

**STUDI DESKRIPTIF DIAGNOSA KEPERAWATAN PADA
ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN CLOSE
FRAKTUR PROXIMAL OS TIBIA DEXTRA**



KARYA TULIS ILMIAH

Disusun Sebagai Salah Satu Syarat
Untuk Menyelesaikan Tugas Akhir
Program Diploma III Keperawatan

Disusun Oleh:

Nadia Bintang Maharani

D3A2022.054

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PANTI KOSALA
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
TAHUN 2025**

STUDI DESKRIPTIF DIAGNOSA KEPERAWATAN PADA ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN CLOSE FRAKTUR PROXIMAL OS TIBIA DEXTRA

Nadia Bintang Maharani¹, Sri Aminingsih², Kathrina Noor Ayu³

Abstrak

Latar Belakang: Diagnosis keperawatan itu sendiri merupakan sebuah label singkat yang menggambarkan kondisi pasien. Kondisi pasien tersebut dapat berupa masalah masalah aktual atau potensial yang ditemukan pada pasien. Fraktur merupakan terputusnya kontinuitas tulang, retak/ patahnya tulang yang utuh, yang biasanya disebabkan oleh trauma/ rudapaksa atau tenaga fisik yang ditentukan jenis dan luasnya trauma.

Tujuan: Mengetahui definisi, data atau batasan karakteristik data mayor/minor, etiologi atau faktor yang berhubungan atau faktor resiko dan kondisi klinis terkait.

Metode: Desain penulisan karya tulis ilmiah ini adalah deskriptif dengan menggunakan pendekatan studi kasus. Responden berjumlah 1 orang yang di rawat di RSUD IBU FATMAWATI SOEKARNO KOTA SURAKARTA, Teknik sampling yang digunakan (*simple random sampling*).

Hasil: (1) Faktor yang melatarbelakangi terjadinya close fraktur proximal os tibia dextra (2) Tujuan dari dilakukannya tindakan operasi yaitu untuk memperbaiki kondisi tulang yang patah dan mempercepat penyembuhan luka (3) Pada pelaksanaan tindakan keperawatan (operasi) dilaksanakan pada pagi hari pukul 10.30WIB (4) Penegakan diagnosa keperawatan yang dilakukan berpengaruh terhadap penyembuhan close fraktur.

Kesimpulan: Pada pasien close fraktur dilakukan tindakan mengumpulkan data tentang status kesehatan klien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat dan berkesinambungan. Dalam pengkajian pasien close fraktur perawat menggunakan salah satu pengkajian 11 pola Gordon yaitu pengkajian pola aktivitas dan latihan serta pola persepsi kognitif.

Kata kunci : *close fraktur, nyeri akut, diagnosa keperawata*

**DESCRIPTIVE STUDY OF NURSING DIAGNOSIS IN
NURSING CARE OF PATIENTS WITH CLOSE
FRACTURE OF PROXIMAL OS TIBIA DEXTRA**

Nadia Bintang Maharani¹, Sri Aminingsih², Kathrina Noor Ayu³

Abstract

Background: The nursing diagnosis It self is a short label that describes the patient's condition. The patient's condition can be an actual or potential problem found in the patient. A fracture is a break in the continuity of a bone, a crack/break in an intact bone, which is usually caused by trauma/injurious force or physical force, determined by the type and extent of the trauma.

Method: This scientific writing uses a descriptive design with a case study approach. The respondent was one patient treated at RSUD IBU FATMAWATI SOEKARNO in SURAKARTA city. The sampling technique used was simple random sampling.

Objective: Knowing the definition, data or limitations of major/minor data characteristics, etiology or related factors or risk factors and related clinical conditions.

Results: (1) Factors underlying the occurrence of a closed proximal fracture of the right tibia bone (2) The aim of carrying out the operation is to repair the condition of the broken bone and speed up wound healing (3) The nursing action (operation) was carried out in the morning at 10.30 WIB (4) The nursing diagnosis carried out had an effect on the healing of the closed fracture.

Conclusion: In patients with closed fractures, data collection is carried out on the client's health status systematically, comprehensively, accurately, concisely and continuously. In assessing patients with closed fractures, nurses use one of the 11 Gordon Pattern assessments, namely the assessment of activity and exercise patterns and cognitive perception patterns.

Keywords: *close fracture, acute pain, nursing diagnosis*

HALAMAN PERSETUJUAN

Laporan karya tulis ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan pada ujian sidang karya tulis ilmiah pada Program Studi D III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan PANTI KOSALA

Disetujui pada tanggal : Mei 2025

Pembimbing

Sri Aminingsih, S.Kep., Ns., M.Kes.

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Nadia Bintang Maharani

NIM : D3A2022.054

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa laporan karya tulis ilmiah yang berjudul **“STUDI DESKRIPTIF DIAGNOSA KEPERAWATAN PADA ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN CLOSE FRAKTUR PROXIMAL OS TIBIA DEXTRA”** adalah benar-benar karya saya sendiri.

Hal-hal yang bukan karya saya dalam laporan Karya Tulis Ilmiah ini diberi tanda citasi dan ditunjukkan dalam daftar pustaka.

Apabila dikemudian hari terbukti pernyataan saya tidak benar, maka saya bersedia menerima sanksi akademik yang sudah ditentukan.

Sukoharjo, Mei 2025
Yang membuat pernyataan,

Nadia Bintang Maharani

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, atas berkat dan anugerah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Studi Deskriptif Diagnosa Keperawatan pada Asuahn Keperawatan pada Pasien Dengan Close Fraktur Proximal OS Tibia Dextra ”. Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai Tugas Akhir Program Studi D- III Keperawatan di SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PANTI KOSALA tahun akademik 2024/2025.

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dapat penulis selesaikan berkat bantuan banyak pihak. Untuk itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Ibu Ratna Indriati, A., M. Kes., selaku Ketua SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PANTI KOSALA.
2. dr. Tutik Asmi, selaku Direktur RSUD Ibu Fatmawati Soekarno Kota Surakarta
3. Bapak Budi Kristanto, S. Kep., Ns., M. Kep., selaku kepala Program Studi Diploma III STIKES PANTI KOSALA.
4. Ibu Sri Aminingsih, S.Kep., Ns., M.Kes., selaku dosen pembimbing penulisan Karya Tulis Ilmiah.
5. Tim penguji Ujian Sidang Karya Tulis Ilmiah.
6. Kepala Ruang dan Staf Ruang Perawatan Gedung RSUD Ibu Fatmawati Soekarno Surakarta
7. Dosen, tenaga kependidikan, administrasi, dan staf perpustakaan SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PANTI KOSALA.
8. Orang tua yang telah memberikan motivasi sehingga pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini dapat selesai.
9. Semua teman-teman yang telah bersedia membantu dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dan saling bertukar informasi.

Penulis menyadari dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan. Untuk itu penulis mengharapkan saran dan kritik yang bersifat membangun dari semua pihak. Penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat berguna bagi semua pihak.

Sukoharjo, Mei 2025

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
ABSTRAK	ii
ABSRTAC	iii
HALAMAN PERTSETUJUAN	iv
PERNYATAAN.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	vii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	3
C. Tujuan Penulisan	3
D. Manfaat Penulisan.....	3
BAB II TUJUAN PUSTAKA	
A. Konsep Diagnosa Keperawatan	5
B. Konsep Penyakit Fraktur.....	12
BAB III METODE PENULISAN	
A. Desain Penulisan.....	33
B. Subjek Penulisan	33
C. Fokus Penulisan	33
D. Definisi Operasional.....	34
E. Instrumen Pengumpulan Data.....	34
F. Metode Pengumpulan Data.....	34
G. Analisa Data.....	35
H. Tempat dan Waktu	35
I. Ruang Lingkup.....	35
BAB IV RESUME KASUS DAN PEMBAHASAN	
A. Resume kasus	36
B. Pembahasan Kasus.....	49
BAB V PENUTUP	
A. Kesimpulan	58
B. Implikasi Keperawatan	59
DAFTARPUSTAKA.....	60

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kasus fraktur menurut *World Health Organization (WHO)* terjadi di dunia kurang lebih 13 juta orang pada tahun 2018, dengan angka prevalensi sebesar 2,7%. Sementara pada tahun 2019 terdapat kurang lebih 18 juta orang dengan angka prevalensi sebesar 4,2%. Tahun 2020 meningkat menjadi 21 juta orang dengan angka prevalensi 3,5%. Terjadinya fraktur tersebut termasuk didalamnya insiden kecelakaan, cedera olahraga, bencana kebakaran, bencana alam dan lain sebagainya (Mardiono dalam Djamal et al., 2015).

Menurut hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2018, di Indonesia fraktur terjadi diakibatkan oleh cidera seperti terjatuh, kecelakaan lalu lintas dan trauma benda tajam/tumpul. Riset Kesehatan Dasar 2018 menemukan ada sebanyak 45.987 peristiwa terjatuh yang mengalami fraktur sebanyak 1.775 orang (3,8%). Kasus kecelakaan lalu lintas sebanyak 20.829 kasus, dan yang mengalami fraktur sebanyak 1.770 orang (8,5%), dari 14.127 trauma benda tajam/tumpul sebanyak 236 orang (1,7%) (Kemenkes RI, 2018).

Fraktur merupakan kerusakan kontinuitas tulang, yang dapat bersifat komplet, fraktur dapat menyebabkan rasa nyeri yang amat sangat, nyeri merupakan gejala yang sangat sering ditemukan pada gangguan system muskuloskeletal, nyeri perlu mendapatkan

penanganan yang tepat sesuai dengan nyeri yang dirasakan, sehingga perlu tindakan keperawatan dalam menanganinya (Ika rizki,(2021)

Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 menunjukkan bahwa fraktur pada ekstremitas bawah akibat kecelakaan memiliki prevalensi paling tinggi, dengan persentase sebesar 67,9% dari 92.976 kasus fraktur.

Diagnosis keperawatan itu sendiri merupakan sebuah label singkat yang menggambarkan kondisi pasien. Kondisi pasien tersebut dapat berupa masalah masalah aktual atau potensial yang ditemukan pada pasien (Atmanto et al., 2020). Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Tujuan dari diagnosis keperawatan adalah untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017).

Diagnosa keperawatan yang ditegakkan sesuai dengan permasalahan pasien. Menjadi penting karena diagnosa yang tepat akan menentukan rencana Tindakan yang akan dilakukan oleh perawat. Dengan demikian permasalahan yang dialami pasien dapat teratasi dengan tepat .

Berdasarkan uraian tersebut maka penulis memprioritaskan diagnosa keperawatan nyeri akut khususnya pada pasien close fraktur os tibia dextra sebagai fokus bahasan dalam lapora karya tulis ilmiah ini.

B. Rumusan masalah

Pada laporan karya tulis ilmiah ini adalah “Bagaimana Penerapan Diagnosa Keperawatan Pada Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Close Fraktur OS Tibia Dextra”.

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Mengetahui diagnosa keperawatan pada asuhan keperawatan pasien close fraktur os tibia dextra.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi definisi diagnosa keperawatan pada pasien close fraktur os tibia dextra.
- b. Mengidentifikasi data atau batasan karakteristik/data mayor minor pada pasien dengan close fraktur os tibia dextra.
- c. Mengidentifikasi etiologi atau faktor yang berhubungan atau faktor resiko pada pasien dengan close fraktur os tibia dextra.
- d. Mengetahui kondisi klinis terkait pasien dengan close fraktur os tibia dextra .

D. Manfaat Penulisan

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan dapat bermanfaat bagi semua pihak meliputi :

1. Bagi Pelayanan Kesehatan

Diharapkan dapat berguna untuk bahan masukan bagi rumah sakit dalam meningkatkan pelayanan Kesehatan khususnya dalam menentukan diagnosa keperawatan pada asuhan keperawatan pada pasien dengan close fraktur os tibia dextra.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan dapat memberikan bahan masukan untuk mata kuliah keperawatan medikal bedah tentang diagnosa keperawatan pada pasien close fraktur os tibia dextra.

3. Bagi Perawat

Penulis ini diharapkan dapat digunakan sebagai acuan dalam menangani dan merawat pasien dengan close fraktur os tibia dextra.

4. Bagi Pasien dan Masyarakat

Diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan pasien, keluarga, dan Masyarakat tentang penanganan pasien dengan close fraktur os tibia dextra.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Diagnosa Keperawatan

1. Pengertian

Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinik tentang respon individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial. Diagnosa keperawatan memberikan dasar untuk pemilihan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil yang merupakan tanggung jawab perawat (Disetujui oleh anggota *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*, Konferensi IX, Maret 2020) (Polopadang dan Hidayah, 2019)

Diagnosis keperawatan adalah pernyataan yang menggambarkan respon manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi aktual/potensial) dari individu atau kelompok tempat perawat secara legal mengidentifikasi dan perawat dapat memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan atau untuk mengurangi, menyingkirkan atau mencegah perubahan (Polopadang dan Hidayah, 2019).

Tujuan diagnosa keperawatan untuk mengidentifikasi menurut Wahid & Suprpto (2012), sebagai berikut:

- a. Masalah dimana adanya respon pasien terhadap status kesehatan atau penyakit
- b. Faktor yang menunjang atau menyebabkan suatu masalah

- c. Kemampuan pasien untuk mencegah dan menyelesaikan masalah
- d. Mengkomunikasikan masalah pasien pada tim Kesehatan
- e. Mendemonstrasikan tanggung jawab dalam identifikasi masalah pasien.

Menurut PPNI (2017), langkah-langkah untuk menentukan diagnosis keperawatan sebagai berikut:

1. Analisis Data

Analisis data dengan tahapan sebagai berikut :

- a. Bandingkan data dengan nilai normal Data-data yang didapatkan dari pengkajian dibandingkan dengan nilai-nilai normal dan diidentifikasi tanda dan gejala yang bermakna (*significant cues*)
- b. Kelompok data Tanda/gejala yang dianggap bermakna dikelompokkan berdasarkan pola kebutuhan dasar yang meliputi respirasi, sirkulasi, nutrisi/cairan, eliminasi, aktivitas/istirahat, neurosensori, reproduksi/seksualitas, nyeri, kenyamanan, integritas, ego, pertumbuhan/perkembangan, kebersihan diri, penyuluhan/pembelajaran, interaksi sosial, dan keamanan/proteksi. Proses pengelompokan data dapat dilakukan baik secara induktif maupun deduktif. Secara induktif dengan memilah data sehingga membentuk sebuah pola, sedangkan secara deduktif dengan menggunakan kategori pola kemudian mengelompokkan data sesuai kategorinya.

2. Identifikasi masalah

Setelah data dianalisis, perawat dan pasien bersama-sama mengidentifikasi masalah aktual, risiko dan promosi kesehatan. Pernyataan masalah kesehatan merujuk ke label diagnosis keperawatan.

3. Perumusan diagnosis keperawatan

Perumusan atau penulisan diagnosis disesuaikan dengan jenis diagnosis keperawatan. Terdapat dua metode perumusan diagnosis yaitu:

a. Penulisan tiga bagian (*Three part*)

Metode penulisan ini terdiri atas masalah, penyebab dan tanda/gejala. Metode penulisan ini hanya dilakukan pada diagnosis aktual, dengan formasi sebagai berikut : Masalah berhubungan dengan penyebab dibuktikan dengan tanda/gejala Fase 'berhubungan dengan' dapat disingkat b.d dan 'dibuktikan dengan' dapat disingkat d.d Masalah b.d Penyebab d.d Tanda/Gejala Contoh : Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan nafas dibuktikan dengan batuk tidak efektif, sputum berlebih, mengi, dispnea, dan gelisah.

b. Penulisan dua bagian (*Two Part*) Metode penulisan ini dilakukan pada diagnosis risiko dan diagnosis promosi kesehatan, dengan formulasi sebagai berikut :

1) Diagnosis Risiko Masalah dibuktikan dengan faktor risiko

Contoh: Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif

2) Diagnosis Promosi Kesehatan Masalah dibuktikan dengan

tanda/gejala Contoh: 32 Kesiapan peningkatan eliminasi urin dibuktikan dengan pasien ingin meningkatkan eliminasi urin, jumlah dan karakteristik urin normal.

4. Peran Dalam Proses Keperawatan

Diagnosa keperawatan berperan penting dalam proses keperawatan karena menjadi dasar untuk menentukan rencana intervensi dan evaluasi keefektifan asuhan keperawatan. Diagnosa keperawatan membantu perawat untuk mengidentifikasi masalah kesehatan klien, sehingga asuhan yang diberikan lebih tepat dan efektif. kesiapan peningkatan eliminasi urin dibuktikan dengan pasien ingin meningkatkan eliminasi urin, jumlah dan karakteristik urin normal.

5. Klasifikasi

Diagnosis keperawatan menurut Carpenito (2018), dapat dibedakan menjadi 3 kategori yaitu:

a. Aktual

Suatu diagnosis keperawatan aktual menggambarkan penilaian klinis yang harus divalidasi perawat karena adanya batasan karakteristik mayor. Syarat: dalam menegakkan diagnosis keperawatan aktual harus ada unsur PES. *Symptom* (S) harus memenuhi kriteria mayor (80%-100%) dan sebagian kriteria

minor dari pedoman diagnosis SDKI. Misalnya, ada data : frekuensi napas meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, turgor kulit menurun, dan membran mukosa kering
 Diagnosis: Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan. Jika masalah semakin jelek dan mengganggu kesehatan “*perineal*”, pasien tersebut akan terjadi risiko kerusakan kulit, dan disebut sebagai “diagnosis risiko”.

b. Risiko

Diagnosis keperawatan risiko menggambarkan penilaian klinis dimana individu atau kelompok lebih rentan mengalami masalah dibanding orang lain dalam situasi yang sama atau serupa. Syarat: untuk penegakan resiko diagnosis keperawatan ada unsur *PE (problem dan etiology)* penggunaan istilah “risiko dan risiko tinggi” tergantung melihat dari tingkat keparahan/kerentanan terhadap masalah.

Diagnosis: contoh diagnosis “risiko gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan kekurangan volume cairan”.

c. Diagnosis promosi kesehatan

Diagnosis ini menggambarkan adanya keinginan dan motivasi pasien untuk meningkatkan kondisi kesehatannya ke tingkat yang lebih baik atau optimal. Diagnosis : defisit pengetahuan, manajemen kesehatan tidak efektif

4. Rumusan

- a. Nyeri akut salah satunya adalah agen pencedera fisik (prosedur operasi) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2017). Nyeri merupakan suatu kondisi yang lebih dari sekedar sensasi tunggal yang disebabkan oleh stimulus tertentu. Nyeri bersifat subjektif dan individual (Potter & Perry, (2010). Nyeri juga merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual atau potensial (Smeltzer & Bare, (2021).
- b. Kondisi individu yang berisiko mengalami gangguan mobilitas fisik, antara lain stroke, cedera trauma medula spinalis, trauma, fraktur, osteoarthritis, osteomalasia, dan keganasan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2017). Selain itu, individu yang dapat mengalami atau berisiko mengalami gangguan mobilitas fisik, yaitu lansia, individu dengan penyakit yang menyebabkan penurunan kesadaran tiga hari atau lebih, individu yang kehilangan fungsi anatomik akibat perubahan fisiologik, seperti kehilangan fungsi motorik, klien dengan stroke, klien pengguna kursi roda, pengguna alat eksternal, yaitu gips tau traksi, pembatasan gerakan volunter, ataupun gangguan fungsi motorik dan rangka (Kozier B, Erb G, & Snyder S.J, (2020).

5. Tujuan Penyusunan

Ada beberapa tujuan diagnosis keperawatan adalah:

- a) Mengidentifikasi masalah respon klien terhadap status kesehatan / penyakit, faktor-faktor yang menunjang / menyebabkan masalah (etiologi), kemampuan klien untuk mencegah / menyelesaikan masalah.
- b) Menganalisis dan mensintesis data pengkajian yang telah dikelompokkan (Ernawati.N,(2020)

6. Langkah-langkah Perumusan Diagnosa

a. Pengkajian

Pengkajian adalah upaya mengumpulkan data secara lengkap dan sistematis untuk dikaji dan dianalisis sehingga masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapi pasien baik fisik, psiko, sosial, dan spiritual dapat ditentukan. Tahap ini mencakup tiga kegiatan yaitu pengumpulan data, analisa data, dan penentuan masalah keperawatan.

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia dari individu atau kelompok dimana perawat dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara jelas untuk meningkatkan status kesehatan.

b. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan pedoman tertulis untuk memberikan perawatan kepada pasien. Intervensi yang terorganisasi dengan baik dapat memudahkan perawat mengidentifikasi tindakan keperawatan secara jelas. Sebagai

hasil, semua perawat mempunyai kesempatan untuk memberikan asuhan yang berkualitas tinggi dan konsisten.

c. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan untuk membantu pasien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu, tindakan yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan pasien.

d. Evaluasi Perencanaan

Evaluasi memuat kriteria keberhasilan proses dan keberhasilan tindakan keperawatan. Keberhasilan proses dapat dilihat dengan cara membandingkan antara proses dengan pedoman atau rencana proses tersebut. Sedangkan keberhasilan tindakan dapat dilihat dengan membandingkan antara tingkat kemandirian pasien dalam kehidupan sehari-hari dan tingkat kemajuan kesehatan pasien dengan tujuan yang telah dirumuskan sebelumnya (Hidayah.N,(2019).

B. Konsep Penyakit Fraktur

1. Pengertian

Fraktur merupakan terputusnya kontinuitas tulang dan ditentukan sesuai jenis dan luasnya. Fraktur terjadi jika tulang dikenai stress yang lebih besar dari yang dapat diabsorbsinya.

Fraktur adalah terputusnya jaringan tulang dan atau tulang rawan yang umumnya disebabkan oleh rudapaksa. Fraktur adalah patah tulang, biasanya disebabkan oleh trauma(Akbar Bayu, Fitria& Maslichah, (2023)

Fraktur adalah suatu gangguan dari kontinuitas normal tulang yang timbul ketika tekanan pada tulang lebih besar dari kekuatan tulang itu sendiri. Fraktur atau patah tulang adalah diskontinuitas jaringan tulang yang biasanya disebabkan oleh adanya kekerasan yang timbulnya secara mendadak.

Jadi fraktur adalah suatu gangguan atau terputusnya atau terpisahnya kontinuitas normal jaringan tulang dan atau tulang rawan dan ditentukan jenis luasnya, yang biasanya disebabkan oleh adanya trauma, kekerasan, atau stress pada tulang yang berlebihan, melebihi yang dapat diabsorbsinnya yang timbulnya secara mendadak.

2. Etiologi

Menurut Akbar Bayu, Fitria& Maslichah, (2023) beberapa penyebab fraktur:

- a. Trauma langsung: misalnya benturan pada lengan bawah yang menyebabkan patah tulang radius dan ulna.
- b. Trauma tidak langsung: misalnya jatuh bertumpu pada tangan yang menyebabkan patah tulang klavikula.
- c. Trauma tenaga fisik: tabrakan, benturan.

- d. Penyakit pada tulang atau keadaan patologis: proses penuaan atau disebut osteoporosis, dan kanker tulang atau neoplasma.
- e. Degenerasi spontan.
- f. Gerakan pintir mendadak.
- g. Kontraksi otot ekstrim.

3. Klasifikasi Fraktur

Menurut Akbar Bayu, Fitria& Maslichah, (2023). Klasifikasi fraktur meliputi:

a) Berdasarkan Perluasan

- 1) Fraktur komplrit: terjadi apabila seluruh tubuh tulang patah atau kontinuitas jaringan luas sehingga tulang terbagi dua bagian dan garis patahnya menyebrang dari satu sisi ke sisi yang lain sehingga mengenai seluruh korteks.
- 2) Fraktur inkomplit: dikontinuitas jaringan tulang dengan garis patahan tidak menyebrang sehingga masih ada korteks yang utuh.

b) Berdasarkan Bentuk Garis Patahan

- 1) Fraktur linier atau transversal: fraktur yang garis patahnya tegak lurus terhadap sumbu Panjang.
- 2) Fraktur oblique: fraktur yang garis patahnya membentuk sudut terhadap tulang.
- 3) Fraktur spiral: fraktur yang hanya menimbulkan sedikit kerusakan jaringan lunak.

- 4) Fraktur greenstick: fraktur yang tidak sempurna, sering terjadi pada anak-anak karena korteks tulang dan periosteum belum tumbuh sempurna.
 - 5) Fraktur bentuk T, Y: fraktur yang garis patahnya menyerupai huruf T atau Y.
 - 6) Fraktur compressive: fraktur yang terjadi ketika dua tulang menumbuk tulang ketiga yang berada di antaranya.
- c) Berdasarkan Fragmen Tulang
- 1) Fraktur simple: terdiri dari dua fragmen
 - 2) Fraktur segmental: terdiri dari lebih dari dua fragmen.
- d) Berdasarkan Hubungan Fragmen Tulang Dan Jaringan Sekitar
- 1) Fraktur tertutup: fraktur yang fragmen tulangnya tidak mempunyai hubungan dengan dunia luar.
 - 2) Fraktur terbuka: fraktur yang fragmen tulangnya pernah berhubungan dengan dunia luar.
 - 3) Fraktur komplikata: fraktur yang disertai kerusakan jaringan saraf, pembuluh darah atau organ yang ikut terkena.
 - 4) Fraktur patologis: fraktur yang disebabkan oleh adanya penyakit local pada tulang sehingga kekerasan dapat menyebabkan fraktur.

4. Patofisiologi

Ketika penderita mengalami fraktur pada tulang, maka periosteum serta pembuluh darah di dalam korteks, sumsum tulang dan jaringan lunak disekitarnya akan mengalami disrupsi. Hematoma

akan terjadi diantara kedua ujung patahan tulang yang mengalami fraktur serta dibawah periosteum, dan pada akhirnya jaringan yang tergranulasi tersebut menggantikan hematoma. (Akbar Bayu, Fitria& Maslichah, (2023)

Kerusakan jaringan pada tulang memicu adanya respons inflamasi intensif yang dapat menyebabkan sel-sel dari jaringan lunak disekitarnya serta dari rongga sumsum tulang akan menginvasi daerah fraktur dan aliran darah ke seluruh tulang akan mengalami suatu peningkatan. Sel-sel osteoblast didalam periosteum, endosteum, dan sumsum tulang akan memproduksi osteoid (tulang muda dari jaringan kolagen yang belum mengalami klasifikasi, yang juga disebut kalus). Osteoid ini akan mengeras di sepanjang permukaan luar korpus tulang dan pada kedua ujung patahan. Sel osteoblast mengabsorpsi material dari tulang yang terbentuk sebelumnya dan sel-sel osteoblast membangun kembali tulang tersebut. Osteoblast bertransformasi menjadi osteosit (sel -sel tulang yang matur).

Fraktur bisa terjadi secara terbuka atau tertutup. Fraktur terbuka terjadi apabila terdapat luka yang menghubungkan tulang yang fraktur dengan udara luar atau permukaan kulit, sedangkan fraktur tertutup terjadi apabila kulit yang menyelubungi tulang tetap utuh. Fraktur terjadi ketika kekuatan ringan atau minimal mematahkan area tulang yang dilemahkan oleh gangguan (misalnya: osteoporosis, kanker, infeksi serta kista tulang).

5. Tanda Dan Gejala

Menurut Akbar Bayu, Fitria& Maslichah, (2023). Tanda dan gejala nyeri adalah sebagai berikut:

- a. Nyeri terus menerus dan bertambah berat sampai dengan fragmen tulang dilakukan imobilisasi, hematoma, dan edema,
- b. Deformitas karena adanya pergeseran fragmen tulang yang patah.
- c. Terjadi pemendekan pada tulang yang sebenarnya karena kontraksi otot yang melekat diatas dan dibawah tempat fraktur.
- d. Krepitasi akibat gesekan antara fragmen satu dengan lainnya.
- e. Pembengkakan dan perubahan warna lokal pada kulit.

6. Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Indrawan dan Hikmawati,(2021) ada beberapa pemeriksaan penunjang, diantaranya:

- a. Menentukan lokasi, luas fraktur, trauma
- b. Pemeriksaan rontgen
- c. Scan tulang, scan MRI atau CT
- d. Arteriogram
- e. Hitung darah lengkap, hemokonsentrasi meningkat atau menurun pada perdarahan, selain itu juga peningkatan leukosit mungkin terjadi sebagai respon terhadap peradangan.

7. Penatalaksanaan

Menurut Nurarif Huda,(2015) Prinsip penanganan fraktur meliputi:

a. Reduksi

Reduksi fraktur berarti mengembalikan fragmen tulang pada kesejajarannya dan rotasi anatomis. Reduksi tertutup, mengembalikan fragmen tulang ke posisinya (ujung-ujungnya saling berhubungan) dengan manipulasi dan traksi manual. Alat yang digunakan biasanya traksi, bidai dan alat yang lainnya.

Reduksi terbuka, dengan pendekatan bedah. Alat fiksasi internal dalam bentuk pin, kawat, sekrup, plat, paku.

b. Imobilisasi

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

8. Komplikasi

Menurut Akbar Bayu, Fitria& Maslichah, (2023) Komplikasi fraktur yaitu:

a. Komplikasi awal/dini

1) Syok Hipovolemik atau Traumatik

Akibat ada perdarahan(baik kehilangan darah eksternal maupun tak kelihatan) dan kehilangan cairan ekstra-sel jaringan yang rusak, dapat terjadi pada fraktur ekstremitas, thorax, pelvis dan vertebra. Karena tulang merupakan organ

yang sangat vaskuler, maka dapat terjadi kehilangan darah yang besar akibat trauma.

2) Fat Emboli

Pada saat terjadi fraktur, globula lemak dapat masuk ke dalam darah karena tekanan sumsum tulang lebih tinggi dari tekanan kapiler atau karena katekolamin yang dilepaskan oleh reaksi stress pasien memobilisasi lemak dan memudahkan terjadi globula lemak dalam aliran darah. Gambaran khasnya: hipoksia, takipnea, takikardia, pireksia.

3) Kompartmen Syndrome

Salah satu efek samping dari pemakaian gips. Kompartmen syndrome merupakan masalah yang terjadi saat perfusi jaringan dalam otot kurang dari yang dibutuhkan. Hal ini disebabkan penurunan ukuran kompartmen otot karena edema atau bengkak dari balutan yang menjerat, peningkatan isi kompartmen otot karena edema atau perdarahan. Biasanya pasien mengeluh nyeri pada ekstremitas distal bawah, pucat, parastesia/ baal, penurunan kapiler refill.

4) Infeksi

Semua jenis fraktur terbuka dianggap mengalami proses kontaminasi. Infeksi merupakan kondisi atau keadaan dimana mikroorganisme tersebut dapat menyebar ke jaringan tubuh. Infeksi pada tulang berbeda dengan infeksi lainnya karena tulang terdiri dari bangunan jaringan yang rigid sehingga

komplikasi rentan terhadap rusaknya pembuluh darah dan kematian sel. Infeksi pada tulang ditandai dengan adanya nyeri, demam karena adanya luka terbuka pada tulang. Pada pemeriksaan laboratorium terdapat peningkatan sel darah putih(leukosit), laju endap darah. Oleh karena itu petugas kesehatan di pre hospital harus memperhatikan jenis fraktur dan penanganan yang tepat sehingga resiko infeksi bisa diminimalisir.

b. Komplikasi Lambat

- 1) Malunion: tulang patah telah sembuh dalam posisi yang tidak seharusnya (penyatuan yang tidak bagus)

10. Proses Keperawatan:

Konsep asuhan keperawatan pada klien pre operatif fraktur menurut (Tarwoto dan Wartonah dalam Dewi,2020), meliputi:

a. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Di sini semua data di kumpulkan secara sistematis guna menentukan status kesehatan klien saat ini. Pengkajian harus dilakukan secara komprehensif terkait dengan aspek biologis,psikologis,sosial maupun spiritual klien. Secara umum pengkajian pada fraktur meliputi menurut (Tarwoto dan Wartonah dalam Dewi, (2020) :

1. Identitas klien

Identitas klien berupa: nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan agama, status perkawinan, suku bangsa, tanggal masuk, nomor registrasi dan diagnosa keperawatan.

2. Keluhan utama

Pada umumnya keluhan pada fraktur adalah rasa nyeri.

3. Riwayat penyakit sekarang,berupa kronologi kejadian terjadinya penyakit sehingga bisa terjadi penyakit seperti sekarang.

4. Riwayat penyakit dahulu,ditemukan kemungkinan penyebab fraktur dan petunjuk berapa lama tulang tersebut akan menyambung.

5. Riwayat penyakit keluarga merupakan salah satu faktor predisposisi terjadinya fraktur.

6. Riwayat psikososial merupakan respon emosi klien terhadap penyakit yang di derita dan peran klien dalam keluarga dan masyarakat yang mempengaruhi dalam kehidupan sehari-hari.

7. Pola-pola fungsi Kesehatan

a) Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat

Pada fraktur biasanya klien merasa takut akan mengalami kecacatan, maka klien harus menjalani penatalaksanaan untuk membantu penyembuhan tulangnya. Selain itu diperlukan pengkajian yang meliputi kebiasaan hidup klien, seperti kebiasaan penggunaan obat steroid yang dapat mengganggu metabolisme kalsium, penggunaan alkohol, klien melakukan olahraga atau tidak.

b) Pola nutrisi dan metabolisme klien

Fraktur harus mengkonsumsi nutrisi yang lebih dari kebutuhan sehari-hari seperti: kalsium, zat besi, protein, vitamin C untuk membantu proses penyembuhan.

c) Pola eliminasi

Perlu dikaji frekuensi, kepekatan, warna, bau untuk mengetahui adanya kesulitan atau tidak. Hal yang perlu

dikaji dalam eliminasi berupa buang air besar (BAB) dan buang air kecil (BAK).

d) Pola tidur dan istirahat

Klien biasanya merasa nyeri dan gerakannya terbatas sehingga dapat mengganggu pola dan kebutuhan tidur klien.

e) Pola aktivitas

Pola aktivitas adanya nyeri dan gerak yang terbatas, aktivitas klien menjadi berkurang dan butuh bantuan dari orang lain.

f) Pola hubungan dan peran

Klien akan kehilangan peran dalam keluarga dan masyarakat karena menjalani perawatan di rumah sakit.

g) Pola persepsi dan konsep diri

Klien fraktur akan timbul ketakutan akan kecacatan akibat fraktur, rasa cemas, rasa ketidakmampuan melakukan aktivitas secara optimal dan gangguan citra tubuh.

h) Pola sensori dan kognitif

Berkurangnya daya araba terutama pada bagian fraktur.

i) Pola reproduksi seksual

Klien tidak bisa melakukan hubungan seksual karena harus menjalani rawat inap dan keterbatasan gerak serta nyeri

j) Pola penanggulangan stress

Pada klien fraktur timbul rasa cemas akan keadaan dirinya, takut mengalami kecacatan dan fungsi tubuh.

k) Pola tata nilai dan keyakinan

Klien tidak bisa melaksanakan ibadah dengan baik karena rasa nyeri dan keterbatasan fisik.

l) Pemeriksaan fisik

Terdapat dua pemeriksaan umum pada fraktur yaitu Gambaran umum dan keadaan lokal berupa:

(1) Gambaran umum, pemeriksa perlu memperhatikan pemeriksaan secara umum meliputi hal-hal sebagai berikut:

(a) Kesadaran umum yaitu baik buruknya yang dicatat adalah tanda-tanda seperti berikut ini:

-Kesadaran klien yaitu apatis, sopor, koma, gelisah dan compos mentis.

- Kesakitan, keadaan penyakit yaitu akut , kronik, ringan, sedang, berat dan pada kasus fraktur biasanya akut.

(b) Tanda-tanda vital tidak normal karena ada gangguan baik fungsi maupun bentuk.

(c) Pemeriksaan dari kepala ke ujung jari kaki atau tangan harus diperhitungkan keadaan proksimal

serta bagian distal terutama mengenai status neurovaskuler.

(2) Keadaan lokal

(a) *Look* yaitu melihat adanya suatu deformitas (angulasi atau mebentuk sudut, rotasi atau pemutaran dan pemendekan), jejas, tulang yang keluar dari jaringan lunak, sikatrik (jaringan parut baik yang alami maupun buatan seperti bekas operasi), warna kulit, benjolan, pembengkakan atau cekungan dengan hal-hal yang tidak biasa (abnormal) serta posisi dan bentuk dari ekstremitas(deformitas).

(b) *Feel* yaitu adanya respon nyeri atau ketidaknyamanan, suhu disekitar trauma, fluktuasi pada pembengkakan, nyeri tekan (*tenderness*), krepitasi, letak kelainan(seperti proksimal, tengah atau distal).

(c) *Move* yaitu gerakan abnormal Ketika menggerakkan bagian yang cedera dan kemampuan *Range Of Motion (ROM)* mengalami gangguan.

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah Kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung

aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan Kesehatan. Berikut adalah diagnosis keperawatan yang mungkin muncul pada klien fraktur menurut Nurarif Huda (2015), dengan menggunakan standar Diagnosis Keperawatan Indonesia dalam (PPNI,2017).

1) Pre Operatif Fraktur

- a) Nyeri akut yang berhubungan dengan agen pencedera fisiologi
- b) Gangguan mobilitas fisik yang berhubungan dengan nyeri
- c) Defisit perawatan diri yang berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal

Berikut merupakan uraian dari diagnosa yang timbul bagi klien pre operatif fraktur menurut (Nurarif Huda,(2015), dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (PPNI,(2017).

Pre operatif fraktur:

a. Nyeri Akut (D. 0077)

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

1) Penyebab

- a) Agen pencedera fisiologis (misal: inflamasi, iskemia, neoplasma)

- b) Agen pencedera kimiawi (misal: terbakar, bahan kimia)
- c) Agen pencedera fisik (misal: abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, Latihan fisik berlebihan)

2) Batasan karakteristik

a) Data mayor

Data mayor yang dapat menunjang munculnya diagnose nyeri akut antara lain:

- (1) Klien mengeluh nyeri
- (2) Tampak meringis
- (3) Bersikap protektif (misalnya: waspada, posisi menghindari nyeri)
- (4) Gelisah
- (5) Frekuensi nadi meningkat
- (6) Sulit tidur

b) Data Minor

Data minor yang dapat menunjang munculnya diagnosa nyeri akut antara lain:

- (1) Tekanan darah meningkat
- (2) Pola napas berubah
- (3) Nafsu makan berubah
- (4) Proses berfikir terganggu
- (5) Menarik diri
- (6) Berfokus pada diri sendiri

4) Kondisi Klinis Terkait

- a) Kondisi pembedahan
- b) Cedera traumatis
- c) Infeksi
- d) Sindrom koroner akut
- e) Glaukoma

B) Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

1) Definisi

Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

2) Penyebab

- a) Kerusakan integritas struktur tulang
- b) Perubahan metabolisme
- c) Ketidakbugaran fisik
- d) Penurunan kendali otot
- e) Penurunan massa otot
- f) Penurunan kekuatan otot
- g) Keterlambatan perkembangan
- h) Kekakuan sendi
- i) Kontraktur
- j) Malnutrisi
- k) Gangguan muskuloskeletal
- l) Gangguan neuromuskular
- m) Indeks massa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia

- n) Efek agen farmakologis
- o) Program pembatasan gerak
- p) Nyeri
- q) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
- r) Kecemasan
- s) Gangguan kognitif
- t) Keengganan melakukan pergerakan
- u) Gangguan sensori-persepsi

3) Batasan Karakteristik

a) Data Mayor

Data mayor yang dapat menunjang munculnya diagnosa

Gangguan Mobilitas Fisik antara lain:

- (1) Klien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas
- (2) Kekuatan otot menurun
- (3) Range Of Motion (ROM) menurun.

b) Data Minor

Data minor yang dapat menunjang munculnya diagnosa

Gangguan Mobilitas Fisik antara lain:

- (1) Nyeri saat bergerak
- (2) Enggan melakukan pergerakan
- (3) Merasa cemas saat bergerak
- (4) Sendi kaku
- (5) Gerakan tidak terkoordinasi
- (6) Gerakan terbatas

(7) Fisik lemah

4) Kondisi Klinis Terkait

- a) Stroke
- b) Cedera medulla spinalis
- c) Trauma
- d) Fraktur
- e) Osteoarthritis
- f) Osteomalasia
- g) Keganasan

C) Defisit Perawatan Diri (D. 0109)

1) Definisi

Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri

2) Penyebab

- a) Gangguan muskuloskeletal
- b) Gangguan neuromuskuler
- c) Kelemahan
- d) Gangguan psikologis dan/ psikotik
- e) Penurunan motivasi atau minat

3) Batasan Karakteristik

a) Data Mayor

Data mayor yang dapat menunjang munculnya diagnosa

Defisit Perawatan Diri antara lain:

- (1) Menolak melakukan perawatan diri

(2) Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/ kebutuhan

KDM

(3) Minat melakukan perawatan diri kurang

b) Data Minor

Data minor yang dapat menunjang munculnya diagnosa

Defisit Perawatan Diri antara lain:

5) Kondisi Klinis Terkait

(a) Stroke

(b) Cedera medulla spinalis

(c) Depresi

(d) Arthritis rheumatoid

(e) Retardasi mental

(f) Delirium

(g) Demensia

(h) Gangguan amnestic

(i) Skizofrenia dan gangguan psikotik lain

(j) Fungsi penilaian terganggu

BAB III

METODE PENULISAN

A. Desain Penulisan

Jenis atau desain penulisan laporan karya tulis ilmiah ini adalah deskriptif dengan menggunakan pendekatan studi kasus. Desain penulisan deskriptif adalah penulisan atau penelitian yang bertujuan menggambarkan situasi atau kejadian secara tepat dan akurat, bukan untuk mencari hubungan sebab akibat (Yusuf, (2016). Pada laporan karya tulis ilmiah ini, penulis akan mendeskripsikan diagnosa keperawatan pada pasien dengan Close Fraktur Proximal OS Tibia Dextra.

B. Subyek Penulisan

Populasi pada penulisan karya tulis ilmiah ini adalah seluruh pasien Close Fraktur yang dirawat di RSUD Ibu Fatmawati Soekarno Kota Surakarta. Karena waktu yang sangat terbatas, maka sampel pada laporan ini hanya 1 (satu) kasus. Kasus diambil secara acak (*simple random sampling*).

C. Fokus Penulisan

Fokus utama sebagai bahasan pada laporan karya tulis ilmiah ini adalah Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Close Fraktur OS Tibia Dextra.

D. Definisi Operasional

1. Diagnosa keperawatan adalah sebuah pernyataan yang digunakan perawat untuk mengidentifikasi dan memberikan tindakan secara tepat untuk meningkatkan status kesehatan.
2. Close fraktur os tibia dextra adalah diagnosa medis yang ditegakkan pada pasien yang mengalami patah tulang namun tidak terlihat.

E. Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau instrumen pengumpulan data yang digunakan oleh penulis pada laporan karya tulis ilmiah ini adalah :

1. Format pengkajian yang diterbitkan oleh STIKES PANTI KOSALA.
2. Format dokumentasi asuhan keperawatan yang dikeluarkan oleh STIKES PANTI KOSALA.
3. Format pengkajian nyeri menurut *numeric pain scale*.

F. Metode Pengumpulan Data

Data diambil secara aktual saat ini dan studi retrospektif berdasar data atau dokumen yang ada pada rekam medis pasien, prosedur pengumpulan data yang penulis lakukan adalah sebagai berikut :

1. Menjelaskan tujuan dan prosedur pengambilan data kepada pasien.
2. Melakukan pengkajian pada pasien sesuai responden yang diperoleh dengan metode anamnesa, pemeriksaan fisik,

observasi, dan studi dokumentasi.

3. Menulis laporan asuhan keperawatan sesuai format yang telah disiapkan.
4. Melakukan analisis deskriptis atau studi kasus sesuai data dan asuhan keperawatan yang dilakukan.

G. Analisis Data

Sesuai jenis dan desain penulisan laporan karya tulis ilmiah yang berupa studi deskriptif, maka data yang telah penulis peroleh disajikan dalam bentuk gambaran atau deskripsi tendensi atau fenomena masalah yang didukung dengan data atau fakta-fakta secara jelas dan objektif.

H. Tempat dan Waktu

Pengambilan data pada laporan karya tulis ilmiah ini dilaksanakan di Ruang Sido Asih RSUD Ibu Fatmawati Soekarno Kota Surakarta selama 1 (satu) *shift* jaga pada hari kamis, 6 februari 2025.

I. Ruang Lingkup

Karena begitu luasnya diagnosa keperawatan yang ditemukan pada pasien close fraktur, maka pada laporan karya tulis ilmiah ini, penulis hanya membatasi pada 2 (dua) diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut dan gangguan mobilitas fisik dengan jumlah responden 1 pasien yang dilakukan pada saat pengelolaan kasus.

BAB IV

RESUME KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Resume Kasus

1. Identitas Pasien dan Medis

- | | |
|-----------------------|--|
| a. Nama | : Ny. T |
| b. Umur | : 47 tahun |
| c. Jenis Kelamin | : Perempuan |
| d. Alamat | : Kadipiro |
| e. Pekerjaan | : Swasta |
| f. Agama | : Islam |
| g. Status | : Menikah |
| h. Ruang/Kamar | : Sido Asih/8.C |
| i. Tanggal, Jam Masuk | : Kamis 6 Februari 2025, 08.00WIB |
| j. No. Register | : 0025xxx |
| k. Dx. Medis | : Close Fraktur Proximal OS Tibia
Dextra, Dislokasi Genu Dextra |
| l. Dokter | : dr. S |
| m. Perawat | : Ns. R |

2. Riwayat Keperawatan

a. Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien datang ke IGD RSUD Ibu Fatmawati Soekarno dengan keluhan nyeri pada lutut kaki kanan karena kecelakaan saat berkendara. Setelah jatuh pasien merasakan nyeri pada lutut kaki kanan, tetapi tidak ada luka pada lutut kaki kanan. Lalu

pasien dibawa ke IGD RSUD Ibu Fatmawati Soekarno, dan dilakukan rontgen dan didapatkan hasil Fraktur Proximal OS Tibia Dextra. Lalu pasien dipindahkan ke bangsal Sido Asih dan direncanakan Operasi besok pada hari kamis, 6 februari 2025 dengan persiapan operasi berpuasa sesuai dengan jam yang telah ditentukan. Saat tiba di bangsal(sebelum operasi) didapatkan hasil TTV: TD: 148/90, S: 36,9°C, SPO2: 99%. Pasien mendapatkan terapi Inf, Futrolit 20tpm, Inj. Anbacim 500mg/8jam, Inj. Antrain 1gr/12 jam, Inj. Ranitidin 1gr/12 jam.

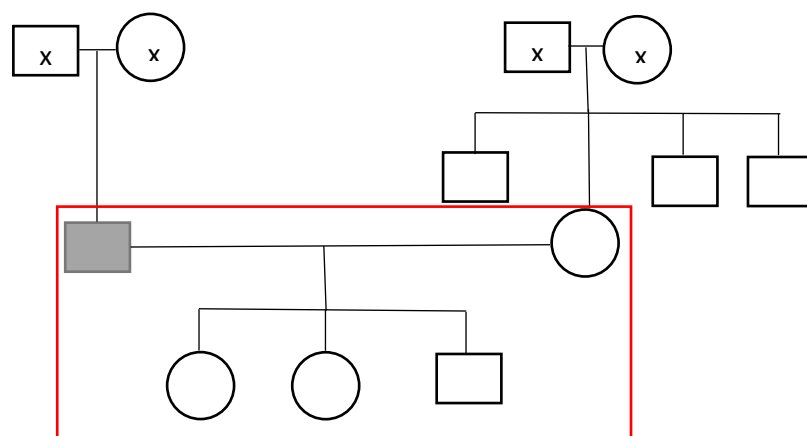
b. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan pernah dirawat di rumah sakit sekitar kurang lebih 20 tahun yang lalu karena demam berdarah.

c. Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit menurun dari ibunya yaitu hipertensi sejak 1 tahun yang lalu. Dan tidak rutin mengonsumsi obat anti-hipertensi.

Genogram



Keterangan :

— : garis pernikahan

— : garis serumah

| : garis keturunan

■ : pasien

○ : perempuan

□ : laki-laki

○_x : meninggal

□_x : meninggal

3. Pemeriksaan Fisik

- a. Tingkat Kesadaran : Compos Mentis
- b. Keadaan Umum : Baik
- c. Tanda-Tanda Vital : TD: 140/93 mmHg SPO2: 99%
N: 90 x/menit S: 36.6°C
RR: 20 x/menit

d. Kepala

Rambut pasien berwarna hitam dan terdapat uban, distribusi rambut merata dan tidak terdapat alopecia. Kepala berbentuk oval, tidak terdapat nodul/lesi. Kedua mata simetris, pupil isokor, konjungtiva merah muda, sklera berwarna putih, hidung normal, tidak ada secret. Bibir kering dan pucat, tidak ada gigi berlubang atau gigi palsu. Kedua telinga simetris, tidak terdapat penurunan pendengaran, tidak ada secret. Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan tidak terdapat nyeri saat menelan.

e. Thoraks

Inspeksi : Dada tampak simetris, pergerakan dada sama

dan cepat. Tidak terdapat lesi.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, vokal fremitus kanan dan

kiri terdengar sama

Perkusi : Terdengar bunyi sonor.

Auskultasi : Suara nafas vesikuler dan dan tidak ada suara

nafas tambahan.

f. Abdomen

Inspeksi : Tidak ada lesi dan tidak ada asites

Auskultasi : Bising usus terdengar 10x/menit

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan

Perkusi : Terdengar bunyi timpani

g. Genetalia

Normal, bersih (tidak terpasang DC) dan tidak ada gangguan.

h. Ekstremitas

Ekstremitas bawah kanan tidak bisa digerakkan, kulit tampak kering, CRT <2 detik, ekstremitas atas kanan dan kiri normal, ekstremitas bawah kanan tidak normal dan bawah kiri normal.

4. Pemeriksaan Penunjang

- a. Radiologi : Rontgen (Genu AP dan lateral kanan) (Rabu 5 Februari 2025)

Hasil/ Kesimpulan : Fraktur komplrit kominutif pada epimetafisis proximal os tibia dextra disertai dislokasi genu foint kanan kearah medial dan soft tissue sweeling disekitarnya.

b. Radiologi: Rontgen Thorax (Rabu 5 Februari 2025)

Hasil/ Kesimpulan: Cardiomegalli Bronkitis

c. Pemeriksaan Laboratorium tanggal 5 Februari 2025

Nama Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Rujukan
Darah Lengkap			
Hemoglobin	11.9	g/dl	10.0-15.0
Leukosit	15.44	$10^3/\mu\text{L}$	4.7-11.5
Eritrosit	4.99	juta/ mm^3	4.11-5.55
Trombosit	326	ribu/ mm^3	216-450
Hematokrit	36	%	34-45
Hitung Jenis Leukosit			
Basofil	0	%	0-1
Eosinofil	1	%	1-5
Limfosit	4	%	20-44
Monosit	6	%	3-9
Neutrofil Batang	2	%	2-6
Neutrofil Segmen	87	%	42-71
MCH	25.7	Pg	22-31
MCHC	32.7	mmol/L	30-35
MCV	78.5	fL	71-92
Rasio n/l	21.75		<3.13
Kimia Klinik			
Natrium (Na)	145	mmol/L	135-142
Kalium (K)	4.47	mmol/L	3.5-5.0
Nama Pemeriksaan	Hasil	Satuan	
Klorida (Cl)	110	mmol/L	95-105
SGOT (ast)	36	u/L	<40

Nama Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Rujukan
SGPT (act)	16	u/L	<40
Ureum	28	mg/dl	13-43
Creatinin	0.7	mg/dl	0.5-1.1
GDS	120	mg/dl	70-140
Imunologi Anti HIV I	Non Reaktif		Non Reaktif

5. Program Terapi

Nama Terapi	Dosis, waktu dan rute	Fungsi
Infus. Futrolit	20 tpm, Intravena	Untuk memenuhi kebutuhan cairan elektrolit sebelum operasi, saat operasi dan setelah operasi.
Injeksi Anbacim	500mg/8 jam, intravena	Mengatasi berbagai penyakit akibat infeksi bakteri
Injeksi Antrain	1gr/12 jam, intravena	Meredakkan nyeri sedang hingga berat
Inj. Ranitidin	1gr/12 jam, intravena	Mengobati gejala akibat produksi asam lambung berlebih

6. Data Fokus

Hari, Tanggal	Data Subjektif dan Data Objektif (Pre OP)	Tanda Tangan
Kamis,6 Februari 2025	Data Subjektif: -Pasien mengatakan nyeri pada bagian kaki yang patah, nyeri seperti ditusuk- tusuk, dilutut kaki kanan dengan skala nyeri 8, nyeri hilang	
	timbul, nyeri bertambah jika bergerak, nyeri berkurang jika tidak banyak bergerak.	

Hari, Tanggal	Data Subjektif dan Data Objektif (Pre OP)	Tanda Tangan
	-Pasien mengeluh susah dan sakit saat menggerakkan kakinya. -Pasien mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas kecil seperti BAB/BAK ke kamar mandi sendiri, berpakaian dan mandi secara mandiri. Data Objektif: -Pasien tampak kesakitan -Pasien tampak gelisah -Pasien tampak meringis kesakitan -Pasien tampak tidak bisa melakukan aktivitas secara mandiri -TTV: TD: 145/95mmHg, SPO2: 99%, N: 90x/menit, S: 36,7°C, RR: 20x/menit. -Skor ADL: Makan (3), berpakaian (1), toileting (0), dan mobilisasi (0) -Leukosit: 14.44 (H) -Klorida: 110 (H)	

7. Analisa Data

No. DX	Hari, tgl	Data	Problem	Etiologi	TTD/ nama
1	Kamis, 6-Feb 2025	Data Subjektif: Pasien mengatakan nyeri pada bagian lutut yang patah, nyeri seperti ditusuk-tusuk,	Nyeri Akut	Agen Pencedera Fisiologi	Nadia

No. DX	Hari, tgl	Data	Problem	Etiologi	TTD/ nama
		nyeri dibagian lutut kaki kanan dengan skala 8, nyeri hilang timbul, nyeri bertambah jika bergerak, nyeri berkurang jika tidak banyak bergerak Data Objektif: -Pasien tampak kesakitan -Pasien tampak gelisah -Paien tampak meringis kesakitan -Hasil TTV: TD: 145/95 mmHg, SPO2: 99%, N: 90x/menit, S: 36,7°C, RR: 20x/menit,			

8. Perencanaan

No. DX	Tujuan	Tindakan	TTD/ nama
1	SLKI: Tingkat Nyeri Tujuan: Setelah dilakukan. Tindakan selama 2x shift. Pasien mampu mencapai Tingkat nyeri yang menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan Nyeri (4) 2. Meringis (5) 3. Gelisah (5) Keterangan 1-3 Meningkat (4) Cukup meningkat (5) Sedang (5) Cukup menurun (4) Menurun (5)	SIKI: Manajemen Nyeri Tindakan: Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri (tiap 2 jam sekali) 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik: 1. Berikan Teknik non farmakologi (kompres hangat, nafas dalam) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri 3. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi: 1. Jelaskan penyebab dan pemicu nyeri 2. Ajarkan Teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi: 1. Kolaborasi pemberian analgetik (anbacim 500mg/8 jam), jika perlu.	

No DX	Tujuan	Tindakan	TTD/ Nama
2	SLKI: Mobilitas Fisik Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x shift. Pasien mampu mencapai mobilitas fisik yang meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas (4) 2. Kekuatan otot (4) 3. Rentang Gerak (4) 4. Kelemahan fisik (5) Keterangan (1-4) Meningkat (4) Menurun (5)	SIKI: Dukungan Mobilisasi Tindakan Observasi: 1. Identifikasi adanya nyeri 2. Identifikasi toleransi fisik Terapeutik: 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi 2. Fasilitasi melakukan mobiltas dini Edukasi: 1. Jelaskan tujuan dari mobilsasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini	

9. Implementasi

Hari, tgl Jam	No. DX	Catatan Keperawatan	TTD/ nama
Kamis, 6 Feb 2025 08.30 WIB	1,2	Melakukan pengukuran TTV pada pasien Respon Subjektif: Pasien mengatakan lutut kaki kanannya sangat nyeri Respon Objektif: Pasien tampak meringis kesakitan Hasil TTV: TD: 148/89 mmHg, SPO2: 99%, N: 92x/menit, RR: 20x/menit, Suhu: 36,6°C	Nadia
10.25 WIB	1,2	Mengantar pasien keruang operasi Respon Subjektif: Pasien mengatakan sedikit takut Respon Objektif: Pasien tampak cemas	Nadia
12.30 WIB	1,2	Menjemput pasien diruang operasi Respon Subjektif: Pasien mengatakan sedikit pusing dan ingin mual Respon Objektif: Pasien tampak lema dan belum sadar penuh	Nadia
13.00 WIB	1,2	Melakukan pengukuran TTV pada pasien Respon Subjektif: Pasien mengatakan kaki kanannya masih belum bisa digerakkan Respon Objektif: Pasien tampak lemas Hasil TTV: TD: 143/91mmHg, S: 36,8°C, SPO2: 99%, RR: 20x/menit, N: 90x/menit	Nadia

Hari, tgl Jam	No. DX	Catatan Keperawatan	TTD/ nama
15.00 WIB	1,2	Melakukan pengkajian post op pada pasien Respon Subjektif: Pasien mengatakan kaki kanannya sudah mulai bisa digerakkan, dan mulai terasa nyeri. Reson Objektif: Pasien tampak kesakitan	Nadia
Jumat,7 Feb 2025 07.30 WIB	1,2	Melakukan pengukuran TTV pada pasien Respon Subjektif: Pasien mengatakan luka post op masih nyeri Respon Objektif: Pasien tampak kesakitan Hasil TTV: TD: 155/100mmHg, N: 83x/menit, Suhu: 36,6°C, SPO2: 99%	Nadia
08.00 WIB	1,2	Memberikan terapi obat injeksi Respon Subjektif: Pasien mengatakan kaki kanannya nyeri Respon Objektif: Injeksi obat: -Metamizole: 1000mg/8am -Anbacim: 100mg/12jam - Ranitidine: 50mg/12jam	Nadia
09.00 WIB	1,2	Mengobservasi Pasien Respon Subjektif: - Respon Objektif: Pasien tampak kesakitan, terdapat verban luka post op pada lutut kanan, terpasang drain sebanyak 100cc (berwarna merah)	Nadia

Hari, Tgl	No. DX	Catatan Keperawatan	TTD/ Nama
09.30 WIB	1	Melatih tarik nafas dalam Respon Subjektif: Pasien mengatakan nyerinya terus menerus Respon Objektif: Pasien mengikuti arahan teknik nafas dalam yang di ajarkan	Nadia
09.45 WIB	1,2	Memfasilitasi istirahat dan tidur Respon Subjektif: Pasien mengatakan tidurnya sering terbangun karena nyeri Respon Objektif: Pasien masih tampak lemah	Nadia

10. Evaluasi

Hari, tgl	NO. DX	Evaluasi (SOAP)	TTD/ nama
Jumat,7 Feb 2025	1	S: Pasien mengatakan nyerinya sudah berkurang banyak, hanya saja jika digerakkan masih terasa nyeri O: Pasien tampak lebih nyaman, tidak gelisah, tidak meringis kesakitan, hasil TTV: TD: 155/100mmHg, RR: 20x/menit, N: 83x/menit, S: 36,6°C, Spo2; 99% Dengan indikator: 1. Keluhan Nyeri (3) 2. Meringis (3) 3. Gelisah (3)	Nadia

Hari, tgl	N0. DX	Evaluasi (SOAP)	TTD/ nama
		A: Pasien belum mampu mencapai tingkat nyeri sebagian yang menurun P: Lanjutkan intervensi Berikan obat sesuai resep dokter	
Jumat,7 Feb 2025	2	S: Pasien mengatakan sudah sedikit bisa menggerakkan kakinya, tetapi masih belum bisa untuk beraktivitas O: Pasien tampak lebih nyaman(tidak tampak cemas/ takut) A: Pasien belum mampu mencapai tingkat mobiltas yang meningkat P: Lanjutkan Intervensi 1. Anjurkan untuk mobilisasi sederhana	Nadia

B. Pembahasan

Pada bagian ini, penulis akan membahas diagnosa keperawatan pada Ny. T dengan post operasi ORIF proximal tibia dextra diruang Sidoasih RSUD Ibu Fatmawati Soekarno Surakarta.

1. Diagnosa keperawatan yang ditemukan saat pengelolaan kasus

a. Nyeri akut yang berhubungan dengan agen pencedera fisik

1) Definisi

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016), nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang

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

Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan pasien mengalami gangguan pengalaman sensorial yang berkaitan dengan kerusakan jaringan fungsional dengan waktu yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Penulis menyimpulkan bahwa data pasien mendukung untuk ditegakannya diagnosa nyeri akut pada Ny. T dengan post operasi ORIF karena hasil dari pengkajian pasien sesuai dengan diagnosa nyeri akut.

2) Data atau batasan karakteristik/data mayor minor

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016), tanda dan gejala yang terkait pada diagnosa keperawatan nyeri akut yaitu tanda dan gejala mayor subjektif mengeluh nyeri, objektif: tampak meringis, bersikap protektif (misal, waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, sedangkan tanda dan gejala minor objektif : tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diforesis. Tanda/gejala dikelompokkan menjadi dua kategori yaitu mayor, tanda/gejala ditemukan 80% -

100% untuk memvalidasi diagnosis dan minor, tanda/gejala tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat mendukung penegakan diagnosis.

Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan pasien mengeluh nyeri, skala nyeri 8 (nyeri berat), terasa seperti ditusuk-tusuk, nyeri pada lutut kaki kanan, hilang timbul serta memberat saat bergerak. Pasien tampak meringis dan kesakitan menahan nyeri, pasien tampak gelisah. Data yang ditemukan penulis saat pengkajian dengan pasien menunjukkan sudah 100% untuk tanda gejala mayor dan juga terdapat beberapa tanda dan gejala minor yang ditemukan pada pasien hanya frekuensi nadi meningkat.

Penulis menyimpulkan bahwa data untuk mendukung diagnosa nyeri akut pada Ny. T dengan post operasi ORIF proximal tibia dextra, tidak semuanya sesuai dengan teori. Ada beberapa data yang tidak ditemukan seperti sulit tidur tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaphoresis. Data tersebut merupakan data minor yang artinya data tersebut tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat menunjang diagnosa. Data pada saat pengkajian, penulis tidak menemukan data (minor)

tersebut pada pasien akan tetapi data pokok (mayor) seperti tampak meringis, bersikap protektif terhadap nyeri, gelisah, frekuensi nadi meningkat ditemukan pada pasien. Sehingga, penulis dapat menegakkan diagnosa keperawatan tersebut.

3) Etiologi

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016), etiologi pada diagnosa keperawatan nyeri akut yaitu: agen pencedera fisiologis (misal, inflamasi, iskemia, neoplasma), agen pencedera kimiawi (misal, terbakar, bahan kimia iritan), agen pencedera fisik (misal, abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).

Berdasarkan teori tersebut terdapat kesesuaian dengan keadaan pasien bahwa pasien yaitu post operasi pembedahan. Operasi adalah tindakan pembedahan yang dilakukan pada pasien untuk mengobati masalah pada pasien.

Berdasarkan hasil pengkajian pasien mengatakan kaki kanan pada bagian lutut nyeri, dengan skala nyeri 8 nyeri seperti terbakar, nyeri terus menerus nyeri bertambah jika banyak bergerak dan nyeri berkurang jika tidak digerakkan, sehingga etiologi yang penulis tetapkan yaitu agen pencedera fisik (prosedur operasi) sudah sesuai dengan teori.

4) Kondisi klinis terkait

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016), kondisi klinis yang terkait pada diagnosa keperawatan nyeri akut yaitu kondisi pembedahan, cedera traumatis, infeksi, sindrom koroner akut, glaukoma. Menurut Nuraeni & Wianti (2021), pada post operasi akan terjadi terputusnya integritas jaringan kulit dan robekan pada saraf perifer sehingga terjadi nyeri akut. Menurut Lenggogeni (2023), nyeri yang dirasakan timbul dari luka bekas insisi atau robekan saraf perifer karena kerusakan kontinuitas jaringan yang disebabkan beberapa hal. Setelah itu ada stimulasi nyeri berupa *histamin*, *bradikinin*, *prostaglandin*, sehingga keluarnya mediator nyeri yang dapat menstimulasi transmisi impuls di sepanjang serabut syaraf aferen nosiseptor ke kornus dorsalis medulla spinalis, didalam kornus dorsalis akan terbentuk sinaps kimia dengan menggunakan neurotransmitter seperti substansi P dikeluarkan sehingga mengakibatkan transmisi sinapsis dari saraf perifer ke saraf traktus.

Spinolatus. Sistem spinotalamus akan bersinapsis di thalamus yang akhirnya pusat thalamus akan menerima informasi dengan cepat dan menginterpretasikan nyeri yang dirasakan, oleh karena itu seorang individu akan

merasakan nyeri. Apabila ditinjau dari kesesuaian data antara teori dan realita pada pasien dimana pasien dengan post operasi ureteroscopy uretelolithiasis, dapat disimpulkan penegakkan diagnosa keperawatan nyeri akut oleh penulis sudah tepat sesuai dengan kondisi klinis pasien.

b. Gangguan mobilitas fisik yang berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang

1) Definisi

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2017). Menurut North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) gangguan mobilitas fisik atau imobilisasi merupakan suatu keadaan dimana individu yang mengalami atau berisiko mengalami keterbatasan gerakan fisik (Kozier, Erb, Berman & Snyder, 2020). Ada lagi yang menyebutkan bahwa gangguan mobilitas fisik merupakan suatu kondisi yang relatif dimana individu tidak hanya mengalami penurunan aktivitas dari kebiasaan normalnya kehilangan tetapi juga kemampuan gerakanya secara total (Ernawati, 2022). Kemudian, Widuri (2020) juga menyebutkan bahwa gangguan mobilitas fisik atau imobilitas merupakan

keadaan dimana kondisi yang mengganggu pergerakannya, seperti trauma tulang belakang, cedera otak berat disertai fraktur pada ekstremitas dan sebagainya. Tidak hanya itu, imobilitas atau gangguan mobilitas adalah keterbatasan fisik tubuh baik satu maupun lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah Nurarif A.H & Kusuma H, (2016).

2) Data atau batasan karakteristik/ data mayor minor

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) yaitu :

Tanda dan gejala mayor subjektif dari gangguan mobilitas fisik, yaitu mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas. Kemudian, untuk tanda dan gejala mayor objektifnya, yaitu kekuatan otot menurun, dan rentang gerak menurun. Tanda dan gejala minor subjektif dari gangguan mobilitas fisik, yaitu nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, dan merasa cemas saat bergerak. Kemudian, untuk tanda dan gejala minor objektifnya, yaitu sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, dan fisik lemah.

Berdasarkan hasil pengkajian pasien mengatakan kaki kanan susah untuk digerakkan, tidak bisa melakukan aktivitas kecil seperti BAB/BAK secara mandiri. Data yang ditemukan penulis saat pengkajian dengan pasien menunjukkan sudah 100% untuk tanda gejala mayor

dan juga terdapat beberapa tanda dan gejala minor yang ditemukan pada pasien seperti sulit menggerakkan ekstremitas, rentang gerak menurun dan gerakan terbatas.

Penulis menyimpulkan bahwa data untuk mendukung diagnosa gangguan mobilitas fisik pada Ny. T dengan post operasi ORIF proximal tibia dextra, tidak semuanya sesuai dengan teori. Ada beberapa data yang tidak ditemukan seperti sendi kaku dan gerakan tidak terkoordinasi. Data tersebut merupakan data minor yang artinya data tersebut tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat menunjang diagnosa. Data pada saat pengkajian, penulis tidak menemukan data (minor) tersebut pada pasien akan tetapi data pokok (mayor) seperti kekuatan otot menurun, rentang gerak menurun serta fisik yang lemah pada pasien. Sehingga, penulis dapat menegaskan diagnosa keperawatan tersebut.

3) Etiologi

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), faktor penyebab terjadinya gangguan mobilitas fisik, antara lain kerusakan integritas struktur tulang, perubahan metabolisme, ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, penurunan massa otot, penurunan kekuatan otot, keterlambatan perkembangan, kekakuan sendi,

kontraktur, malnutrisi, gangguan muskuloskeletal, gangguan neuromuskular, indeks masa tubuh di atas persentil ke-75 usia, efek agen farmakologi, program pembatasan gerak, nyeri, kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik, kecemasan, gangguan kognitif, keengganan melakukan pergerakan, dan gangguan sensoripersepsi. NANDA-I (2018) juga berpendapat mengenai etiologi gangguan mobilitas fisik, yaitu intoleransi aktivitas, kepercayaan budaya tentang aktivitas yang tepat, penurunan ketahanan tubuh, depresi, disuse, kurang dukungan lingkungan, fisik tidak bugar, serta gaya hidup kurang gerak. Pendapat lain menurut Setiati, Harimurti, dan Roosheroe (dalam Setiati, Alwi, Sudoyo, Stiyohadi, dan Syam, (2018) mengenai penyebab gangguan mobilitas fisik adalah adanya rasa nyeri, lemah, kekakuan otot, ketidakseimbangan, masalah psikologis, kelainan postur, gangguan perkembangan otot, kerusakan sistem saraf pusat, atau trauma langsung dari sistem muskuloskeletal dan neuromuskular.

BAB V

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pembahasan tentang “Studi Deskriptif Diagnosa Keperawatan pada Asuhan Keperawatan pasien dengan Close Fraktur Proximal OS Tibia Dextra di RUMAH SAKIT IBU FATMAWATI SOEKARNO SURAKARTA”, maka dapat diperoleh kesimpulan dan implikasi sebagai berikut:

A. Kesimpulan

1. Diagnosa yang dapat ditegakkan pada pasien close fraktur os tibia dextra adalah nyeri akut dan gangguan mobilitas fisik.
2. Data yang muncul dari diagnosa nyeri akut: Pasien mengatakan nyeri pada bagian lutut yang patah, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri dibagian lutut kaki kanan dengan skala 8, nyeri hilang timbul, nyeri bertambah jika bergerak, nyeri berkurang jika tidak banyak bergerak.

Data yang muncul dari diagnosa gangguan mobiltas fisik: Pasien mengatakan kaki kanan susah untuk digerakkan, pasien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitas kecil seperti berpakaian dan toileting.
3. Penulis dapat mengidentifikasi etiologi atau faktor yang berhubungan atau faktor resiko pada pasien dengan close fraktur.

B. Implikasi

Perawat dalam menentukan asuhan keperawatan pada kasus close fraktur os tibia dextra lebih berfokus pada diagnosa keperawatan nyeri akut dan gangguan mobilitas fisik.

DAFTAR PUSTAKA

- Akbar,B,K.,&Fitria,M.(2023). *Fraktur (patah tulang)*. Guepedia: Bojonegoro.
https://books.google.com/books/about/FRAKTUR_PATAH_TULANG.html?hl=id&id=WglaEQAAQBAJ.
- Andini,T,S.,&Olivia,N. (2023). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Fraktur Tertutup Dengan Gangguan Rasa Aman Nyaman Nyeri Melalui Tindakan Pemberian Kompres Dingin*. Nusantara Global: Medan.
[https://ejournal.nusantaraglobal.ac.id/index.php/sentri/article/download/820/767/3923#:~:text=Pada%20dua%20responden%20yang%20mengalami,menjadi%20sekala%203%20\(ringan\).&text=Peneliti%20mengucapkan%20terima%20kasih%20kepada,Akper%20Kesdam%20I/BB%20Medan.&text=%5B1%5D%20Wiarto%2C%20G.,Yogyakarta:%20Gosyen%20Publishing%2C%202017.&text=%5B3%5D%20Aini%2C%20L.,2](https://ejournal.nusantaraglobal.ac.id/index.php/sentri/article/download/820/767/3923#:~:text=Pada%20dua%20responden%20yang%20mengalami,menjadi%20sekala%203%20(ringan).&text=Peneliti%20mengucapkan%20terima%20kasih%20kepada,Akper%20Kesdam%20I/BB%20Medan.&text=%5B1%5D%20Wiarto%2C%20G.,Yogyakarta:%20Gosyen%20Publishing%2C%202017.&text=%5B3%5D%20Aini%2C%20L.,2).
- Hardianto,T.,&Ayyubana,S.(2022). *Penerapan Kompres Dingin Terhadap Skala Nyeri Pada Pasien Post Operasi Fraktur*. Cendikia Muda: Jakarta.
<https://jurnal.akperdharmawacana.ac.id/index.php/JWC/article/download/385/246>.
- Indah, S.,& Maharani. (2016). *Asuhan Keperawatan Pada sdr “E” Dengan Nyeri Akut Pada Closed Fraktur Shaft Femur Dextra 1/3 Proksimal*. Insan Cendekia: Jombang.
<https://jurnal.itskesicme.ac.id.stikeskusumabangsa.ac.id/index.php/jip/article/download/721/490>.
- Indrawan,R,D.,& Hikmawati,S,N.(2021). *Asuhan Keperawatan Pada Ny.S dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal Post OP ORIF Hari Ke-1 Akibat Fraktur Femur Sinistra 1/3 Proximal Complete*. Cerdika: Jurnal Ilmiah Indonesia, 1(10),1345-1359.
- Jamal,F. (2022). *Penilaian dan Modalitas Tatalaksana Nyeri*. Nanggroe Medika: Banda Aceh. <https://jknamed.com/jknamed/article/view/211>
- Kemenkes RI. (2018). *Laporan Nasional Riskesdas. Kemenkes RI*.
- Nurhanifah,D.,&Taufika,R. (2022). *Manajemen Nyeri Nonfarmakologi*. Urban Green Central Media.
https://books.google.com/books/about/Manajemen_Nyeri_Nonfarmakologi.html?hl=id&id=K0ahEAAAQBAJ.
- PPNI(2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Definisi dan Indikator Diagnostik*. (1st ed). DPP PPNI.
- PPNI, T.P.S.D. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*.

PPNI,(2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*.

Riska,R. (2021). *Closed Fraktur Tibia Fibula Dextra 1/3 Medial Displaced*. Surakarta.
<https://proceedings.ums.ac.id/index.php/kedokteran/article/download/239/236/242>.

Rizki, I.,&Nopriyanto,D. (2021). *Overview Of Nursing Implementation On Closed Fractures To Reduce Pain Scale*. Kalimantan. <https://e-journals.unmul.ac.id/index.php/JKPBK/article/download/6737/3909>.

Siagian, E.,&Lolyta,D. (2019). *In House Training Pada Perawat PK 1-PK IV Terhadap . Pengetahuan Tentang Manajemen Nyeri*. Lampung.
<https://ejournal.unklab.ac.id/index.php/kjn/article/download/396/425>.

Suratun.,& Heryati.(2016). *Klien Gangguan Sistem Muskuskeletal.Buku Kedokteran* EGC:Jakarta.
https://books.google.com/books/about/Klien_Gangguan_Sistem_Muskuloskeletal_sA.html?hl=id&id=PUjw-sEgCSEC.