta adanya kontaminasi yang cukup berat.

Tipe IIIc : Fraktur terbuka yang disertai dengan kerusakan pembuluh darah tanpa memperhatikan derajat kerusakan jaringan lunak.

b. Fraktur Tertutup

Fraktur tertutup adalah fraktur dimana kulit tidak ditembus oleh fragment tulang, sehingga tempat fraktur tidak tercemar oleh lingkungan (*Price dan Wilson, 1995*). Fraktur sederhana atau tertutup – fraktur tidak menimbulkan kerusakan pada kulit (*Donna L. Wongg, 2004*). Fraktur tertutup adalah fraktur yang tidak menyebabkan robeknya kulit atau kulit tidak ditembus oleh fragmen tulang.

- c. Fraktur komplet : Fraktur / patah pada seluruh garis tengah tulang dan biasanya mengalami pergeseran dari posisi normal.
- d. Fraktur tidak komplet : Fraktur / patah yang hanya terjadi pada sebagian dari garis tengah tulang.

Jenis khusus fraktur :

- 1) Greenstick : Fraktur dimana salah satu sisi tulang patah, sedang sisi lainnya membengkok.
- 2) Tranversal : Fraktur sepanjang garis tengah tulang.
- 3) Oblik : Fraktur membentuk sudut dengan garis tengah tulang.
- 4) Spiral : Fraktur memuntir seputar batang tulang
- 5) Kominutif : Fraktur dengan tulang pecah menjadi beberapa fragmen
- 6) Depresi : Fraktur dengan fragmen patahan terdorong kedalam (sering terjadi pada tulang tengkorak dan tulang wajah)
- 7) Kompresi : Fraktur dimana tulang mengalami kompresi (terjadi pada tulang belakang)
- 8) Patologik : Fraktur yang terjadi pada daerah tulang berpenyakit (kista tulang, penyakit pegel, tumor)

- 9) Avulsi : Tertariknya fragmen tulang oleh ligament atau tendon pada perlekatannya
- 10) Epifiseal : Fraktur melalui epifisis
- 11) Impaksi : Fraktur dimana fragmen tulang terdorong ke fragmen tulang lainnya. (*Smeltzer & Bare and Bare, 2002*)

2.1.4 Etiologi

Fraktur disebabkan oleh : (*Arif Muttaqin, 2008*)

a. Trauma langsung

Trauma langsung menyebabkan tekanan langsung pada tulang. Hal tersebut dapat mengakibatkan terjadinya fraktur pada daerah tekanan. Fraktur yang terjadi biasanya bersifat komuniti dan jaringan lunak ikut mengalami kerusakan.

b. Trauma tidak langsung

Apabila trauma dihantarkan ke daerah yang lebih jauh dari daerah fraktur, trauma tersebut disebut trauma tidak langsung. Misalnya jatuh dengan tangan ekstensi dapat menyebabkan fraktur pada klavikula. Pada keadaan ini biasanya jaringan lunak tetap utuh.

Fraktur juga dapat disebabkan oleh pukulan langsung, gaya meremuk, gerakan puntir mendadak, dan kontraksi otot ekstrim. (*Brunner & Suddart, 2002*).

Fraktur disebabkan oleh trauma dimana terdapat tekanan yang berlebih oleh tulang (*lukman 2007*).

Jenis dan beratnya patah tulang dipengaruhi oleh :

- 1) Arah, kecepatan dan kekuatan dari tenaga yang melawan tulang
- 2) Usia penderita
- 3) Kelenturan tulang
- 4) Jenis tulang

Dengan tenaga yang sangat ringan, tulang yang rapuh karena osteoporosis atau tumor biasanya menyebabkan patah tulang

2.1.5 Manifestasi

Menurut Brunner dan Suddart (2002) Manifestasi klinis fraktur adalah nyeri, hilangnya fungsi, deformitas, pemendekan ekstermitas, krepitus, pembengkakan lokal, dan perubahan warna.

- a. Nyeri terus menerus dan bertambah beratnya sampai fragmen tulang diimobilisasi. Spasme otot yang menyertai fraktur merupakan bentuk bidai alamiah yang dirancang untuk meminimalkan gerakan antar fragmen tulang.
- b. Setelah terjadi fraktur, bagian-bagian yang tak dapat digunakan dan cenderung bergerak secara alamiah (gerakan luar biasa) bukannya tetap rigid seperti normalnya. Pergeseran fragmen pada fraktur lengan atau tungkai menyebabkan deformitas (terlihat maupun teraba) ekstermitas yang bisa diketahui dengan membandingkan ekstermitas yang normal. Ekstermitas tak dapat berfungsi dengan baik karena fungsi normal otot bergantung pada integritas tulang tempat melekatnya otot.
- c. Pada fraktur tulang panjang, terjadi pemendekan tulang yang sebenarnya karena kontraksi otot yang melekat di atas dan bawah tempat fraktur.

Fragmen sering saling melengkapi satu sama lain sampai 2,5-5cm (1-2 inchi).

- d. Saat ekstermitas diperiksa dengan tangan, teraba adanya derik tulang dinamakan krepitus yang teraba akibat gesekan antara fragmen satu dengan lainnya. Uji kreptus dapat mengakibatkan kerusakan jaringan yang lebih berat.
- e. Pembengkakan dan perubahan warna lokal pada kulit terjadi sebagai akibat trauma dan perdarahan yang mengikuti fraktur. Tanda ini bisa baru terjadi setelah beberapa jam atau cedera.

Diagnosis fraktur bergantung pada gejala, tanda fisik dan pemeriksaan sinar X. Setelah mengalami cedera, pasien akan mengalami kebingungan dan tidakmenyadari adanya fraktur, serta berusaha berjalan dengan tungkai yang patah (Brunner &Suddarth, 2005). Nyeri berhubungan dengan fraktur sangat berat dandapat dikurangi dengan menghindari gerakan antar fragmen tulang dan sendi disekitar fraktur.

2.1.6 Penatalaksanaan Fraktur dan Kegawat daruratannya

Menurut Brunner & Suddarth (2005) selama pengkajian primer dan resusitasi, sangat penting untuk mengontrol perdarahan yang diakibatkan oleh trauma muskuloskeletal. Perdarahan dari patah tulang panjang dapat menjadi penyebab terjadinya syok hipovolemik. Pasien dievaluasi dengan seksama dan lengkap. Ekstremitas sebisa mungkin jangan digerakkan untuk mencegah kerusakan *soft tissue* pada area yang cedera.

Prinsip penanganan fraktur meliputi reduksi, imobilisasi, dan pengembalian fungsi serta kekuatan normal dengan rehabilitasi.

a. Reduksi fraktur

Reduksi fraktur berarti mengembalikan fragmen tulang pada kesejajaran dan rotasi anatomis. Reduksi bisa dilakukan secara tertutup, terbuka dan traksi tergantung pada sifat fraktur namun prinsip yang mendasarinya tetap sama.

1) Reduksi tertutup

Reduksi tertutup dilakukan dengan mengembalikan fragmen tulang kembali ke posisinya dengan manipulasi dan traksi manual

2) Reduksi terbuka

Reduksi terbuka dilakukan pada fraktur yang memerlukan pendekatan bedah dengan menggunakan alat fiksasi interna dalam bentuk pin, kawat, plat sekrew digunakan untuk mempertahankan fragmen tulang dalam posisinya sampai penyembuhan solid terjadi.

3) Traksi

Traksi digunakan untuk reduksi dan imobilisasi. Menurut Brunner & Suddarth (2005), traksi adalah pemasangan gaya tarikan ke bagian tubuh untuk meminimalisasi spasme otot, mereduksi, mensejajarkan, serta mengurangi deformitas. Jenis-jenis traksi meliputi:

a) Traksi kulit : *Buck traction, Russel traction, Dunlop traction*

b) Traksi skelet : traksi skelet dipasang langsung pada tulang dengan menggunakan pin metal atau kawat. Beban yang digunakan pada traksiskeletal 7 kilogram sampai 12 kilogram untuk mencapai efek traksi.

b. Mobilisasi fraktur

Setelah fraktur direduksi, fragmen tulang harus diimobilisasi, atau dipertahankan dalam posisi dan kesejajaran yang benar sampai terjadi penyatuan. Imobilisasi dapat dilakukan dengan fiksasi interna atau eksterna. Fiksasi eksterna dapat menggunakan pembalutan, gips, bidai, traksi kontinu pin dan teknik gips. Fiksator interna dengan implant logam.

c. Mempertahankan dan mengembalikan fungsi Latihan otot dilakukan untuk meminimalkan atrofi dan meningkatkan peredaran darah. Partisipasi dalam aktifitas sehari-hari diusahakan untuk memperbaiki kemandirian fungsi dan harga diri

2.1.7 Komplikasi fraktur

Komplikasi fraktur menurut Brunner & Suddarth (2005) dibagi menjadi 2 yaitu:

a. Komplikasi awal

1) Syok

Syok hipovolemik akibat dari perdarahan karena tulang merupakan organ yang sangat vaskuler maka dapat terjadi perdarahan yang sangat besar sebagai akibat dari trauma khususnya pada fraktur femur dan fraktur pelvis.

2) Emboli lemak

Pada saat terjadi fraktur, globula lemak dapat masuk ke dalam darah karena tekanan sumsum tulang lebih tinggi dari tekanan kapiler dan katekolamin yang dilepaskan memobilisasi asam lemak ke dalam aliran darah. Globula lemak ini bergabung dengan trombosit membentuk

emboli yang dapat menyumbat pembuluh darah kecil yang memasok darah ke otak, paru-paru, ginjal dan organ lainnya.

3) Compartment Syndrome

Compartment syndrome merupakan masalah yang terjadi saat perfusi jaringan dalam otot kurang dari yang dibutuhkan. Hal ini disebabkan oleh karena penurunan ukuran fascia yang membungkus otot terlalu ketat, balutan yang terlalu ketat dan peningkatan isi kompartemen karena perdarahan atau edema.

4) Komplikasi awal lainnya seperti infeksi, tromboemboli dan koagulopati intravaskular.

b. Komplikasi lambat

1) Delayed union, malunion, nonunion

Penyatuan terlambat (delayed union) terjadi bila penyembuhan tidak terjadi dengan kecepatan normal berhubungan dengan infeksi dan distraksi (tarikan) dari fragmen tulang. Tarikan fragmen tulang juga dapat menyebabkan kesalahan bentuk dari penyatuan tulang (malunion). Tidak adanya penyatuan (nonunion) terjadi karena kegagalan penyatuan ujung-ujung dari patahan tulang.

2) Nekrosis avaskular tulang

Nekrosis avaskular terjadi bila tulang kekurangan asupan darah dan mati. Tulang yang mati mengalami kolaps atau diabsorpsi dan diganti dengan tulang yang baru. Sinar-X menunjukkan kehilangan kalsium dan kolaps structural

3) Reaksi terhadap alat fiksasi interna

Alat fiksasi interna diangkat setelah terjadi penyatuan tulang namun pada kebanyakan pasien alat tersebut tidak diangkat sampai menimbulkan gejala. Nyeri dan penurunan fungsi merupakan indikator terjadinya masalah. Masalah tersebut meliputi kegagalan mekanis dari pemasangan dan stabilisasi yang tidak memadai, kegagalan material, berkaratnya alat, respon alergi terhadap logam yang digunakan dan remodeling osteoporotik disekitar alat

2.1.8 Pemeriksaan penunjang

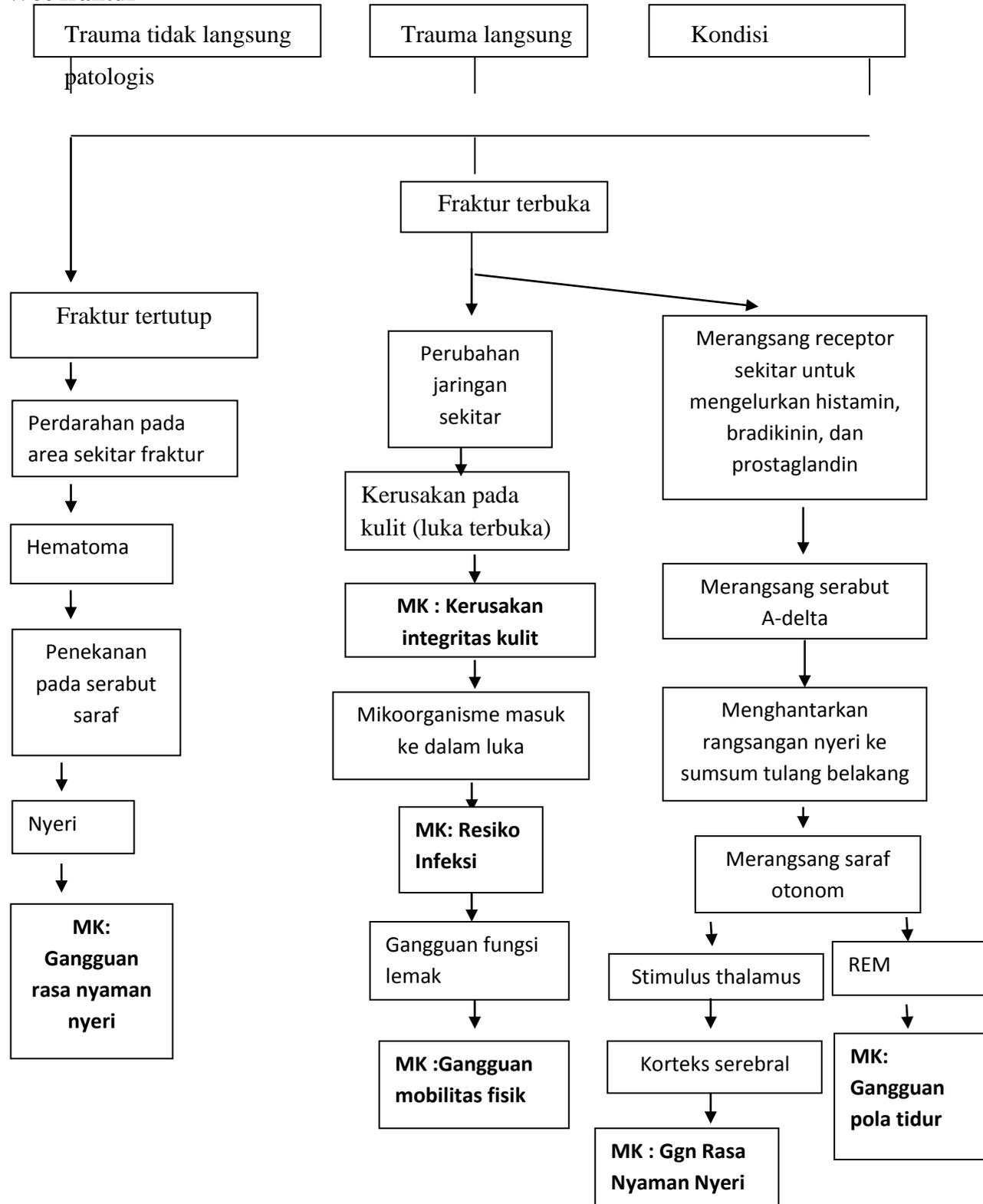
- a. Pemeriksaan rontgen : menentukan lokasi / luasnya fraktur trauma
- b. Scan tulang, tomogram, scan CT / MRI : memperlihatkan fraktur, juga dapat digunakan untuk mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak.
- c. Arteriogram : dilakukan bila kerusakan vaskuler dicurigai.
- d. Hitung daerah lengkap : HT mungkin meningkat (hemokonsentrasi) atau menurun (pendarahan sel darah putih adalah respon stress normal setelah trauma).
- e. Kreatinin : Trauma otot meningkatkan beban kreatinin untuk klien ginjal.

2.1.9 Patofisiologi

Fraktur dapat terjadi karena trauma / rudapaksa sehingga dapat menimbulkan luka terbuka dan tertutup. Fraktur luka terbuka memudahkan mikroorganisme masuk kedalam luka tersebut dan akan mengakibatkan terjadinya infeksi. Pada fraktur dapat mengakibatkan terputusnya kontinuitas jaringan sendi, tulang bahkan kulit pada fraktur terbuka sehingga merangsang nociseptor sekitar untuk mengeluarkan histamin, bradikinin dan prostaglandin yang akan merangsang serabut A-delta untuk menghantarkan rangsangan nyeri ke sum-sum tulang belakang, kemudian

dihantarkan oleh serabut-serabut saraf aferen yang masuk ke spinal melalui “dorsal root” dan sinaps pada dorsal horn. Impuls-impuls nyeri menyebar ke sum-sum belakang pada interneuron-interneuron dan bersambung dengan jalur spinal asendens, yaitu spinothalamic tract (STT) dan spinoreticular tract (SRT). STT merupakan sistem yang diskriminatif dan membawa informasi mengenai sifat dan lokasi dari stimulus kepada thalamus kemudian ke korteks serebri untuk diinterpretasikan sebagai nyeri. Nyeri bisa merangsang susunan saraf otonom mengaktifkan norepinephrin, saraf simpatis terangsang untuk mengaktifkan RAS di hipotalamus mengaktifkan kerja organ tubuh sehingga REM menurun menyebabkan gangguan tidur. Akibat nyeri menimbulkan keterbatasan gerak (imobilisasi) disebabkan nyeri bertambah bila digerakkan dan nyeri juga menyebabkan sulit untuk bergerak termasuk toileting, menyebabkan penumpukan faeses dalam colon. Colon mereabsorpsi cairan faeses sehingga faeses menjadi kering dan keras dan timbul konstipasi. Imobilisasi sendiri mengakibatkan berbagai masalah, salah satunya dekubitus, yaitu luka pada kulit akibat penekanan yang terlalu lama pada daerah bone prominence. Perubahan struktur yang terjadi pada tubuh dan perasaan ancaman akan integritas kulit, merupakan stressor psikologis yang bisa menyebabkan kecemasan. Terputusnya kontinuitas jaringan sendi atau tulang dapat mengakibatkan cedera neuro vaskuler sehingga mengakibatkan oedema juga mengakibatkan perubahan pada membran alveolar (kapiler) sehingga terjadi pembesaran paru kemudian terjadi kerusakan pada pertukaran gas, sehingga timbul sesak nafas sebagai kompensasi tubuh untuk memenuhi kebutuhan oksigen.

Woc fraktur



(Brunner & Suddart, 2002).

2.2 Pengertian ORIF

2.1.1 Pengertian

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

Open Reduction Internal Fixation (ORIF) adalah suatu jenis operasi dengan pemasangan internal fiksasi yang dilakukan ketika fraktur tersebut tidak dapat direduksi secara cukup dengan *close reduction*, untuk mempertahankan posisi yang tepat pada fragmen fraktur (John C. Adams, 1992 dalam Potter & Perry, 2005). Fungsi ORIF untuk mempertahankan posisi fragmen tulang agar tetap menyatu dan tidak mengalami pergerakan. Internal fiksasi ini berupa *intra medullary nail*, biasanya digunakan untuk fraktur tulang panjang dengan tipe fraktur transvers.

Open Reduction Internal Fixation (ORIF) adalah sebuah prosedur bedah medis, yang tindakannya mengacu pada operasi terbuka untuk mengatur tulang, seperti yang diperlukan untuk beberapa patah tulang, fiksasi internal mengacu pada fiksasi sekrup dan piring untuk mengaktifkan atau memfasilitasi penyembuhan (Brunner & Suddart, 2003).

2.2.2 Tujuan ORIF (*Open Reduction Internal Fixation*)

Ada beberapa tujuan dilakukannya pembedahan Orif, antara lain:

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

2.2.3 Indikasi dan Kontraindikasi ORIF (*Open Reduction Internal Fixation*)

- a. Indikasi tindakan pembedahan ORIF:
 - 1) Fraktur yang tidak stabil dan jenis fraktur yang apabila ditangani dengan metode terapi lain, terbukti tidak memberi hasil yang memuaskan.
 - 2) Fraktur leher femoralis, fraktur lengan bawah distal, dan fraktur intraartikular disertai pergeseran.
 - 3) Fraktur avulsi mayor yang disertai oleh gangguan signifikan pada struktur otot tendon
- b. Kontraindikasi tindakan pembedahan ORIF:
 - 1) Tulang osteoporotik terlalu rapuh menerima implan
 - 2) Jaringan lunak di atasnya berkualitas buruk
 - 3) Terdapat infeksi
 - 4) Adanya fraktur comminuted yang parah yang menghambat rekonstruksi.
 - 5) Pasien dengan penurunan kesadaran

- 6) Pasien dengan fraktur yang parah dan belum ada penyatuan tulang
- 7) Pasien yang mengalami kelemahan (malaise)

2.2.4 Keuntungan dan Kerugian ORIF (*Open Reduction Internal Fixation*)

- a. Keuntungan dilakukan tindakan pembedahan ORIF:
 - 1) Mobilisasi dini tanpa fiksasi luar
 - 2) Ketelitian reposisi fragmen-fragmen fraktur.
 - 3) Kesempatan untuk memeriksa pembuluh darah dan saraf di sekitarnya.
 - 4) Stabilitas fiksasi yang cukup memadai dapat dicapai
 - 5) Perawatan di RS yang relatif singkat pada kasus tanpa komplikasi.
 - 6) Potensi untuk mempertahankan fungsi sendi yang mendekati normal serta kekuatan otot selama perawatan fraktur.
- b. Kerugian dilakukan tindakan pembedahan ORIF:
 - 1) Setiap anestesi dan operasi mempunyai resiko komplikasi bahkan kematian akibat dari tindakan tersebut.
 - 2) Penanganan operatif memperbesar kemungkinan infeksi dibandingkan pemasangan gips atau traksi.
 - 3) Penggunaan stabilisasi logam interna memungkinkan kegagalan alat itu sendiri.
 - 4) Pembedahan itu sendiri merupakan trauma pada jaringan lunak, dan struktur yang sebelumnya tak mengalami cedera mungkin akan terpotong atau mengalami kerusakan selama tindakan operasi.

2.2.5 Perawatan Post Operasi ORIF (*Open Reduction Internal Fixation*)

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

- a. Mempertahankan reduksi dan imobilisasi.
- b. Meninggikan bagian yang sakit untuk meminimalkan pembengkakan.
- c. Mengontrol kecemasan dan nyeri (biasanya orang yang tingkat keemasannya tinggi, akan merespon nyeri dengan berlebihan)
- d. Latihan otot

Pergerakan harus tetap dilakukan selama masa imobilisasi tulang, tujuannya agar otot tidak kaku dan terhindar dari pengecilan massa otot akibat latihan yang kurang.

- e. Memotivasi klien untuk melakukan aktivitas secara bertahap dan menyarankan keluarga untuk selalu memberikan dukungan kepada klien

2.3 Konsep Nyeri

a. Defenisi Nyeri

Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan tidak menyenangkan bersifat sangat subjektif, karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala atau tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya (Hidayat,2009).

Arthur C. Curton (1983) dalam Hidayat (2009), mengatakan bahwa nyeri merupakan suatu mekanisme produksi bagi tubuh, timbul ketika jaringan

sedang dirusak, dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rangsangan nyeri.

International Association for Study of Pain (1979) dalam Novita (2012) mendefinisikan nyeri sebagai suatu sensori subjektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang bersifat aktual maupun potensial yang dirasakan dalam kejadian dimana terjadi kerusakan.

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan nyeri adalah suatu perasaan atau kondisi yang tidak menyenangkan yang timbul karena adanya kerusakan jaringan dan menimbulkan individu beraksi untuk menghilangkan rangsangan nyeri.

b. Fisiologi Nyeri

Reseptor nyeri dalam tubuh adalah ujung-ujung saraf telanjang yang ditemukan hampir pada setiap jaringan tubuh. Impuls nyeri dihantarkan ke Sistem Saraf Pusat (SSP) melalui dua sistem Serabut. Sistem pertama terdiri dari serabut A-delta bermielin halus bergaris tengah 2-5 μm , dengan kecepatan hantaran 6-30 m/detik. Sistem kedua terdiri dari serabut C tak bermielin dengan diameter 0.4-1.2 μm , dengan kecepatan hantaran 0,5-2 m/detik. Serabut A-delta berperan dalam menghantarkan “Nyeri cepat” dan menghasilkan persepsi nyeri yang jelas, tajam dan terlokalisasi, sedangkan serabut C menghantarkan “nyeri Lambat” dan menghasilkan persepsi samar-samar, rasa pegal dan perasaan tidak enak. Pusat nyeri terletak di talamus, kedua jenis serabut nyeri berakhir pada neuron traktus spinotalamus lateral dan impuls nyeri berjalan ke atas melalui traktus ini

ke nukleus posteromedial ventral dan posterolateral dari thalamus. Dari sini impuls diteruskan ke gyrus post sentral dari korteks otak.

Berdasarkan mekanismenya, nyeri melibatkan persepsi dan respon terhadap \ nyeri. Mekanisme timbulnya nyeri melibatkan empat proses sebagai berikut:

1) Transduksi

Transduksi adalah proses mulai datangnya rangsangan hingga stimulus dikonversi ke bentuk yang dapat diakses oleh otak. Proses transduksi dimulai ketika nosiseptor yaitu reseptor yang berfungsi untuk menerima rangsang nyeri teraktivasi. Aktivasi reseptor ini merupakan bentuk respon terhadap stimulus yang datang misalnya kerusakan jaringan. Stimuli ini dapat berupa stimuli fisik (tekanan, panas) atau kimia (substansi nyeri). Ketika terjadi cedera jaringan, maka akan menyebabkan perubahan lingkungan kimiawi pada akhir nosiseptor. Sel yang rusak akan melepaskan komponen intraseluler seperti adenosine trifosfat, ion K^+ , perubahan pH, chemokine, prostaglandin E_2 yang akan memulai proses transmisi nyeri.

2) Transmisi

Proses transmisi adalah penyaluran impuls melalui saraf sensoris sebagai lanjutan proses transduksi melalui serabut A-delta dan serabut C dari perifer ke medulla spinalis, dimana impuls tersebut mengalami modulasi sebelum diteruskan ke thalamus oleh tractus spinothalamicus dan sebagian ke traktus spinoretikularis. Selanjutnya, impuls

disalurkan ke thalamus dan somatosensoris di cortex cerebri dan dirasakan sebagai persepsi nyeri.

3) Modulasi

Proses modulasi adalah perubahan transmisi nyeri yang terjadi di susunan saraf pusat (medulla spinalis dan otak). Proses modulasi mengacu kepada aktivitas neural dalam upaya mengontrol jalur transmisi nosiseptor tersebut. Proses modulasi adalah proses dimana terjadi interaksi antara sistem analgesic endogen yang dihasilkan oleh tubuh pada saat nyeri sampai pada substansia gelatinosa di dorsal horn medulla spinalis. Analgesik endogen meliputi enkefalins, endorphins, dynorphins, dan lain sebagainya. Pada tahap ini, modulasi nyeri berdampak pada menurunnya jumlah impuls nyeri yang akan dikirim ke thalamus. Hal ini dipengaruhi juga oleh hadirnya stimulus lain yang dapat meningkatkan release dari analgesic endogen (misalnya: distraksi).

4) Persepsi

Persepsi merupakan titik kesadaran seseorang terhadap nyeri (Potter & Perry, 2005). Persepsi merupakan hasil akhir dari proses interaksi yang kompleks dari proses transduksi, transmisi, dan modulasi yang pada akhirnya akan menghasilkan suatu proses subyektif yang diperkirakan terjadi pada thalamus dengan korteks sebagai diskriminasi dari sensorik. Proses persepsi ini tidak hanya berkaitan dengan proses fisiologis atau proses anatomis saja, tetapi juga meliputi pengenalan (cognition) dan ingatan (memory).

Oleh karena itu, factor psikologis, emosional, dan behavioral (perilaku) juga muncul sebagai respon dalam mempersepsikan nyeri. Proses inilah yang menjadikan nyeri tersebut sebagai suatu fenomena yang multidimensional.

c. Klasifikasi Nyeri

Klasifikasi nyeri secara umum dibagi menjadi dua, yakni nyeri akut dan kronis. Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang, yang tidak melebihi 6 bulan dan ditandai adanya peningkatan tegangan otot. Nyeri kronis merupakan nyeri yang timbul secara perlahan-lahan, biasanya berlangsung dalam waktu yang cukup lama, yaitu lebih dari 6 bulan. Yang termasuk dalam kategori nyeri kronis adalah nyeri terminal, sindrom nyeri kronis, dan nyeri psikosomatis. Ditinjau dari sifat terjadinya, nyeridapat dibagi ke dalam beberapa kategori, diantaranya nyeri tertusuk dan nyeri terbakar (Hidayat, 2009).

d. Respon Terhadap Nyeri

1) Respon Fisiologis Terhadap Nyeri

Perubahan atau respon fisiologis dianggap sebagai indikator nyeri yang lebih akurat dibandingkan laporan verbal pasien. Respon fisiologis terhadap nyeri dapat sangat membahayakan individu. Pada saat impuls nyeri naik ke medulla spinalis menuju ke batang otak atau hipotalamus, sistem saraf otonom menjadi terstimulasi sebagai bagian dari respon stress. Stimulasi pada cabang simpatis pada sistem saraf otonom menghasilkan respon fisiologis. Apabila nyeri berlangsung terus-

menerus, berat, dalam, dan melibatkan organ-organ dalam/ visceral maka sistem saraf simpatis akan menghasilkan suatu aksi.

2) Respon perilaku

Respon perilaku yang ditunjukkan oleh pasien sangat beragam. Meskipun respon perilaku pasien dapat menjadi indikasi pertama bahwa ada sesuatu yang tidak beres, respon perilaku seharusnya tidak boleh digunakan sebagai pengganti untuk mengukur nyeri.

Respon perilaku terhadap nyeri

Respon perilaku nyeri	
Vokalisasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengaduh 2. Menangis 3. Sesak nafas 4. Mendengkur
Ekspresi wajah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meringis 2. Mengeletukkan gigi 3. Mengerutkan dahi 4. Menutup mata atau mulut dengan rapat atau membuka mata 5. Menggigit bibir
Gerakan tubuh	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gelisah imobilisasi 2. Ketegangan otot 3. Peningkatan gerakan jari dan tangan 4. Gerakan ritmik atau gerakan menggosok 5. Gerakan melindungi bagian tubuh
Interaksi sosial	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menghindari percakapan 2. Fokus hanya pada aktivitas menghilangkan nyeri 3. Menghindari kontak sosial 4. Penurunan rentang perhatian

Sumber : Potter & Perry, 2006

2.3.4 Faktor yang Mempengaruhi Nyeri

Menurut (Kozier, 2010), factor-faktor yang mempengaruhi reaksi nyeri adalah sebagai berikut:

a. Etnik dan budaya

Etnik dan budaya mempunyai pengaruh pada cara seseorang berperilaku dalam berespon terhadap nyeri. Namun, etnik tidak mempengaruhi persepsi nyeri.

b. Tahap perkembangan

Anak-anak kurang mampu mengatakan pengalaman atau kebutuhan mereka terkait dengan nyeri yang menyebabkan nyeri mereka tidak teratasi. Lansia mengalami perubahan neurofisiologi dan mungkin mengalami penurunan persepsi sensori stimulus serta peningkatan ambang nyeri.

c. Lingkungan dan orang pendukung

Pada beberapa pasien, kehadiran keluarga yang dicintai atau teman bisa mengurangi rasa nyeri mereka, namun ada juga yang lebih suka menyendiri ketika merasakan nyeri.

d. Pengalaman nyeri sebelumnya dan makna nyeri saat ini

Lebih berpengalaman individu dengan nyeri yang dialami, makin takut individu terhadap peristiwa menyakitkan yang akan diakibatkan oleh nyeri tersebut. Individu mungkin akan sedikit mentoleransi nyeri.

e. Ansietas dan stress

Toleransi nyeri, titik dimana nyeri tidak dapat ditoleransi lagi, beragam diantara individu. Toleransi nyeri menurun akibat keletihan,

kecemasan, ketakutan akan kematian, marah, ketidak berdayaan, isolasi social, perubahan dalam identitas peran, kehilangan kemandirian dan pengalaman masa lalu.

2.3.5 Pengukuran Skala Nyeri

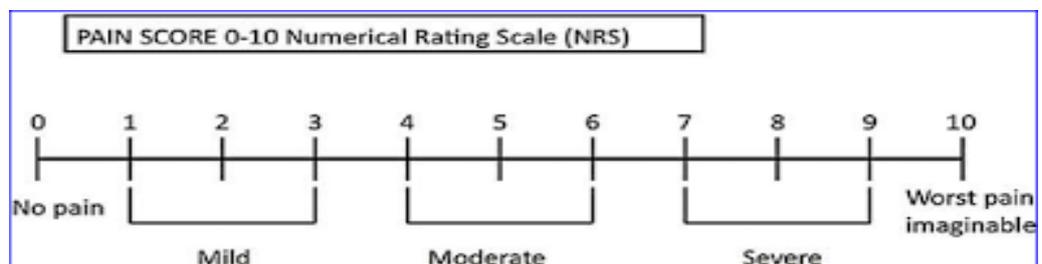
Intensitas nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan oleh individu, pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual dan kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda oleh dua orang yang berbeda. Pengukuran nyeri dengan pendekatan objektif yang paling mungkin adalah menggunakan respon fisiologik tubuh terhadap nyeri itu sendiri. Namun, pengukuran dengan tehnik ini juga tidak dapat memberikan gambaran pasti tentang nyeri itu sendiri (Tamsuri, 2007).

Ada beberapa macam untuk mengukur skala nyeri pasien, antara lain:

a. Skala Penilaian Numeric/ Numeric Rating Scale (NRS)

Skala ini menggunakan angka 0 sampai dengan 10 untuk menggambarkan tingkat nyeri. NRS lebih bermanfaat pada periode post operasi, karena selain angka 0-10 penilaian berdasarkan kategori nyeri juga dilakukan pada penilaian ini. Skala 0 dideskripsikan sebagai tidak ada nyeri, skala 1-3 dideskripsikan sebagai nyeri ringan yaitu ada rasa nyeri (mulai terasa tapi masih dapat ditahan). Lalu skala 5-6 dideskripsikan sebagai nyeri sedang yaitu ada rasa nyeri, terasa mengganggu dengan usaha yang cukup kuat untuk menahannya. Skala 7-10 dideskripsikan sebagai nyeri berat yaitu ada rasa nyeri, terasa sangat mengganggu atau tidak tertahankan sehingga sampai meringis,

menjerit atau berteriak. Penggunaan NRS direkomendasikan untuk penilaian skala nyeri post operasi. NRS dikembangkan dari VAS dapat digunakan dan sangat efektif untuk pasien-pasien pembedahan, post anestesi awal dan sekarang digunakan secara rutin untuk pasien-pasien yang mengalami nyeri di unit post operasi (McCaffrey & Bebbe, 1993 dalam Novita, 2012) dalam penelitian ini menggunakan NRS sebagai skala pengukuran untuk menilai nyeri pasien post operasi ORIF.



Gambar 2.1

Numeric Rating Scale(NRS)

Keterangan:

0= Tidak terasa sakit

1 (sangat ringan) = Nyeri sangat ringan, seperti gigitan nyamuk. Sebagian besar waktu anda tidak pernah berpikir tentang rasa sakit.

2 (tidak menyenangkan) = Nyeri ringan, seperti cubitan ringan pada kulit.

3 (bisa ditoleransi) = Nyeri sangat terasa, seperti pukulan ke hidung menyebabkan hidung berdarah, atau suntikan oleh dokter.

4 (menyedihkan) = Kuat, nyeri yang dalam, seperti sakit gigi atau rasa sakit dari sengatan lebah.

5 (sangat menyedihkan) = Kuat, dalam, nyeri yang menusuk, seperti pergelangan kaki terkilir.

6 (intens) = Kuat, dalam, nyeri yang menusuk begitu kuat sehingga tampaknya memengaruhi sebagian indra anda, menyebabkan tidak fokus, komunikasi terganggu.

7 (sangat intens) = Sama seperti 6 kecuali bahwa rasa sakit benar-benar mendominasi indra Anda menyebabkan tidak dapat berkomunikasi dengan baik dan tak mampu melakukan perawatan diri.

8 (benar-benar mengerikan) = Nyeri begitu kuat sehingga Anda tidak lagi dapat berpikir jernih, dan sering mengalami perubahan kepribadian yang parah jika sakit datang dan berlangsung lama.

9 (menyiksa tak tertahankan) = Nyeri begitu kuat sehingga Anda tidak bisa mentolerirnya dan sampai-sampai menuntut untuk segera menghilangkan rasa sakit apapun caranya, tidak peduli apa efek samping atau resikonya.

10 (sakit tidak terbayangkan tidak dapat diungkapkan) = Nyeri begitu kuat tidak sadarkan diri.

b. Skala wajah/ Faces Rating Scale

Skala wajah biasanya digunakan oleh anak-anak yang berusia kurang dari 7 tahun. Pasien diminta untuk memilih gambar wajah yang sesuai dengan nyerinya. Pilihan ini kemudian diberi skor angka.

					
0 tidak sakit	2 Sedikit sakit	4 Agak mengganggu	6 Mengganggu aktivitas	8 Sangat mengganggu	10 Tak Tertahankan

Gambar 2.2 Faces Rating Scale

2.3.6 Nyeri Post Operasi ORIF

Tindakan pembedahan merupakan salah satu jenis penatalaksanaan pada fraktur untuk mereposisi tulang yang patah. Tindakan pembedahan ini dapat menyebabkan rasa nyeri sehingga berisiko menimbulkan komplikasi yang serius dan menghambat proses pemulihan pasien jika tidak dilakukan manajemen nyeri dengan baik. Pasien fraktur ekstremitas memiliki tingkat nyeri dan intensitas nyerilebih tinggi, peningkatan resiko depresi dan kecemasan 3 bulan pasca kejadian serta berisiko mengalami nyeri kronis pada waktu 7 tahun. Kategori nyeri yang dialami pasien 86 % dalam kategori nyeri sedang dan berat.

Nyeri setelah operasi disebabkan oleh rangsangan mekanik luka yang menyebabkan tubuh menghasilkan mediator-mediator kimia nyeri. Mediator kimia dapat mengaktivasi nociceptor lebih sensitif secara langsung maupun tidak langsung sehingga menyebabkan hiperalgesia. Nyeri pasca operasi fraktur akan berdampak pada sistem endokrin yang akan meningkatkan sekresi cortisol, katekolamin dan hormon stres lainnya. Respon fisiologis yang berpengaruh akibat nyeri adalah takikardia, peningkatan tekanan darah, perubahan dalam respon imun dan hiperglikemia. Nyeri juga menyebabkan pasien takut untuk bergerak sehingga berisiko terjadi trombosis vena dalam, atelektasis paru, mengurangi pergerakan usus dan retensi urin. Resiko masalah –masalah pasca operasi fraktur tersebut dapat diminimalkan jika pasien dapat beradaptasi terhadap nyeri yang dialaminya.

Sasaran dari kebanyakan pembedahan ortopedi ORIF adalah memperbaiki fungsi dengan mengembalikan gerakan dan stabilitas, mengurangi nyeri dan

komplikasi (Smeltzer & Bare, 2002). Sebagian besar pasien mempercayai bahwa nyeri yang akan mereka alami saat post operasi menimbulkan ketakutan tersendiri yang nantinya akan menentukan perilaku mereka sebagai bagian dari mekanisme coping. Respon stress pembedahan ini mengalami puncaknya saat post operasi yang efek utamanya pada jantung, koagulasi darah, dan sistem imunitas (Rowlingson, 2009 dalam Novita, 2012).

Kemampuan pasien beradaptasi terhadap nyeri pasca operasi fraktur dipengaruhi oleh manajemen nyeri yang dilakukan oleh perawat. Pada umumnya manajemen nyeri dilakukan dengan pendekatan farmakologis dan non farmakologis (Smeltzer, 2008)

2.3.7 Penatalaksanaan Nyeri

Perawat menghabiskan lebih banyak waktunya bersama pasien yang mengalami nyeri dibanding tenaga kesehatan lainnya. Perawat berperan dalam mengidentifikasi dan mengatasi penyebab nyeri serta memberikan intervensi yang tepat untuk mengurangi nyeri sehingga sangat penting bagi perawat untuk mengetahui intervensi yang tepat dalam mengurangi nyeri. Secara umum, penatalaksanaan nyeri dikelompokkan menjadi dua, yaitu penatalaksanaan nyeri secara farmakologi dan non farmakologi.

a. Penatalaksanaan Nyeri Secara Farmakologi

Penatalaksanaan nyeri secara farmakologi melibatkan penggunaan opiat (narkotik), nonopiat/ obat AINS (anti inflamasi nonsteroid), obat-obat adjuvans atau koanalgesik. Analgesik opiat mencakup derivat opium, seperti morfin dan kodein. Narkotik meredakan nyeri dan memberikan

perasaan euforia. Semua opiat menimbulkan sedikit rasa kantuk pada awalnya ketika pertama kali diberikan, tetapi dengan pemberian yang teratur, efek samping ini cenderung menurun. Opiat juga menimbulkan mual, muntah, konstipasi, dan depresi pernapasan serta harus digunakan secara hati-hati pada klien yang mengalami gangguan pernapasan (Berman, et al. 2009).

Nonopiat (analgesik non-narkotik) termasuk obat AINS seperti aspirin dan ibuprofen. Nonopiat mengurangi nyeri dengan cara bekerja di ujung saraf perifer pada daerah luka dan menurunkan tingkat mediator inflamasi yang dihasilkan di daerah luka. (Berman, et al. 2009).

Analgesik adjuvans adalah obat yang dikembangkan untuk tujuan selain penghilang nyeri tetapi obat ini dapat mengurangi nyeri kronis tipe tertentu selain melakukan kerja primernya. Sedatif ringan atau obat penenang, sebagai contoh, dapat membantu mengurangi spasme otot yang menyakitkan, kecemasan, stres, dan ketegangan sehingga klien dapat tidur nyenyak. Antidepresan digunakan untuk mengatasi depresi dan gangguan alam perasaan yang mendasarinya, tetapi dapat juga menguatkan strategi nyeri lainnya.

b. Penatalaksanaan nyeri secara non farmakologi

1) Stimulasi dan Masase Kutaneus

Masase adalah stimulasi kutaneus tubuh secara umum, sering dipusatkan pada punggung dan bahu. Masase tidak secara spesifik menstimulasi reseptor tidak nyeri pada bagian yang sama seperti

reseptor nyeri tetapi dapat mempunyai dampak melalui sistem kontrol desenden. Masase dapat membuat pasien lebih nyaman karena menyebabkan relaksasi otot (Smeltzer dan Bare, 2002).

2) Terapi Es dan Panas

Terapi es dapat menurunkan prostaglandin, yang memperkuat sensitivitas reseptor nyeri dan subkutan lain pada tempat cedera dengan menghambat proses inflamasi. Penggunaan panas mempunyai keuntungan meningkatkan aliran darah ke suatu area dan kemungkinan dapat turut menurunkan nyeri dengan mempercepat penyembuhan. Baik terapi es maupun terapi panas harus digunakan dengan hati-hati dan dipantau dengan cermat untuk menghindari cedera kulit (Smeltzer dan Bare, 2002).

3) Transcutaneous Electric nerve Stimulation

Transcutaneous electric nerve stimulation (TENS) menggunakan unit yang dijalankan oleh baterai dengan elektroda yang dipasang pada kulit untuk menghasilkan sensasi kesemutan, menggetar atau mendengung pada area nyeri. TENS dapat digunakan baik untuk nyeri akut maupun nyeri kronis (Smeltzer dan Bare, 2002).

4) Distraksi

Distraksi yang mencakup memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain pada nyeri dapat menjadi strategi yang berhasil dan mungkin merupakan mekanisme yang bertanggung jawab terhadap teknik kognitif efektif lainnya. Seseorang yang kurang menyadari adanya nyeri atau memberikan sedikit perhatian pada nyeri akan

sedikit terganggu oleh nyeri dan lebih toleransi terhadap nyeri. Distraksi diduga dapat menurunkan persepsi nyeri dengan menstimulasi sistem kontrol desenden, yang mengakibatkan lebih sedikit stimuli nyeri yang ditransmisikan ke otak (Smeltzer dan Bare, 2002).

5) Teknik Relaksasi

Relaksasi otot skeletal dipercaya dapat menurunkan nyeri dengan merilekskan ketegangan otot yang menunjang nyeri. Hampir semua orang dengan nyeri kronis mendapatkan manfaat dari metode relaksasi. Periode relaksasi yang teratur dapat membantu untuk melawan kelelahan dan ketegangan otot yang terjadi dengan nyeri kronis dan yang meningkatkan nyeri (Smeltzer dan Bare, 2002).

6) Imajinasi Terbimbing

Imajinasi terbimbing adalah menggunakan imajinasi seseorang dalam suatu cara yang dirancang secara khusus untuk mencapai efek positif tertentu. Sebagai contoh, imajinasi terbimbing untuk relaksasi dan meredakan nyeri dapat terdiri atas menggabungkan napas berirama lambat dengan suatu bayangan mental relaksasi dan kenyamanan (Smeltzer dan Bare, 2002).

7) Hipnosis

Hipnosis efektif dalam meredakan nyeri atau menurunkan jumlah analgesik yang dibutuhkan pada nyeri akut dan kronis. Keefektifan hipnosis tergantung pada kemudahan hipnotik individu.

2.4 Terapi Murottal

2.4.1 Definisi murottal

Murottal adalah rekaman suara Al-qur'an yang dilagukan oleh seorang qori (pembaca Al-qur'an) (Siswantinah, 2011). Murottal juga dapat diartikan sebagai lantunan ayat-ayat suci Al-qur'an yang dilagukan oleh seorang qori (pembaca Al-qur'an), direkam dan diperdengarkan dengan tempi yang lambat serta harmonis (Purna, 2006). Murottal merupakan salah satu musik yang memiliki pengaruh positif bagi pendengarnya (Widayarti, 2011). Mendengarkan ayat-ayat Al-qur'an yang dibacakan secara tartil dan benar, akan mendatangkan ketenangan jiwa. Lantunan ayat-ayat Al-qur'an secara fisik mengandung unsur-unsur manusia yang meruoakan instrumen penyembuhan dan alat yang paling mudah dijangkau. Suara dapat menurunkan hormon-hormon stress, mengaktifkan hormon endofrin alami, meningkatkan perasaan rileks, memperbaiki sistem kimia tubuh sehingga menurunkan tekanan darah serta memperlambat pernafasan, detak jantung, denyut nadi dan aktivitas gelombang otak (Heru, 2008).

2.4.2 Manfaat Terapi Murottal

Heru (2008) mengemukakan bahwa lantunan Al-qur'an secara fisik mengandung unsur suara manusia, sedangkan suara manusia merupakan instrumen penyembuhan yang menakjubkan dan alat yang paling mudah dijangkau. Suara dapat menurunkan hormon-hormon endofrin alami,meningkat perasaan rileks, mengalihkan perhatian, rasa takut, cemas dan tegang, memperbaiki sistem kimia tubuh sehingga menurunkan

tekanan darah serta memperlambat pernafasan, detak jantung, denyut nadi, dan aktivitas gelombang otak.

Murottal (ayat-ayat Al-qur'an) yang dibacakan dengan tartil mempunyai beberapa manfaat antara lain:

- a. Memberikan rasa rileks (Upoyo, 2012)
- b. Meningkatkan rasa rileks (Heru, 2012)
- c. Terapi murottal (membaca Al-qur'an) dapat menyebabkan otak memancarkan gelombang theta yang menimbulkan rasa tenang (Assegaf, 2013)
- d. Memberikan perubahan fisiologis (Siswantinah, 2011)
- e. Terapi murottal (membaca Al-qur'an) secara teratur adalah obat nomor satu dalam menyembuhkan kecemasan (Gray, 2010).

2.4.3 Prosedur Terapi Murottal

Terapi murottal tidak selalu membutuhkan kehadiran ahli terapi, walau mungkin membutuhkan bantuannya saat mengawali terapi murottal. Berikut ini beberapa dasar terapi murottal yang dapat anda gunakan untuk melakukannya (Potter, 2005).

- a. Pilih ayat yang akan diputar.
- b. Gunakan earphone supaya tidak mengganggu klien atau staf yang lain dan membantu klien berkonsentrasi pada murottal.
- c. Instruksikan klien untuk mendalami murottal tersebut: "Nikmati setiap lantunan ayat yang didengar".
- d. Pastikan tombol control di radio atau pesawat tape mudah ditekan, dimanipulasi, dan dibedakan

- e. Minta klien berkonsentrasi pada murottal yang didengarkan dan mengikuti irama dengan baik.
- f. Hindari interupsi yang diakibatkan cahaya yang remang-remang dan menutup gorden atau pintu
- g. Tinggalkan klien sendirian ketika mereka mendengarkan murottal.
- h. Murottal harus didengarkan minimal 15 menit supaya dapat memberikan efek terapeutik.

Asuhan Keperawatan Teoritis Fraktur Tibia Fibula

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya. Kegiatan dalam pengkajian adalah pengumpulan data (*Rahmah, Nikmatur dan Saiful walid. 2009*) :

a. Biodata Klien

Identitas klien meliputi : nama, umur, jenis kelamin perlu dikaji karena biasanya laki-laki lebih rentan terhadap terjadinya fraktur akibat kecelakaan bermotor, pendidikan, pekerjaan, agama, suku/bangsa, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, diagnosa medis, nomor medrek dan alamat. Identitas penanggung jawab meliputi : nama, umur, pekerjaan, agama, pendidikan, suku/bangsa, alamat, hubungan dengan klien.

b. Keluhan utama

Keluhan utama adalah alasan klien masuk rumah sakit yang dirasakan saat dilakukan pengkajian yang ditulis dengan singkat dan jelas, dua atau tiga kata yang merupakan keluhan yang membuat klien meminta bantuan pelayanan kesehatan.

c. Riwayat Kesehatan Sekarang

Merupakan penjelasan dari permulaan klien merasakan keluhan sampai dengan dibawa ke rumah sakit dan pengembangan dari keluhan utama dengan menggunakan PQRST.

P (*Provokative/Palliative*) : apa yang menyebabkan gejala bertambah berat dan apa yang dapat mengurangi gejala.

Q (Quality/Quantity) : bagaimana gejala dirasakan klien dan sejauh mana gejala dirasakan.

R (Region/Radiation) : dimana gejala dirasakan ? apakah menyebar? apa yang dilakukan untuk mengurangi atau menghilangkan gejala tersebut ?

S (Saferity/Scale) : seberapa tingkat keparahan gejala dirasakan? Pada skala berapa?

T (Timing) : berapa lama gejala dirasakan ? kapan tepatnya gejala mulai dirasakan.

d. Riwayat Kesehatan Dahulu

Tanyakan mengenai masalah-masalah seperti adanya riwayat trauma, riwayat penyakit tulang seperti osteoporosis, osteomalacia, osteomielitis, gout ataupun penyakit metabolisme yang berhubungan dengan tulang seperti diabetes mellitus (lapar terus-menerus, haus dan kencing terus-menerus), gangguan tiroid dan paratiroid.

e. Riwayat Kesehatan Keluarga

Hal yang perlu dikaji adalah apakah dalam keluarga klien terdapat penyakit keturunan ataupun penyakit menular dan penyakit - penyakit yang karena lingkungan yang kurang sehat yang berdampak negatif pada kesehatan anggota keluarga termasuk klien.

f. Riwayat psikososial spiritual

Merupakan respon emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya dan peran klien dalam keluarga dan masyarakat serta respon atau

pengaruhnya dalam kehidupan sehari-hari baik dalam keluarga/masyarakat.

g. Pola persepsi dan konsep diri

Dampak yang timbul pada klien fraktur yaitu timbul ketakutan akan kecemasan akibat frakturnya, rasa cemas, rasa ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas secara optimal, dan pandangan terhadap dirinya yang salah.

h. Pola Aktivitas Sehari-hari

1) Pola Nutrisi

Kebiasaan makan klien sehari-hari dan kebiasaan makan-makanan yang mengandung kalsium yang sangat berpengaruh dalam proses penyembuhan tulang dan kebiasaan minum klien sehari-hari, meliputi frekwensi, jenis, jumlah dan masalah yang dirasakan.

2) Pola Eliminasi

Kebiasaan BAB dan BAK klien, apakah berpengaruh terhadap perubahan sistem tubuhnya yang disebabkan oleh fraktur.

3) Pola Istirahat Tidur

Kebiasaan klien tidur sehari-hari, apakah terjadi perubahan setelah mengalami fraktur. Semua pasien fraktur mengalami rasa nyeri, keterbatasan gerak, sehingga hal ini dapat mengganggu tidur pasien.

4) Personal Hygiene

Kebiasaan mandi, cuci rambut, gosok gigi dan memotong kuku perlu dikaji sebelum klien sakit dan setelah klien dirawat di rumah sakit.

5) Pola Aktivitas

Sejauh mana klien mampu beraktivitas dengan kondisinya saat ini dan kebiasaan klien berolah raga sewaktu masih sehat.

i. Pemeriksaan fisik

Dilakukan dengan menggunakan teknik inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi terhadap berbagai sistem tubuh.

1) Keadaan Umum

Klien yang mengalami immobilisasi perlu dilihat dalam hal penampilan, postur tubuh, kesadaran, gaya berjalan, kelemahan, kebersihan dirinya dan berat badannya

2) Sistem Pernafasan

Bentuk hidung, ada atau tidaknya sekret, PCH (Pernafasan Cuping Hidung), kesimetrisan dada dan pernafasan, suara nafas dan frekwensi nafas. Pengaturan pergerakan pernafasan akan mengakibatkan adanya retraksi dada akibat kehilangan koordinasi otot. Ekspansi dada menjadi terbatas karena posisi berbaring akibatnya ventilasi paru menurun sehingga dapat menimbulkan atelektasis. Akumulasi sekret pada saluran pernafasan mengakibatkan terjadinya penurunan efisiensi silia yang dapat menyebabkan pembersihan jalan nafas yang tidak efektif.

Kelemahan pada otot pernafasan akan menimbulkan mekanisme batuk tidak efektif.

3) Sistem Kardiovaskuler

Warna konjungtiva pada fraktur, terutama fraktur terbuka akan terlihat pucat dikarenakan banyaknya perdarahan yang keluar dari luka, terjadi peningkatan denyut nadi karena pengaruh metabolik, endokrin dan mekanisme keadaan yang menghasilkan adrenergik sereta selain itu peningkatan denyut jantung dapat diakibatkan pada klien immobilisasi. Orthostatik hipotensi biasa terjadi pada klien immobilisasi karena kemampuan sistem syaraf otonom untuk mengatur jumlah darah kurang. Rasa pusing saat bangun bahkan dapat terjadi pingsan, terdapat kelemahan otot. Ada tidaknya peningkatan JVP (*Jugular Vena Pressure*), bunyi jantung serta pengukuran tekanan darah. Pada daerah perifer ada tidaknya oedema dan warna pucat atau sianosis

4) Sistem Pencernaan

Keadaan mulut, gigi, bibir, lidah, kemampuan menelan, peristaltik usus dan nafsu makan. Pada klien fraktur dan dislokasi biasanya diindikasikan untuk mengurangi pergerakan (immobilisasi) terutama pada daerah yang mengalami dislokasi hal ini dapat mengakibatkan klien mengalami konstipasi.

5) Sistem Genitourinaria

Ada tidaknya pembengkakan dan nyeri daerah pinggang, palpasi vesika urinaria untuk mengetahui penuh atau tidaknya, kaji alat

genitourinaria bagian luar ada tidaknya benjolan, lancar tidaknya pada saat klien miksi serta warna urine. Pada klien fraktur dan dislokasi biasanya untuk sementara waktu jangan dulu turun dari tempat tidur, dimana hal ini dapat mengakibatkan klien harus BAK ditempat tidur memaskai pispot sehingga hal ini menambah terjadinya susah BAK karena klien tidak terbiasa dengan hal tersebut.

6) Sistem Muskuloskeletal

Derajat Range Of Motion pergerakan sendi dari kepala sampai anggota gerak bawah, ketidaknyamanan atau nyeri ketika bergerak, toleransi klien waktu bergerak dan observasi adanya luka pada otot akibat fraktur terbuka, tonus otot dan kekuatan otot. Pada klien fraktur dan dislokasi dikaji ada tidaknya penurunan kekuatan, masa otot dan atropi pada otot. Selain itu dapat juga ditemukan kontraktur dan kekakuan pada persendian.

7) Sistem Integumen

Keadaan kulit, rambut dan kuku. Pemeriksaan kulit meliputi tekstur, kelembaban, turgor, warna dan fungsi perabaan. Pada klien fraktur dan dislokasi yang immobilisasi dapat terjadi iskemik dan nekrosis pada jaringan yang tertekan, hal ini dikarenakan aliran darah terhambat sehingga penyediaan nutrisi dan oksigen menurun.

8) Sistem Persyarafan

Mengkaji fungsi serebral, fungsi syaraf cranial, fungsi sensorik dan motorik serta fungsi refleks.

2. Diagnosa Keperawatan

- a) Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan agen injuri fisik (fraktur)
- b) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang
- c) Gangguan integritas kulit berhubungan dengan gesekan fragmen tulang
- d) Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan

3. Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
1	<p>Nyeri</p> <p>Definisi :</p> <p>Sensori yang tidak menyenangkan dan pengalaman emosional yang muncul secara aktual atau potensial kerusakan jaringan atau menggambarkan adanya kerusakan (Asosiasi Studi Nyeri Internasional): serangan mendadak atau pelan intensitasnya dari ringan sampai berat yang dapat diantisipasi dengan akhir yang dapat diprediksi dan dengan durasi kurang dari 6 bulan.</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Laporan secara verbal atau non verbal b) Fakta dari observasi c) Posisi antalgic untuk menghindari nyeri d) Gerakan melindungi e) Tingkah laku berhati-hati f) Muka topeng g) Gangguan tidur 	<p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Pain Level, 2) Pain control, 3) Comfort level <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) 2) Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri 3) Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) 4) Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang 5) Tanda vital dalam rentang normal 	<p>NIC :</p> <p>Pain Management</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi 2) Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan 3) Gunakan tehnik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien 4) Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri 5) Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau 6) Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau 7) Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan 8) Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan 9) Kurangi faktor presipitasi nyeri 10) Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan interpersonal) 11) Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi 12) Ajarkan tentang teknik non

	<p>(mata sayu, tampak capek, sulit atau gerakan kacau, menyeringai)</p> <p>h) Terfokus pada diri sendiri</p> <p>i) Fokus menyempit (penurunan persepsi waktu, kerusakan proses berpikir, penurunan interaksi dengan orang dan lingkungan)</p> <p>j) Tingkah laku distraksi, contoh : jalan-jalan, menemui orang lain dan/atau aktivitas, aktivitas berulang-ulang)</p> <p>k) Respon autonom (seperti diaphoresis, perubahan tekanan darah, perubahan nafas, nadi dan dilatasi pupil)</p> <p>l) Perubahan autonomic dalam tonus otot (mungkin dalam rentang dari lemah ke kaku)</p> <p>m) Tingkah laku ekspresif (contoh : gelisah, merintih, menangis, waspada, iritabel, nafas panjang/berkeluh kesah)</p> <p>n) Perubahan dalam nafsu makan dan minum</p> <p>Faktor yang</p>		<p>farmakologi</p> <p>13) Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri</p> <p>14) Evaluasi keefektifan kontrol nyeri</p> <p>15) Tingkatkan istirahat</p> <p>16) Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil</p> <p>17) Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri</p> <p>Analgesic Administration</p> <p>1) Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat</p> <p>2) Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi</p> <p>3) Cek riwayat alergi</p> <p>4) Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu</p> <p>5) Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri</p> <p>6) Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal</p> <p>7) Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur</p> <p>8) Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali</p> <p>9) Berikan analgesik tepat</p>
--	--	--	--

	berhubungan : Agen injuri (biologi, kimia, fisik, psikologis)		waktu terutama saat nyeri hebat 10) Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala (efek samping)
2	Resiko infeksi Definisi : Peningkatan resiko masuknya organisme patogen Faktor-faktor resiko : a) Prosedur Infasif b) Ketidacukupan pengetahuan untuk menghindari paparan patogen c) Trauma d) Kerusakan jaringan dan peningkatan paparan lingkungan e) Ruptur membran amnion f) Agen farmasi (imunosupresan) g) Malnutrisi h) Peningkatan paparan lingkungan patogen i) Imonusupresi j) Ketidakadekuatan imum buatan k) Tidak adekuat pertahanan sekunder (penurunan Hb, Leukopenia, penekanan respon	NOC : 1) Immune Status 2) Knowledge : Infection control 3) Risk control Kriteria Hasil : 1) Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi 2) Mendeskripsikan proses penularan penyakit, factor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya, 3) Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi 4) Jumlah leukosit dalam batas normal 5) Menunjukkan perilaku hidup sehat	NIC : Infection Control (Kontrol infeksi) 1) Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain 2) Pertahankan teknik isolasi 3) Batasi pengunjung bila perlu 4) Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien 5) Gunakan sabun antimikrobia untuk cuci tangan 6) Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan 7) Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung 8) Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat 9) Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dengan petunjuk umum 10) Gunakan kateter intermiten untuk menurunkan infeksi kandung kencing 11) Tingkatkan intake nutrisi 12) Berikan terapi antibiotik bila perlu Infection Protection (proteksi terhadap infeksi) 1) Monitor tanda dan gejala

	<p>inflamasi)</p> <p>l) Tidak adekuat pertahanan tubuh primer (kulit tidak utuh, trauma jaringan, penurunan kerja silia, cairan tubuh statis, perubahan sekresi pH, perubahan peristaltik)</p> <p>m) Penyakit kronik</p>		<p>infeksi sistemik dan local</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) Monitor hitung granulosit, WBC 3) Monitor kerentanan terhadap infeksi 4) Batasi pengunjung 5) Saring pengunjung terhadap penyakit menular 6) Pertahankan teknik aspesis pada pasien yang beresiko 7) Pertahankan teknik isolasi k/p 8) Berikan perawatan kulit pada area epidema 9) Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase 10) Inspeksi kondisi luka / insisi bedah 11) Dorong masukkan nutrisi yang cukup 12) Dorong masukan cairan 13) Dorong istirahat 14) Instruksikan pasien untuk minum antibiotik sesuai resep 15) Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi 16) Ajarkan cara menghindari infeksi 17) Laporkan kecurigaan infeksi 18) Laporkan kultur positif
3	<p>Gangguan mobilitas fisik Berhubungan dengan :</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Gangguan metabolisme sel b) Keterlambatan perkembangan c) Pengobatan d) Kurang support lingkungan e) Keterbatasan ketahanan 	<p>NOC :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Joint Movement : Active 2) Mobility Level 3) Self care : ADLs 4) Transfer performance <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien meningkat dalam aktivitas fisik 2) Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas 3) Memverbalisasikan 	<p>NIC :</p> <p>Exercise therapy :</p> <p>ambulation</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Monitoring vital sign sebelum/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan 2) Konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai dengan kebutuhan

<p>kardiovaskuler</p> <p>f) Kehilangan integritas struktur tulang</p> <p>g) Terapi pembatasan gerak</p> <p>h) Kurang pengetahuan tentang kegunaan pergerakan fisik</p> <p>i) Indeks massa tubuh diatas 75 tahun percentil sesuai dengan usia</p> <p>j) Kerusakan persepsi sensori</p> <p>k) Tidak nyaman, nyeri</p> <p>l) Kerusakan muskuloskeletal dan neuromuskuler</p> <p>m) Intoleransi aktivitas/penurunan kekuatan dan stamina</p> <p>n) Depresi mood atau cemas</p> <p>o) Kerusakan kognitif</p> <p>p) Penurunan kekuatan otot, kontrol dan atau masa</p> <p>q) Keengganan untuk memulai gerak</p> <p>r) Gaya hidup yang menetap, tidak digunakan, deconditioning</p> <p>s) Malnutrisi selektif atau umum</p> <p>DO:</p> <p>a) Penurunan waktu reaksi</p> <p>b) Kesulitan merubah posisi</p> <p>c) Perubahan gerakan</p>	<p>perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah</p> <p>4) Memperagakan penggunaan alat Bantu untuk mobilisasi (walker)</p>	<p>3) Bantu klien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dan cegah terhadap cedera</p> <p>4) Ajarkan pasien atau tenaga kesehatan lain tentang teknik ambulasi</p> <p>5) Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi</p> <p>6) Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai kemampuan</p> <p>7) Dampingi dan Bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADL.</p> <p>8) Berikan alat Bantu jika klien memerlukan.</p> <p>9) Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan</p>
---	--	--

	<p>(penurunan untuk berjalan, kecepatan, kesulitan memulai langkah pendek)</p> <p>d) Keterbatasan motorik kasar dan halus</p> <p>e) Keterbatasan ROM</p> <p>f) Gerakan disertai nafas pendek atau tremor</p> <p>g) Ketidak stabilan posisi selama melakukan ADL</p> <p>h) Gerakan sangat lambat dan tidak terkoordinasi</p>		
4	<p>Kerusakan integritas kulit Berhubungan dengan :</p> <p>Eksternal:</p> <p>a) Hipertermia atau hipotermia</p> <p>b) Substansi kimia</p> <p>c) Kelembaban</p> <p>d) Faktor mekanik (misalnya : alat yang dapat menimbulkan luka, tekanan, restraint)</p> <p>e) Immobilitas fisik</p> <p>f) Radiasi</p> <p>g) Usia yang ekstrim</p> <p>h) Kelembaban kulit</p> <p>i) Obat-obatan</p> <p>Internal :</p> <p>a) Perubahan status metabolik</p> <p>b) Tonjolan tulang</p> <p>c) Defisit imunologi</p> <p>d) Berhubungan dengan dengan</p>	<p>NOC :</p> <p>1) Tissue Integrity : Skin and Mucous Membranes</p> <p>2) Wound Healing : primer dan sekunder</p> <p>Kriteria hasil:</p> <p>1) Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, temperatur, hidrasi, pigmentasi)</p> <p>2) Tidak ada luka/lesi pada kulit</p> <p>3) Perfusi jaringan baik</p> <p>4) Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya sedera berulang</p> <p>5) Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami</p>	<p>NIC : Pressure Management</p> <p>1) Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar</p> <p>2) Hindari kerutan pada tempat tidur</p> <p>3) Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering</p> <p>4) Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali</p> <p>5) Monitor kulit akan adanya kemerahan</p> <p>6) Oleskan lotion atau minyak/baby oil pada daerah yang tertekan</p> <p>7) Monitor aktivitas dan mobilisasi pasien</p> <p>8) Monitor status nutrisi pasien</p> <p>9) Memandikan pasien dengan sabun dan air hangat</p> <p>10) Kaji lingkungan dan</p>

	<p>perkembangan</p> <p>e) Perubahan sensasi</p> <p>f) Perubahan status nutrisi (obesitas, kekurangan)</p> <p>g) Perubahan status cairan</p> <p>h) Perubahan pigmentasi</p> <p>i) Perubahan sirkulasi</p> <p>j) Perubahan turgor (elastisitas kulit)</p> <p>DO:</p> <p>a) Gangguan pada bagian tubuh</p> <p>b) Kerusakan lapisan kulit (dermis)</p> <p>c) Gangguan permukaan kulit (epidermis)</p>	<p>6) Menunjukkan terjadinya proses penyembuhan luka</p>	<p>peralatan yang menyebabkan tekanan</p> <p>11) Observasi luka : lokasi, dimensi, kedalaman luka, karakteristik, warna cairan, granulasi, jaringan nekrotik, tanda-tanda infeksi lokal, formasi traktus</p> <p>12) Ajarkan pada keluarga tentang luka dan perawatan luka</p> <p>13) Kolaborasi ahli gizi pemberian diae TKTP, vitamin</p> <p>14) Cegah kontaminasi feses dan urin</p> <p>15) Lakukan tehnik perawatan luka dengan steril</p> <p>16) Berikan posisi yang mengurangi tekanan pada luka</p>
5	<p>Gangguan pola tidur</p> <p>Berhubungan dengan:</p> <p>a) Psikologis : usia tua, kecemasan, agen biokimia, suhu tubuh, pola aktivitas, depresi, kelelahan, takut, kesendirian.</p> <p>b) Lingkungan : kelembaban, kurangnya privacy/kontrol tidur, pencahayaan, medikasi (depresan,</p>	<p>NOC:</p> <p>Anxiety Control</p> <p>Comfort Level</p> <p>Pain Level</p> <p>Rest : Extent and Pattern</p> <p>Sleep : Extent and Pattern</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Jumlah jam tidur dalam batas normal 2) Pola tidur, kualitas dalam batas normal 3) Perasaan fresh sesudah tidur/istirahat 4) Mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur 	<p>NIC :</p> <p>Sleep Enhancement</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Determinasi efek-efek medikasi terhadap pola tidur 2) Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat 3) Fasilitasi untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur (membaca) 4) Ciptakan lingkungan yang nyaman 5) Kolaborasi pemberian obat tidur

	<p>stimulan),kebisingan.</p> <p>c) Fisiologis : Demam, mual, posisi, urgensi urin.</p> <p>DS:</p> <p>a) Bangun lebih awal/lebih lambat</p> <p>b) Secara verbal menyatakan tidak fresh sesudah tidur</p> <p>DO :</p> <p>a) Penurunan kemampuan fungsi</p> <p>b) Penurunan proporsi tidur REM</p> <p>c) Penurunan proporsi pada tahap 3 dan 4 tidur.</p> <p>d) Peningkatan proporsi pada tahap 1 tidur</p> <p>e) Jumlah tidur kurang dari normal sesuai usia</p>		
--	--	--	--

4. Implementasi

Implementasi adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan.

5. Evaluasi

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil yang teramati dengan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan.

BAB III
ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. N DENGAN POST OPERASI
ORIF ATAS INDIKASI OPEN FRAKTUR TIBIA FIBULA 1/3 DISTAL
SINISTRA

3.1 Pengkajian

I. Identitas Klien

Nama : Ny N
Tempat/tanggal lahir : Ampang Gadang/ 10 - 12 - 1952
Umur : 65 th 11 bln
Jenis kelamin : Perempuan
Status perkawinan : Kawin
Agama : Islam
Suku : Minang
Pendidikan : SD
Pekerjaan : IRT
Lama bekerja : -
Alamat : Ampang Gadang Tujuh Koto Talago Kec Guguk
Tanggal masuk : 06 – 12 - 2018
Sumber informasi : Pasien dan keluarga
Tanggal pengkajian : 06 – 12 - 2018

Keluarga terdekat yang dapat dihubungi (orang tua/wali,lain-lain) : Anak

Nama : Ny. R
Pendidikan : S1
Pekerjaan : Guru
Alamat : Ampang Gadang Tujuh Koto Talago Kec Guguk,
Sumatera Barat

II. Status kesehatan saat ini

1. Keluhan utama

Klien mengatakan sedang dibonceng oleh salah satu keluarganya dengan motor, lalu bajunya terlilit rantai motor sehingga klien terjatuh

ke kiri dengan kaki kiri tertimpa motor. Klien mengeluh nyeri pada kaki sebelah kiri, nyeri dirasakan secara terus menerus dan Keluarga langsung membawanya ke RS Suliki Payakumbuh lalu di rujuk ke RSAM masuk melalui IGD dan malam itu ny.N dibawa ke ruangan operasi

2. Riwayat penyakit sekarang

Saat melakukan pengkajian pasien sudah dilakukan post op ORIF hari ke 1, pasien mengatakan terasanyeri terhadap kaki kiri bagian bawah, nyeri di rasakan pada daerah bekas operasi, nyeri dirasakan menusuk dan mendadak skala nyeri 6 nyeri dirasakan sekitar 30 detik. Pasien tidak bisa tidur, pasien sering terbangun saat tidur karena nyeri terhadap kaki kiri bagian bawah dan cahaya lampu yang sangat terang, pasien merasa letih dan lemah, pasien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitas, aktivitas pasien di bantu keluarga dan perawat. Pasien mengatakan tidak ada mual dan muntah.

3. Diagnosa medik

Post debridemen + orif p/s left distal tibia fibula tanggal 06 Desember 2018

4. Riwayat penyakit dahulu

1) Penyakit yang pernah dialami ny.N

a) Kanak-kanak

Sewaktu kecil Ny.N tidak pernah mempunyai penyakit yang parah dan sama seperti sekarang, hanya demam biasa itu pun dibawa ke puskesmas saja tidak sampai dirawat.

b) Kecelakaan

Ny N mengatakan baru sekali ini terjadi kecelakaan motor dengan kaki kiri patah dan harus dirawat.

c) Pernah dirawat

Sebelumnya Ny N tidak pernah dirawat dengan penyakit kronis lainnya.

2) Alergi

Ny N mengatakan tidak memiliki riwayat alergi pada makanan ataupun obat-obatan.

3) Imunisasi

Ny N mengatakan sewaktu kecil imunisasi nya tidak lengkap dan Ny N juga tidak ingat imunisasi apa yang belum lengkap.

4) Kebiasaan

Ny N mengatakan tidak memiliki kebiasaan merokok, minum alkohol tapi sebelum sakit Ny N memiliki kebiasaan minum kopi tetapi sekarang sudah jarang mengkonsumsinya.

5) Obat-obatan

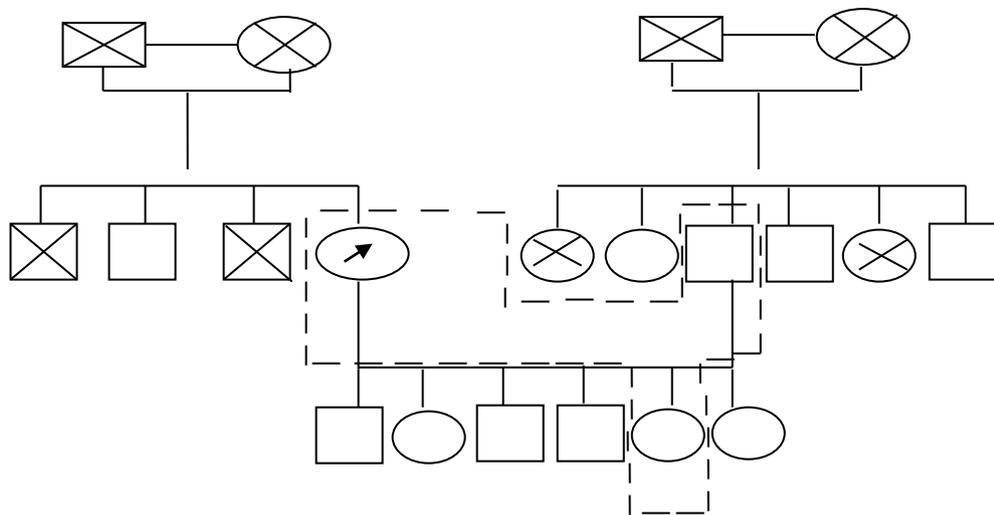
Ny N sebelumnya mengkonsumsi obat di warung saja apabila mengalami gejala demam, batuk dan pilek serta sakit kepala.

5. Riwayat kesehatan keluarga

1) Riwayat penyakit keluarga

Ny N mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit keturunan dan keluarga Ny N juga tidak pernah mengalami penyakit yang sama dengan Ny N sekarang ini.

2) Genogram



Keterangan:

- | | |
|---|--|
|  = Laki-laki |  = Laki-laki yang telah Meninggal |
|  = Perempuan |  = Perempuan yang telah meninggal |



= Pasien

— — — = Tinggal serumah

III. Data aktifitas sehari-hari

No	Aktivitas	Dirumah	Di Rumah Sakit
1	Pola nutrisi dan cairan	Sewaktu dirumah - Frekuensi makan Ny N yaitu 2-3 kali dalam sehari. - Minum air bisa dalam sehari 7-8 gelas perhari terkadang lebih. - Ny N makan tidak pilih - pilih. Nafsu makan sewaktu dirumah sangat baik. - BB = 45 kg TB= 150 cm.	Sewaktu di rumah sakit - Frekuensi makan Ny N yaitu 3 kali sehari - Diet diatur oleh gizi selama di rumah sakit yaitu MB. - Ny N hanya menghabiskan 1/4 porsi makanannya.
2	Pola eliminasi	a. BAB - Sewaktu di rumah BAB Ny N lancar dan normal. - Frekuensi 1 kali dalam sehari dan warnanya kuning. b. BAK - Sewaktu dirumah frekuensi BAK Ny N 5-6 kali sehari, dan warnanya kadang jernih kadang kuning pekat. - Output yang keluar sekitar 500 cc perhari.	a. BAB Sewaktu di rumah sakit Ny. N bab 1x sehari yaitu pada pagi hari b. BAK - Sewaktu dirumah sakit Ny. N BAK 5x sehari dengan warna kuning. - Ny N tidak dipasang kateter.
3	Pola tidur dan istirahat	Sewaktu dirumah - Dirumah waktu tidur Ny.N yaitu 7-8 jam/hari . - Ny.N tidak memiliki kebiasaan pengantar tidur.	Sewaktu dirumah sakit - Dirumah sakit Ny.N tidur sejam dan terbangun karena nyeri - Dirumah sakit Ny N tidak memiliki pengantar untuk tidur.

Pola aktivitas dan latihan

Pola aktivitas : Saat dirumah Ny N melakukan aktivitas sendiri.

Ketika dirumah sakit semua aktifitas Ny.N dibantu oleh keluarga yaitu anak-anaknya karena kondisi Ny N yang

lemah. Kesulitan dalam hal pergerakan tubuh dan terasa nyeri pada kaki kiri ketika digerakkan.

Pola latihan : Ny N jarang melakukan olahraga tetapi Ny N melakukan merajut disaat mengisi waktu luang nya.

Dirumah sakit Ny. N tidak ada melakukan latihan

IV. Data psikososial

1. Pola pikir

Ny N tidak memakai kaca mata, tidak memakai alat bantu pendengaran.

2. Persepsi diri

Hal yang dipikirkan Ny N saat ini yaitu ingin pulang dan bisa beraktivitas kembali seperti biasanya walaupun dengan kondisi kaki kiri sakit. Harapan setelah menjalani perawatan yaitu Ny N ingin kejadian kecelakaan ini tidak terulang lagi dan tidak mau dirawat lagi dirumah sakit serta tidak ada lagi tambahan penyakit lain.

3. Hubungan/ komunikasi

a. Bicara

Bahasa utama yang digunakan Ny N yaitu bahasa minang dan bisa dimengerti orang lain.

b. Tempat tinggal

Tempat tinggal Ny.N jauh dari jalan raya, Ny. N memiliki tetangga yang ramah dilingkungan tempat tinggalnya.

c. Kehidupan keluarga

Kehidupan ekonomi keluarga Ny N berada ditahap menengah keatas. Pembuatan keputusan dalam keluarga yaitu suaminya sendiri. Pola komunikasi dalam keluarga yaitu terbuka, keuangan diatur oleh Ny N dari suami dan terkadang anak-anaknya memberikan uang belanja untuk Ny N.

d. Kesulitan dalam keluarga

Tidak ada kesulitan dalam keluarga

4. Pertahanan koping

Adaptif : Pengambilan keputusan diambil oleh suami. Yang ingin dirubah dari kehidupan Ny N yaitu bisa mengatur pola hidup sehat, yang dilakukan Ny N ketika stres yaitu sholat dan berdoa kepada Allah SWT.

Maladaptif : Ny. N belum bisa menjalani pola hidup sehat

5. Sistem nilai dan kepercayaan

Sumber kekuatan Ny N yaitu Allah SWT dan keluarganya. Kegiatan agama yang dilakukan Ny N yaitu sholat lima waktu dan kadang-kadang mengikuti pengajian.

V. Pemeriksaan fisik

Pengkajian fisik umum tanggal 06 Desember 2018

a. Tingkat kesadaran : Compos mentis E4V5M6

b. Keadaan umum : Sedang

c. TTV

TD : 120/80 mmHg

N : 86 x/i

P : 22 x/i

S : 36,8°C

Pemeriksaan *head to toe*:

a. Kepala

I : Bentuk kepala simetris, rambut terlihat panjang dan beruban

P : Tidak ada teraba benjolan di kepala

b. Mata

I : Mata simetris kiri dan kanan, reaksi pupil terhadap cahaya ada, konjungtiva anemis, klien tidak ada menggunakan kaca mata.

P : Tidak ada teraba benjolan

c. Hidung

I : tidak ada pendarahan hidung, tidak ada cairan dalam hidung, hidung tampak bersih

P : tidak ada teraba benjolan pada hidung

d. Mulut dan tenggorokan

I : Mukosa mulut terlihat lembab, gigi terlihat ompong, tidak ada pemakaian gigi palsu, tidak ada kesulitan dalam menelan.

e. Leher

I : tidak ada pembengkakan pada leher klien, tidak ada kelainan yang ditemukan

P : tidak teraba pembengkakan kelenjar tyroid dan tidak terasa nyeri

f. Dada dan pernafasan

I : Bentuk dada simetris, frekuensi nafas dalam rentang normal, pola nafas teratur

P : tidak ada kelainan yang ditemukan

P : bunyi nafas vesikuler, terdengar disemua lapang paru normal

A : irama teratur, tidak ada suara tambahan yang ditemukan

g. Kardiovaskuler

I : tidak ada distensi vena jugularis, tidak terlihat perubahan warna pada kulit, tidak ada edema

P : ictus cordis tidak teraba, tidak ada nyeri tekan

P : redup

A : suara jantung normal, irama jantung teratur.

h. Abdomen

I : perut datar dan simetris

A : bising usus (+) normal 5-7 x/i

P : tidak ada teraba pembengkakan, tidak ada nyeri tekan dan nyeri lepas

P : tympani

i. Genitouria

I : Ny.N tampak memakai kateter

j. Ekstremitas

Atas : terlihat ditangan sebelah kana pasien terpasang infus dengan cairan RL dengan 20 tetes/menit

Bawah : pasien post operasi, luka tampak dibalut elastis verban, nyeri pada saat bergerak, tampak keluar darah dikaki, pada luka

fraktur terdapat luas luka >2 cm, jari-jari kaki klien masih bisa digerakan.

k. Kulit

I : kulit tampak kering, warna kulit kuning langsung, tidak ada cyanosis, terlihat luka lecet di ekstremitas bawah

l. Neurologis

GCS : 15 (E₄V₆M₅)

KU : Compos mentis

VI. Hasil pemeriksaan penunjang

1. Data laboratorium pada tanggal 06 Desember 2018

No	Pemeriksaan	Hasil	Normal
1	HB	11,7 g/dl	12.0-14.0 g/dl
2	Leukosit	9.700 /ul	5.000-11.000 /ul
3	Hematokrit	33.8 vol%	37- 43 Vol%
4	Trombosit	196.000 /ul	150.000-400.000 /ul
5	Pt	14.0	11-16
6	APTT	22.0	20-40
7	INR	0.97	

2. Data Rongen

Hasil rongen terlampir dimana cruris (s) tampak garis fraktur pada os tibia fibula 1/3 distal.

3. Therapy

Nama obat	Dosis	Indikasi	Efek samping
Ceftriaxon	2x1	Infeksi saluran nafas, infeksi saluran kemih, infeksi tulang, sendi, dan jaringan lunak infeksi intra abdomen.	Nyeri tenggorokan, nyeri perut, mual muntah, merasa lemah
Ketorolac	2x1	Nyeri akut, penanganan nyeri setelah operasi	Sakit perut, mual muntah ringan, konstipasi, nyeri perut, kembung, pusing, skit kepala.
Ranitidin	2x1	Anti nyeri, asam lambung, tukak lambung	Sakit kepala, sulit BAB, diare, mual. Nyeri perut, gatal-gatal pada kulit.

Data fokus

DS:

1. Pasien mengatakan nyeri pada kaki kiri bawah saat digerakkan.
2. Pasien mengatakan nyeri seperti menusuk dan datang secara tiba-tiba
3. Pasien mengatakan nyeri dirasakan pada kaki kiri bagian bawah, pasien juga mengatakan menghilangkan gejala nyeri tersebut hanya menarik nafas.
4. Pasien mengatakan tingkat nyeri pada kaki kirinya adalah nyeri sedang dengan skala 6.
5. Pasien mengatakan gejala timbul nyeri ketika kaki digerakkan atau digeserkan, nyeri dirasakan sekitar 30 detik.
6. Pasien mengatakan nyeri pada kaki kiri bagian bawah
7. Pasien mengatakan sulit menggerakkan kaki kiri
8. Pasien mengatakan darah keluar pada kaki kirinya.
9. Pasien mengatakan sulit untuk tidur
10. Pasien mengatakan badanya terasa lemah dan letih
11. Pasien mengatakan semua aktivitas dibantu keluarga
12. Pasien mengatakan tidurnya terganggu karena nyeri
13. Pasien mengatakan nyeri terasa seperti diremas remas

DO :

1. Pasien tampak meringis menahan nyeri
2. Skala nyeri 6 yaitu tingkat nyeri sedang
3. Gerakkan pasien tampak terbatas
4. Nyeri tampak mengganggu aktivitas pasien
5. Pasien tampak lemah dan letih
6. Mata pasien tampak sayu
7. Tampak keluar darah pada kaki kiri pasien
8. Pasien tampak hanya berbaring ditempat tidur
9. TD : 120/80 mmhg, Nadi : 86x/i
10. Pernafasan : 22x/i, Suhu : 36,8°C
11. HB : 11,7 g/dl
12. Leukosit : 9.700/ μ

Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	<p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien mengatakan nyeri pada kaki kiri bawah saat digerakkan. 2) Pasien mengatakan nyeri seperti menusuk dan datang secara tiba-tiba 3) Pasien mengatakan gejala timbul nyeri ketika kaki digerakkan atau digeserkan, nyeri dirasakan sekitar 30 detik. <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien tampak meringis menahan nyeri 2) Skala nyeri 6 3) Tingkat nyeri sedang 4) Nadi : 86x/i 	Post op ORIF	Gangguan rasa nyaman nyeri
2	<p>Ds:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien mengatakan sulit menggerakkan kaki kiri 2) Pasien mengatakan badanya terasa lemah 3) Pasien mengatakan semua aktivitas dibantu keluarga <p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Gerakkan pasien tampak terbatas 2) Nyeri tampak mengganggu aktivitas pasien 3) Pasien tampak hanya berbaring ditempat tidur 	Kerusakan integritas struktur tulang	Gangguan mobilitas fisik
3	<p>Ds:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien mengatakan tidurnya terganggu karena nyeri 2) Pasien mengatakan tidurnya terganggu karena cahaya lampu yang terang. 3) Pasien mengatakan sulit untuk tidur 	Hambatan lingkungan	Gangguan pola tidur

	<p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien tampak lemah, mata terlihat sayu 2) Pasien tampak hanya berbaring ditempat tidur 3) Frekuensi tidur sejam dan terbangun karena nyeri 		
4	<p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien mengatakan cemas dengan keadaan saat ini 2) Pasien mengatakan sulit tidur 3) Pasien mengatakan cemas dengan kondisi lukanya 4) Pasien mengatakan badan terasa lemah dan letih <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien tampak cemas 2) Tingkat kecemasan ringan 3) Pasien banyak bertanya tentang kondisi lukanya. 4) Skala kecemasan 14 5) Mata klien tampak sayu 6) TD : 120/80 mmhg, nadi : 86x/i, pernafasan : 22x/i, suhu : 36,8°C 	Kurang terpaparnya informasi	Ansietas

3.2 Diagnosa yang diangkat

1. Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan agen injuri (fraktur)
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan
4. Ansietas berhubungan dengan kurangnya informasi

3.3 Intervensi keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
1	<p>Nyeri</p> <p>Definisi :</p> <p>Sensori yang tidak menyenangkan dan pengalaman emosional yang muncul secara aktual atau potensial kerusakan jaringan atau menggambarkan adanya kerusakan (Asosiasi</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <p>a) Laporan secara verbal atau non verbal</p> <p>b) Fakta dari observasi</p> <p>c) Posisi antalgic untuk menghindari nyeri</p> <p>d) Gangguan tidur (mata sayu, tampak capek, sulit atau gerakan kacau, menyeringai)</p> <p>e) Respon autonom (seperti diaphoresis, perubahan tekanan darah, perubahan nafas, nadi dan dilatasi pupil)</p> <p>f) Perubahan autonomic dalam tonus otot (mungkin dalam rentang dari lemah ke kaku)</p> <p>g) Tingkah laku ekspresif (contoh : gelisah, merintih, menangis, waspada, iritabel, nafas panjang/berkeluh kesah)</p> <p>h) Perubahan dalam nafsu makan dan minum</p>	<p>NOC :</p> <p>1) Pain Level, 2) Pain control, 3) Comfort level</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>1) Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)</p> <p>2) Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri</p> <p>3) Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)</p> <p>4) Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</p> <p>5) Tanda vital dalam rentang normal</p>	<p>NIC :</p> <p>Pain Management</p> <p>1) Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi</p> <p>2) Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan</p> <p>3) Gunakan tehnik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien</p> <p>4) Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan</p> <p>5) Ajarkan tentang tehnik non farmakologi</p> <p>6) Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri</p> <p>7) Tingkatkan istirahat</p> <p>8) Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil</p> <p>9) Cek riwayat alergi</p> <p>10) Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat</p> <p>11) Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala (efek samping)</p>

	<p>Faktor yang berhubungan :</p> <p>Agen injuri (biologi, kimia, fisik, psikologis)</p>		
2	<p>Gangguan mobilitas fisik</p> <p>Berhubungan dengan :</p> <ol style="list-style-type: none"> Gangguan metabolisme sel Keterlambatan perkembangan Pengobatan Kurang support lingkungan Keterbatasan ketahanan kardiovaskuler Kehilangan integritas struktur tulang Terapi pembatasan gerak Kurang pengetahuan tentang kegunaan pergerakan fisik Kerusakan persepsi sensori Tidak nyaman, nyeri Kerusakan muskuloskeletal dan neuromuskuler Intoleransi aktivitas/penurunan kekuatan dan stamina Penurunan kekuatan otot, kontrol dan atau masa 	<p>NOC :</p> <ol style="list-style-type: none"> Joint Movement : Active Mobility Level Self care : ADLs Transfer performance <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien meningkat dalam aktivitas fisik Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah Memperagakan penggunaan alat Bantu untuk mobilisasi (walker) 	<p>NIC :</p> <p>Exercise therapy : ambulation</p> <ol style="list-style-type: none"> Monitoring vital sign sebelum/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan Konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai dengan kebutuhan Bantu klien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dan cegah terhadap cedera Ajarkan pasien atau tenaga kesehatan lain tentang teknik ambulasi Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai kemampuan Dampingi dan Bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADL. Berikan alat Bantu jika klien memerlukan. Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan
3.	<p>Gangguan pola tidur</p> <p>berhubungan dengan:</p> <ol style="list-style-type: none"> Psikologis : usia tua, kecemasan, agen biokimia, suhu 	<p>NOC:</p> <p>Anxiety Control Comfort Level Pain Level Rest : Extent and Pattern Sleep : Extent and Pattern</p>	<p>NIC :</p> <p>Sleep Enhancement</p> <ol style="list-style-type: none"> Determinasi efek-efek medikasi terhadap pola tidur Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat

	<p>tubuh, pola aktivitas, depresi, kelelahan, takut, kesendirian.</p> <p>b) Lingkungan : kelembaban, kurangnya privacy/kontrol tidur, pencahayaan, medikasi (depresan, stimulan),kebisingan .</p> <p>c) Fisiologis : Demam, mual, posisi, urgensi urin.</p>	<p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Jumlah jam tidur dalam batas normal 2) Pola tidur,kualitas dalam batas normal 3) Perasaan fresh sesudah tidur/istirahat 4) Mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur 	<ol style="list-style-type: none"> 3) Fasilitasi untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur (membaca) 4) Ciptakan lingkungan yang nyaman 5) Kolaborasi pemberian therapy
4	<p>Kecemasan berhubungan dengan kurang pengetahuan dan hospitalisasi</p> <p>Definisi :</p> <p>Perasaan gelisah yang tak jelas dari ketidaknyamanan atau ketakutan yang disertai respon autonom (summer tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu); perasaan keprihatinan disebabkan dari antisipasi terhadap bahaya. Sinyal ini merupakan peringatan adanya ancaman yang akan datang dan memungkinkan individu untuk mengambil langkah untuk menyetujui terhadap tindakan</p> <p>Ditandai dengan</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Gelisah b) Insomnia c) Resah d) Ketakutan e) Sedih f) Fokus pada diri g) Kekhawatiran h) Cemas 	<p>NOC :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Anxiety control 2) Coping <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas 2) Mengidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukkan tehnik untuk mengontrol cemas 3) Vital sign dalam batas normal 4) Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya kecemasan 	<p>NIC :</p> <p>Anxiety Reduction (penurunan kecemasan)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Gunakan pendekatan yang menenangkan 2) Nyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien 3) Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur 4) Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut 5) Berikan informasi faktual mengenai diagnosis, tindakan prognosis 6) Dorong keluarga untuk menemani anak 7) Lakukan back / neck rub 8) Dengarkan dengan penuh perhatian 9) Identifikasi tingkat kecemasan 10) Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan 11) Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi 12) Instruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi 13) Barikan obat untuk mengurangi kecemasan

3.4 Catatan Perkembangan/ Implementasi

No	Diagnosa	Hari/tanggal	Implementasi	Jam	Evaluasi	Paraf
1	Gangguan rasa nyaman nyeri	Jumat / 07 desember 2018	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji skala nyeri 2. Monitor Td, Nadi, RR,dan Suhu. 3. Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan 4. Ajarkan tentang teknik non farmakologi salah satunya mendengarkan murottal al-quran 5. Memberikan therapy analgetik Yaitu: ceftriaxon, ketorolac dan ranitidin. 	08; 00	<p>S: Pasien mengatakan nyeri pada kaki kiri</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien tampak meringis menahan nyeri, skala nyeri 6. 2) N: 86x/i 3) Cahaya kamar pasien sangat terang 4) Pasien mengerti cara tekni nafas dalam 5) Pasien tampak istirahat <p>A: Masalah belum teratasi P: Intervensi lanjut no 1-5</p>	
2	Gangguan mobilitas fisik	Jumat / 07 desember 2018	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor vital sign 2. Mendampingi dan membantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADL. 3. Mengajarkan pasien teknik ambulas 4. Memberi dukungan kepada pasien untuk tidak menyerah 5. Mendampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADL 	08: 25	<p>S:Pasien mengatakan sulit untuk menggerakkan kaki kirinya.</p> <p>O: Gerakan pasien tampak terbatas</p> <p>A: Masalah belum teratasi P: Intervensi lanjut</p>	
3	Gangguan pola tidur	Jumat / 07 desember 2018	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor TTV pasien 2. Mengidentifikasi yang menyebabkan pola tidur terganggu 3. Memfasilitasi untuk mempertahankan 	08: 45	<p>S:Pasien mengatakan tidurnya terganggu</p> <p>O;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien tampak lemah, mata tampak sayu. 	

			<p>aktivitas sebelum tidur</p> <p>4. Menciptakan lingkungan yang nyaman</p> <p>5. Mengistirahatkan pasien</p>		<p>2) Frekuensi tidur sejam dan terbangun.</p> <p>3) Tidurnya terganggu karena cahaya yang terang</p> <p>4) Pasien tampak istirahat</p> <p>A; Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi lanjut</p>	
4	Ansieta s b.d kurang nya informasi	Jumat / 07 Desember 2018	<p>1. Mengidentifikasi tingkat kecemasan</p> <p>2. Menjelaskan tentang penyakit</p> <p>3. Memberikan informasi mengenai penyakit</p> <p>4. Mengintruksikan pasien untuk relaksasi</p>	09:05	<p>S : pasien mengatakan cemas terhadap penyakitnya</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak cemas - pasien tampak bertanya-tanya soal penyakitnya <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi no 4 dilanjutkan</p>	

No	Diagnosa	Hari/tanggal	Implementasi	Jam	Evaluasi	Paraf
1	Gangguan rasa nyaman nyeri	Sabtu / 08 desember 2018	<p>1. Mengontrol skala nyeri dengan murottal Al-qur'an</p> <p>2. Monitor Td, Nadi, RR,dan Suhu.</p> <p>3. Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan</p> <p>4. Meningkatkan istirahat</p> <p>5. Memberikan therapy analgetik yaitu ceftriaxon, ketorolac, dan ranitidin.</p>	09;15	<p>S:Pasien mengatakan nyeri pada kaki kiri</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien tampak meringis menahan nyeri, skala nyeri 4. 2) N: 82x/i 3) Cahaya kamar pasien sangat terang 4) Pasien mengerti cara tekni nafas dalam 5) Pasien tampak istirahat <p>A: Masalah belum teratasi</p>	

					P: Intervensi lanjut no 1-6	
2	Gangguan mobilitas fisik	Sabtu / 08 desember 2018	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor vital sign 2. Mendampingi dan membantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADL. 3. Mengajarkan pasien teknik ambulasi 4. Memberi dukungan kepada pasien untuk tidak menyerah 5. Mendampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADL 	09:45	<p>S: Pasien mengatakan sulit untuk menggerakkan kaki kirinya.</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Gerakan pasien tampak terbatas 2) TD:110/70mmhg, N: 82x/i, P: 20x/i, S: 36,5°c. <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi lanjut</p>	
3	Gangguan pola tidur	Sabtu / 08 desember 2018	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor TTV pasien 2. Mengidentifikasi yang menyebabkan pola tidur terganggu 3. Memfasilitasi untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur 4. Menciptakan lingkungan yang nyaman 5. Mengistirahatkan pasien 	09:55	<p>S: Pasien mengatakan kurang tidur</p> <p>O;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien tampak lemah, mata tampak sayu. 2) TD:110/70mmhg, N: 82x/i, P: 20x/i, S: 36,5°c. 3) Frekuensi tidur 5-6 jam. 4) Tidurnya terganggu karena cahaya yang terang 5) Pasien tampak istirahat <p>A; Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi lanjut</p>	
4	Ansietas b.d kurangnya informasi	Sabtu / 08 Desember 2018	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi tingkat kecemasan 2. Menjelaskan tentang penyakit 3. Memberikan informasi mengenai penyakit 4. Mengintruksikan pasien untuk relaksasi 	09:05	<p>S : pasien mengatakan cemas terhadap penyakitnya</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak cemas - pasien tampak bertanya-tanya soal penyakitnya <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : intervensi dihentikan</p>	

No	Diagnosa	Hari/ tanggal	Implementasi	Jam	Evaluasi	Paraf
1	Gangguan rasa nyaman nyeri	Minggu/ 09 desember 2018	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengontrol skala nyeri dengan mendengarkan murottal AL-qur'an. 2. Monitor Td, Nadi, RR, dan Suhu. 3. Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan 4. Meningkatkan istirahat 5. Mengajarkan pasien teknik relaksasi nafas dalam atau pengalihan rasa nyeri. 6. Memberikan terapi anestetik yaitu: ceftriaxon, ketorolac, dan ranitidin. 	08:20	<p>S: Pasien mengatakan nyeri kaki kiri sudah mulai berkurang</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien tidak tampak meringis tidak menahan nyeri, skala nyeri 3. 2) TD: 120/80mmhg, N: 85x/i, P: 20x/i, S: 36,7°C. 3) Cahaya kamar pasien sangat terang 4) Pasien mengerti cara teknik nafas dalam 5) Pasien tampak istirahat <p>A: Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan</p>	
2	Gangguan mobilitas fisik	Minggu/ 09 desember 2018	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor vital sign 2. Mendampingi dan membantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADL. 3. Mengajarkan pasien teknik ambulasi 4. Memberi dukungan kepada pasien untuk tidak menyerah 5. Mendampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADL 	09:00	<p>S: Pasien mengatakan sudah bisa menggerakkan kaki kirinya pelahan-lahan</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Gerakan pasien masih terbatas 2) TD: 120/80mmhg, N: 85x/i, P: 20x/i, S: 36,7°C. <p>A: Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan</p>	
3	Gangguan pola tidur	Minggu/ 09 desember 2018	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor TTV pasien 2. Mengidentifikasi yang menyebabkan pola tidur terganggu 3. Memfasilitasi untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur 4. Menciptakan lingkungan 	09:35	<p>S: Pasien mengatakan tidurnya sudah meningkat</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien tampak tidak lemah 2) TD: 120/80mmhg, N: 85x/i, P: 20x/i, 	

			yang nyaman 5. Mengistirahatkan pasien		S: 36,7°c. 3) Frekuensi tidur 7-8 jam. 4) Pasien tampak istirahat A; Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan	
--	--	--	---	--	--	--

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Analisis Masalah Keperawatan dengan Konsep terkait dan Konsep Kasus terkait

Asuhan keperawatan pada klien Ny. N dengan post operasi orif atas indikasi open fraktur tibia fibula 1/3 distal sinistra dilakukan sejak tanggal 06 Desember – 9 Desember 2018, klien masuk rumah sakit tanggal 06 Desember dari IGD sebelumnya. Pengkajian keperawatan dilakukan diruangan ambun suri lantai 2 pada tanggal 06 Desember 2018. Keluhan utama klien mengatakan sedang dibonceng oleh salah satu keluarganya dengan motor, lalu bajunya terlilit rantai motor sehingga klien terjatuh ke kiri dengan kaki kiri tertimpa motor.

Masalah keperawatan yang pertama yaitu Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan post op ORIF. Dari hasil pengkajian didapatkan pasien mengatakan nyeri pada kaki kiri bagian bawah, nyeri di rasakan pada daerah bekas operasi, nyeri terasa menusuk dan mendadak. Fraktur adalah terputusnya jaringan tulang baik komplit maupun tidak terdiri dari beberapa tipe dan keparahan. Fraktur terjadi ketika tulang mendapatkan tekanan yang sangat besar melebihi kemampuan tulang tersebut. Fraktur bisa disebabkan oleh trauma, gerakan melintir kencang dan tiba – tiba, dan kontraksi otot yang ekstrim (Smeltzer, 2010).

Sedangkan menurut Puspitasari 2012 fraktur adalah terputusnya kontinuitas jaringan tulang yang umumnya diakibatkan oleh suatu tekanan atau rudapaksa. Fraktur cruris tibia fibula merupakan masalah kegawatan dimana

pada awal akan memberikan resiko tinggi perdarahan, respon nyeri hebat akibat diskontinuitas jaringan tulang, resiko tinggi infeksi.

Masalah keperawatan yang kedua yaitu Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang. Dari hasil pengkajian didapatkan pasien mengatakan tidak bisa melakukan pergerakan bebas, aktivitas pasien di bantu keluarga dan perawat. Hambatan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam suatu pergerakan fisik (berdasarkan tingkat aktifitas) (Wilkinson dan ahern, 2011). Menurut Brunner dan Suddart (2002) Manifestasi klinis pada fraktur adalah nyeri, pemendekan pada ekstermitas, hilangnya fungsi, deformitas, pembengkakan lokal, dan perubahan warna. Setelah terjadi fraktur, bagian-bagian yang tak dapat digunakan dan cenderung bergerak secara alamiah (gerakan luar biasa) bukannya tetap rigid seperti normalnya. Akan terjadi pergeseran fragmen pada saat terjadi fraktur ekstremitas menyebabkan deformitas (terlihat maupun teraba). Ekstremitas tidak dapat berfungsi dengan baik karena fungsi normal otot bergantung pada integritas tulang tempat melekatnya otot.

Masalah keperawatan ketiga yaitu Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan. Dari hasil pengkajian didapatkan bahwa Pasien tidak bisa tidur, pasien sering terbangun saat tidur karena nyeri pada kaki kiri bagian bawah dan cahaya lampu yang sangat terang

Dari ketiga masalah keperawatan di atas, sehubungan dengan masalah keperawatan yang pertama yaitu masalah nyeri. Penulis tertarik untuk melakukan terapi murottal untuk mengurangi rasa nyeri pada Ny. N karena

terapi penulis ingin membuktikan *evidenbase* untuk mengurangi rasa nyeri dengan teknik murottal.

Teknik murottal Al-quran adalah salah satu teknik relaksasi untuk mengurangi rasa nyeri, sesuai dengan penelitian Insani & Rokhanawati (2014) yang menyatakan bahwa saat seseorang mendengarkan murottal dia merasa tenang karena hormon endorfin yang dikeluarkan akan ditangkap oleh reseptor di dalam sistem limbik dan hipotalamus. Hormon endorfin ini akan meningkat sehingga dapat menurunkan nyeri, memperbaiki nafsu makan, pernafasan dan dapat meningkatkan daya ingat.

Bacaan murottal Al-Quran merupakan suatu obat yang sangat bagus untuk segala macam penyakit, baik dari penyakit bathil maupun penyakit fisik ataupun penyakit dunia dan penyakit akhirat.

Definisi Al-Murottal berasal dari kata *Ratlu As-syaghiri* (tumbuhan yang bagus dengan masaknya dan merekah) sedangkan menurut istilah adalah bacaan yang tenang, keluarnya huruf dari makhroj sesuai dengan semestinya yang disertai dengan renungan makna. Jadi Al Murottal yaitu pelestarian Al-Qur'an dengan cara merekam dalam pita suara dengan memperhatikan hukum-hukum bacaan, menjaga keluarnya huruf-huruf serta memperhatikan waqaf-waqaf (tanda berhenti). Murottal merupakan rekaman suara Al-Qur'an yang dilagukan oleh seorang Qori' (pembaca Al-Qur'an). Lantunan Al-Qur'an secara fisik mengandung unsur suara manusia, suara manusia merupakan instrumen penyembuhan yang menakjubkan dan alat yang paling mudah dijangkau. Suara dapat menurunkan hormon-hormon stres,

mengaktifkan hormon endorfin alami, meningkatkan perasaan rileks, dan mengalihkan perhatian dari rasa nyeri.

B. Analisis Intervensi Inovasi dengan Konsep dan Penelitian Terkait

Fraktur dapat terjadi karena trauma / rudapaksa sehingga dapat menimbulkan luka terbuka dan tertutup. Fraktur luka terbuka memudahkan mikroorganisme masuk kedalam luka tersebut dan akan mengakibatkan terjadinya infeksi. Pada fraktur dapat mengakibatkan terputusnya kontinuitas jaringan sendi, tulang bahkan kulit pada fraktur terbuka sehingga merangsang nociseptor sekitar untuk mengeluarkan histamin, bradikinin dan prostaglandin yang akan merangsang serabut A-delta untuk menghantarkan rangsangan nyeri ke sum-sum tulang belakang, kemudian dihantarkan oleh serabut-serabut saraf aferen yang masuk ke spinal melalui "*dorsal root*" dan sinaps pada dorsal horn.

Pada penderita fraktur, nyeri merupakan masalah yang paling sering dijumpai (Murwani, 2009). Nyeri adalah mekanisme perlindungan bagi tubuh dalam hal ini adalah sebagai kontrol atau alarm terhadap bahaya. Nyeri pada fraktur bersifat akut, nyeri akut dapat diprediksi akan tetapi dapat membuat pasien frustrasi dan seringkali mengarah pada kecemasan dan depresi psikologi. Pasien nyeri fraktur yang mengalami stres dan cemas maka tekanan darahnya akan meningkat dan denyut jantung bekerja semakin cepat, sehingga dapat menurunkan sistem imun yang berdampak negatif bagi tubuh. Akibat dari fraktur yang dialaminya pasien mengalami berbagai gangguan dalam pemenuhan kebutuhan

dasarnya seperti gangguan aman nyaman nyeri, gangguan dalam melakukan aktivitas fisik, merasa cemas (Purwandari, 2008).

Nyeri post operasi akan meningkatkan stress post operasi dan memiliki pengaruh negatif pada penyembuhan nyeri, kontrol nyeri sangat penting sesudah pembedahan. Pengurangan nyeri dapat menurunkan kecemasan, bernafas lebih mudah dan dalam, dapat mentoleransi mobilisasi yang cepat. Pengkajian nyeri dan kesesuaian analgetik harus digunakan untuk mengurangi nyeri post operasi (Torrance & Serginson, 2007).

Tindakan untuk mengatasi nyeri dapat dibedakan dalam dua kelompok utama yaitu tindakan pengobatan (farmakologi) dan tanpa pengobatan (nonfarmakologi). Penatalaksanaan non farmakologis terdiri dari berbagai tindakan penanganan nyeri berdasarkan stimulasi fisik maupun perilaku kognitif. Intervensi kognitif meliputi tindakan distraksi, teknik relaksasi (mendengarkan musik), imajinasi terbimbing, umpan balik biologis, hypnosis dan sentuhan terapeutik serta stimulasi kulit dapat memberikan efek penurunan nyeri yang efektif. Tindakan mengalihkan perhatian klien sehingga klien berfokus pada stimulasi taktil dan mengabaikan sensasi nyeri yang pada akhirnya dapat menurunkan persepsi nyeri (Tamsuri, 2012).

Salah satu pengobatan non farmakologi untuk nyeri yaitu dengan murottal Al-qura'n. Heru (2008) mengemukakan bahwa lantunan Al-qur'an secara fisik mengandung unsur suara manusia, sedangkan suara manusia merupakan instrumen penyembuhan yang menakjubkan dan alat

yang paling mudah dijangkau. Suara dapat menurunkan hormon-hormon endofrin alami,meningkat perasaan rileks, mengalihkan perhatian, rasa takut, cemas dan tegang, memperbaiki sistem kimia tubuh sehingga menurunkan tekanan darah serta memperlambat pernafasan, detak jantung, denyut nadi, dan aktivitas gelombang otak.

Pernyataan diatas didukung oleh penelitian Insani & Rokhanawati (2014) yang menyatakan bahwa saat seseorang mendengarkan murotal ia merasa tenang karena hormon endorfin yang dikeluarkan akan ditangkap oleh reseptor di dalam sistem limbik dan hipotalamus. Hormon endorfin ini akan meningkat sehingga dapat menurunkan nyeri, memperbaiki nafsu makan, meningkatkan daya ingat dan pernafasan.

Menurut Potter & Perry (2005), terapi berupa musik atau suara harus didengarkan minimal 15 menit untuk memberikan efek terapeutik, sedangkan menurut Yuanitasari (2008) durasi pemberian terapi musik atau suara selama 10-15 menit dapat memberikan efek relaksasi. Menurut Smith (dalam Upoyo,Ropi, & Sitoru 2012) intensitas suara yang rendah antara 50-60 desibel menimbulkan kenyamanan dan tidak nyeri serta membawa pengaruh positif bagi pendengarnya. Terapi bacaan Al-Qur'an terbukti mengaktifkan sel- sel tubuh dengan mengubah getaran suaramenjadi gelombang yang ditangkap oleh tubuh, menurunkan stimuli reseptor nyeri dan otak teransang mengeluarkan analgesik opioidnatural endogen untuk memblokade nociceptor nyeri.

Intervensi yang diberikan adalah klien diminta untuk mendengarkan murottal Al-Qur'an selama 15 menit yang terdiri dari

bacaan ayat-ayat pendek. Murottal Al-Qur'an di dengarkan melalui headset yang dihubungkan dengan MP3.

Hasil implementasi inovasi terapi murottal Al-qur'an terhadap mengurangi rasa nyeri pada Ny. N yaitu implementasi dilakukan sebanyak 3 kali sehari yaitu pada pagi, siang dan malam hari. Klien mengatakan nyeri berkurang setelah mendengarkan murottal Al-qur'an, klien merasa perhatian nyerinya beralih ketika mendengarkan murottal Al-qur'an. Sejalan dengan penelitian henny & ummi (2017) yang menyatakan bahwa ada pengaruh yang signifikan terapi murottal terhadap nyeri klien post operasi. Penelitian ini juga didukung oleh penelitian (Rantyan, dkk 2017) ada pengaruh terapi murottal terhadap nyeri pada pasien luka bakar di ruang surgical RSUD Prabumulih. Seiring juga dengan penelitian (Nurul, 2015) bahwa adanya pengaruh terapi murottal Juz 'Amma yang signifikan terhadap penurunan nyeri pada pasien post ORIF di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Hal ini menunjukkan bahwa pemberian terapi distraksi dengan cara relaksasi sebagai terapi non farmakologis dapat menurunkan intensitas nyeri

Kemudahannya keluarga klien kooperatif saat dilakukan tindakan sehingga saat pemberian intervensi penulis dapat memberikan terapi murottal Al-qur'an.

C. Alternatif Pemecahan yang dapat dilakukan

Masalah keperawatan yang timbul pada pasien fraktur dapat diatasi bila terjadi kolaborasi yang baik antara pasien dan pemberi pelayanan kesehatan, dalam hal ini khususnya perawat. Pasien memiliki peranan

penting untuk melakukan perawatan mandiri (self care) dalam perbaikan kesehatan dan mencegah rawat ulang dirumah sakit (Barnason, Zimmerman & Young, 2011). Perilaku yang diharapkan dari self care adalah kepatuhan dalam medikasi maupun instruksi dokter seperti diit, pembatasan cairan maupun pembatasan aktivitas.

Peranan keluarga juga cukup penting dalam tingkat keberhasilan terapi, menurut hasil penelitian yang dilakukan oleh Festy (2009) semakin baik peran yang dimainkan oleh keluarga dalam pelaksanaan program rehabilitasi medik pada pasien fraktur maka semakin baik pula hasil yang akan dicapai. Peran keluarga terdiri dari peran sebagai motivator, edukator dan peran sebagai perawat.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Fraktur adalah putusnya kontinuitas struktur tulang baik komplit maupun tidak terdiri dari beberapa tipe dan keparahan. Fraktur terjadi ketika tulang mendapatkan tekanan yang sangat besar melebihi kemampuan tulang tersebut. Fraktur bisa disebabkan oleh trauma, gerakan melintir kencang dan tiba – tiba, dan kontraksi otot yang ekstrim (Smeltzer, 2010).

Diagnosa yang muncul pada Ny N dengan post operasi fraktur tibia fibula 1/3 distal sinistra adalah :

- a) Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan agen injuri
- b) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang
- c) Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan
- d) Resiko infeksi berhubungan dengan masuknya kuman mikroorganisme
- e) Ansietas berhubungan dengan kurangnya informasi

Intervensi telah direncanakan kepada Ny N dan telah dilakukan rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat. Evaluasi yang didapat adalah nyeri berkurang yang dirasakan Ny N dengan (skala nyeri= 3), Ny N sudah bisa perlahan lahan menggerakkan kakinya dan tidak terasa nyeri, Ny N sudah mulai tidak letih dan lemas lagi, Ny N juga tidak merasa cemas dengan keadaan nya saat ini, Ny N tidak mengalami gangguan pada tidurnya dan Ny N bisa melakukan aktivitas nya walupun masih ada yang dibantu oleh keluarganya.

B. Saran

a) Penulis

Hasil ini dapat dijadikan sebagai pengalaman yang berharga bagi kelompok dari aspek aplikatif dan sebagai wujud aplikatif tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan post operasi fraktur tibia fibula 1/3 distal sinistra.

b) Institusi pendidikan

Diharapkan hasil ini dapat bermanfaat untuk institusi pendidikan sebagai masukan untuk mempersiapkan anak didiknya sebagai calon perawat yang profesional dalam memberikan asuhan keperawatan terkhusus pada kasus fraktur tibia fibula 1/3 distal sinistra.

c) Rumah sakit

Hasil ini diharapkan berguna untuk bahan informasi dan bahan bacaan serta umpan balik dalam rangka pencegahan terjadinya infeksi pada pasien fraktur.

d) Klien, keluarga dan masyarakat

Hasil ini berguna untuk sumber pengetahuan tentang fraktur tibia fibula sehingga dapat meminimalisirkan terjadinya infeksi pada kasus fraktur ini.

Daftar pustaka

- Berman, Audrey. et al., 2009. *Buku Ajar Keperawatan Klinis* Kozier & Erb. Edisi 5: Jakarta : EGC
- Brunner & Suddarth. (2002). *Buku ajar keperawatan medikal bedah* (Ed 8, vol2). Jakarta: EGC
- Brunner dan Suddarth. (2007). *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta : EGC
- Brunner & Suddart. Jakarta: EGC. Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hincle, J.I., & Cheever, K.H. (2008). *Textbook of medical surgical nursing; brunner & suddarth's (Ed 11)*.
- Data RSAM . Data Fraktur Diruangan Ambun Suri (2018) enam bulan terakhir
- Grace, Prace A., & Borley Neil R. (2010). *At a Glance Ilmu Bedah edisi ke-III* alih bahasa dr. Vidhia Umami. Jakarta : Erlangga
- Henny & ummy. (2017). *Pengaruh Terapi Murottal Terhadap Nyeri Pasien Post Seksio Sesaria Di Rsi Sunan Kudus* Kabupaten Kudus
- Hidayat, A. A. (2006). *Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta: Salemba Medika.
- Heru. (2008). *Ruqiah Syar'I Berlandaskan kearifan local*. [Versi elektronik]. [Diakses tanggal 27 Desember 2016]. Available from: <http://www.trainermuslim.com/feed/rss>.
- Insani, T. H., & Rokhanawati, D. (2014). *Pengaruh Alunan Murottal Terhadap Intensitas Nyeri Dismenorea Primer Pada Siswi Madrasah Mu'allimaat Muhammadiyah Yogyakarta Tahun 2014*. digilib.unisayogya.ac.id diunduh pada tanggal 8 Mei 2018.
- Kozier. (2010). *Buku Ajar Praktik Keperawatan Klinis*. Edisi 5. Jakarta : EGC
- Lukman & Ningsih (2009), *Asuhan Keperawatan pada Klien Dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal*. Jakarta : Salemba Medika
- Muttaqin, Arif. (2008). *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Pernafasan*. Jakarta: Salemba Medika
- Muttaqin, Arif., & Sari, Kumala. (2009). *Asuhan Keperawatan Perioperatif: Konsep, Proses, dan Aplikasi*. Jakarta: Salemba Medika.
- Murwani, A. 2009. *Perawatan Pasien Penyakit Dalam*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Nurul Khashinah, Diah Candra Anita K. (2015). *Pengaruh Terapi Murottal Juz 'Amma Terhadap Tingkat Nyeri Pada Pasien Post Open Reduction Internal Fixation (Orif) Di RS Pku Muhammadiyah Yogyakarta*
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan* (edisi 4). Jakarta: EGC
- Purwandari, A. 2008. *Konsep Kebidanan : Sejarah dan Profesionalisme*. Jakarta : EGC
- Purna. (2006). *Murottal*. [Versi elektronik]. [Diakses tanggal 30 Desember 2016]. Available from: <http://www.purna.wordpress.com>
- Rantiyana, Miranti Florencia, Suratun. (2017). *Pengaruh Terapi Murottal Al Qur'an Terhadap Nyeri Pada Pasien Luka Bakar di Rs Prabumulih*
- Riset Kesehatan Dasar. (2005). Jakarta : *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*, Departemen Kesehatan, Republik Indonesia

- Sjamsuhidajat R, Wim De Jong (2005). *Buku Ajar Ilmu Bedah*. Jakarta: EGC
- Siswantinah. (2011). *Pengaruh Terapi Murottal Terhadap Kecemasan Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Dilakukan Tindakan Hemodialisa di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan*. Skripsi. Universitas Muhammadiyah Semarang
- Smeltzer, C. S., & Bare, B. G. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Philadelphia: Lippincott william & Wilkins*
- Smeltzer, Suzane C. (2002). *Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth : Edisi 8*. Alih Bahasa Agung Waluyo. (et al) ; editor edisi bahasa Indonesia Monica Ester. (et al). Jakarta : EGC
- Smeltzer & Bare. (2001). *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah Brunner & Suddarth Vol 2*. Jakarta : EGC
- Tamsuri. (2007). *Konsep dan Penatalaksanaan Nyeri*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC
- Tamsuri, A. (2004). *Konsep dan Penatalaksanaan Nyeri*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Tamsuri, A. (2012). *Konsep dan Penatalaksanaan Nyeri*. Jakarta : EGC.
- Torrance & Serginson. (2007). *Surgical Nursing. Author. Torrance, Colin: Publisher. London Bailliere Tindall*.
- Widayarti (2011). *Pengaruh bacaan Al Quran terhadap intensitas kecemasan pasien sindroma koroner akut di RS Hasan Sadikin*. Unpublised thesis. Universitas Padjajaran.
- Wong, Donna L. (2004). *Pedoman Klinis Keperawatan Pediatrik Edisi 4*. Jakarta : EGC