

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN AKTIVITAS
PADA PASIEN POST ORIF OPEN FRAKTUR TIBIA DAN FIBULA
SINISTRA DI RUMAH SAKIT BHAYANGKARA BENGKULU
TAHUN 2022**



DISUSUN OLEH :

NADILA DWI HERLINA
NIM. P05120219022

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI DIII
KEPERAWATAN BENGKULU
TAHUN 2022**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN AKTIVITAS
PADA PASIEN POST ORIF OPEN FRAKTUR TIBIA DAN FIBULA
SINISTRA DI RUMAH SAKIT BHAYANGKARA BENGKULU
TAHUN 2022**

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Menyelesaikan Program Diploma Tiga
Keperawatan pada Prodi DIII Keperawatan Bengkulu Jurusan Keperawatan Poltekkes
Kemenkes Bengkulu

Disusun Oleh:

NADILA DWI HERLINA
NIM. P05120219022

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
PRODI DIII KEPERAWATAN BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN
TAHUN 2022**

**HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN AKTIVITAS
PADA PASIEN POST ORIF OPEN FRAKTUR TIBIA DAN FIBULA
SINISTRA DI RUMAH SAKIT BHAYANGKARA BENGKULU
TAHUN 2022**

Dipersiapkan dan dipresentasikan oleh :

NADILA DWI HERLINA
NIM.P05120219022

Karya Tulis Ini Telah Diperiksa dan Disetujui Untuk Dipresentasikan Dihadapan
Penguji Prodi DIII Keperawatan Bengkulu Jurusan Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Bengkulu

Pada tanggal : 8 Juli 2022

Oleh
Pembimbing Karya Tulis Ilmiah



Ns. Husni, S.Kep., M.Pd
197412061997032001

HALAMAN PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN AKTIVITAS
PADA PASIEN POST ORIF OPEN FRAKTUR TIBIA DAN FIBULA
SINISTRA DI RUMAH SAKIT BHAYANGKARA BENGKULU
TAHUN 2022

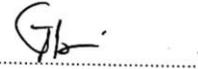
Dipersiapkan dan dipresentasikan oleh:

NADILA DWI HERLINA
NIM.P05120219022

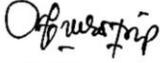
Karya Tulis Ilmiah ini telah diuji dan dinilai oleh Panitia Penguji
Pada Program Studi Diploma III Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu

Pada Tanggal 11 Juli 2022

Panitia Penguji

1. Pauzan Efendi, SST., M.Kes
NIP. 196809131988031003  (.....)
2. Ns. Sahran, S.Kep., M.Kep
NIP. 197709132002121002  (.....)
3. Ns. Husni, S.Kep., M.Pd
NIP. 197412061997032001  (.....)

Mengetahui
Ketua Program DIII Keperawatan


Asmawati, S.Kp., M.Kep
NIP. 197502022001122002

KATA PENGANTAR

Segala puji bagi Allah Tuhan yang maha Esa atas rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang merupakan tugas akhir dalam menyelesaikan program Studi Diploma Tiga Jurusan Keperawatan di Poltekkes Kemenkes Bengkulu dengan judul “Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas pada Pasien Post Orif Open Fraktur Tibia dan Fibula Sinistra Di Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu Tahun 2022”.

Dalam penyusunan Karya Tulis ini penulis mendapat banyak bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak sehingga penulis dapat selesai tepat waktu. Oleh karena itu penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Ibu Eliana, SKM.,M.PH, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Bengkulu yang memberikan kesempatan pada penulis untuk mengikuti pendidikan di Jurusan Keperawatan Politeknik kesehatan Kementerian Kesehatan Bengkulu.
2. Ibu Ns. Septiyanti, S.Kep.,M.Pd, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes kemenkes Bengkulu.
3. Ibu Asmawati, S.Kp., M.Kep, selaku Ketua Program Studi Diploma Tiga Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
4. Ibu Ns. Husni, S.Kep.,M.Pd, selaku pembimbing dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran untuk memberikan bimbingan, arahan dan masukan dengan penuh kesabaran sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan baik.
5. Bapak Pauzan Effendi, SST.,M. & bapak Ns. Sahran, S.Kep.,M.Kep selaku Ketua Dewan Penguji dan Penguji I yang telah menguji dan menilai Karya Tulis Ilmiah penulis.
6. Pasien kelolaan Ny. K dan keluarga beserta seluruh perawat, dokter, dan seluruh tenaga medis lain yang bertugas di Ruang Tribrata Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu.

7. Orang tua dan keluarga yang telah memberikan semangat dan dukungan, membesarkan, mendidik penulis dengan baik dan selalu mendoakan keberhasilan dan kesuksesan penulis, yang berusaha memenuhi semua kebutuhan dan memberikan segalanya kepada penulis.
8. Teman penulis Bellah, Yola, Vezka, Azzar, Friska yang telah memberikan semangat, dukungan dan selalu memberikan masukan dan saran saat penulis menyusun Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak terdapat kesalahan dan kekhilafan dari segi penulisan maupun penyusunan dan metodologi. Oleh karena itu, penulis mengharapkan saran dan bimbingan dari berbagai pihak agar penulis dapat bekarya lebih baik dan optimal lagi dimasa yang akan datang. Penulis berharap semoga apa yang penulis susun ini dapat bermanfaat bagi semua pihak serta dapat membawa perubahan positif terutama bagi penulis sendiri dan mahasiswa Prodi Diploma Tiga Jurusan Keperawatan.

Bengkulu, Juli 2022

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR BAGAN	ix
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB 1 PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Batasan Masalah	4
C. Rumusan Masalah	4
D. Tujuan Penulisan	5
E. Manfaat Penulisan	6
BAB II TINJAUAN TEORITIS	
A. KONSEP DASAR FRAKTUR	7
1. Definisi	7
2. Etiologi	7
3. Klasifikasi	8
4. Patofisiologi	8
5. Woc Fraktur	10
6. Manifestasi Klinis	11
7. Komplikasi	11
8. Pemeriksaan Penunjang	13
9. Penatalaksanaan	14
B. KONSEP DASAR AKTIVITAS	15
1. Definisi	15
2. Jenis Aktivitas	15
3. Faktor Yang Mempengaruhi Aktivitas	16
4. Jenis Aktivitas	16
5. Kategori Tingkat Kemampuan Aktivitas	20
6. Kemampuan Fungsi Motorik (Kekuatan Otot)	20
7. Faktor Penyebab	21
8. Kondisi Klinis	21
9. Penatalaksanaan.....	21
C. KONSEP DASAR ORIF	22
1. Definisi	22
2. Tindakan Pembedahan ORIF	22

D. KONSEP DASAR ASUHAN KEPERAWATAN	23
1. Pengkajian	23
2. Diagnosa Keperawatan	27
3. Intervensi Keperawatan	30
4. Implementasi Keperawatan	36
5. Evaluasi Keperawatan	36
BAB III METODELOGI PENELITIAN	
A. Pendekatan/Desain Penelitian	38
B. Subyek Penelitian	38
C. Batasan Istilah	38
D. Lokasi dan Waktu Penelitian	39
E. Prosedur Penelitian	39
F. Metode dan Instrumen Pengumpulan Data	39
G. Keabsahan Data	40
H. Analisa Data	40
I. Etika Studi Kasus	41
BAB IV TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	
A. KASUS STUDI KASUS	42
1. Pengkajian	42
2. Diagnosa Keperawatan	50
3. Intervensi Keperawatan	51
4. Implementasi Keperawatan	56
5. Evaluasi Keperawatan	56
B. PEMBAHASAN	67
1. Pengkajian	67
2. Diagnosa Keperawatan	68
3. Intervensi Keperawatan	68
4. Implementasi Keperawatan	69
5. Evaluasi Keperawatan	70
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan	72
B. Saran	74
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

NO.	JUDUL	HALAMAN
1	Tabel 2.1 Gerakan ROM Post Orif Open Fraktur Tibia dan Fibula Sinistra	17
2	Tabel 2.2 Tingkat Kemampuan Aktivitas	20
3	Tabel 2.3 Kekuatan Otot	20
4	Tabel 2.4 Tingkat Kemampuan Aktivitas	25
5	Tabel 2.5 Kekuatan Otot	27
6	Tabel 2.6 Intervensi keperawatan	30
7	Tabel 4.1 Tingkat Kemampuan Aktivitas	48
8	Tabel 4.2 Kekuatan Otot	48
9	Tabel 4.3 Gambaran Hasil Pemeriksaan Penunjang	49
10	Tabel 4.4 Gambaran Penatalaksanaan Terapi Obat	49
11	Tabel 4.5 Gambaran Analisa Data	50
12	Tabel 4.6 Gambaran Diagnosa Keperawatan	51
13	Tabel 4.7 Intervensi Keperawatan	52
14	Tabel 4.8 Implementasi Keperawatan Hari-1	56
15	Tabel 4.9 Implementasi Keperawatan Hari-1	58
16	Tabel 4.10 Implementasi Keperawatan Hari-2	60
17	Tabel 4.11 Implementasi Keperawatan Hari-2	62
18	Tabel 4.12 Implementasi Keperawatan Hari-3	64
19	Tabel 4.13 Implementasi Keperawatan Hari-3	66

DAFTAR BAGAN

NO.	JUDUL	HALAMAN
1	Bagan 2.1 Woc Fraktur	10
2	Bagan 4.1 Genogram	44

DAFTAR GAMBAR

NO.	JUDUL	HALAMAN
1	Gambar 4.1 Rontgen	48

DAFTAR LAMPIRAN

- LAMPIRAN 1 : Biodata Penulis
- LAMPIRAN 2 : Format Pengkajian Keperawatan Post Orif Open Fraktur Tibia dan Fibula Sinistra
- LAMPIRAN 3 : Format Tingkat Kemampuan Aktivitas
- LAMPIRAN 4 : Format Kekuatan Otot
- LAMPIRAN 5 : SOP ROM
- LAMPIRAN 6 : SOP Mobilisasi Dini
- LAMPIRAN 7 : Dokumentasi Rontgen
- LAMPIRAN 8 : Dokumentasi Tindakan Keperawatan
- LAMPIRAN 9 : Surat Izin Pra Penelitian Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu
- LAMPIRAN 10 : Surat Izin Pengambilan Kasus Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu
- LAMPIRAN 11 : Surat Izin Penelitian Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Bengkulu
- LAMPIRAN 12 : Surat Izin Penelitian Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu
- LAMPIRAN 13 : Surat Keterangan selesai Penelitian Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu
- LAMPIRAN 14 : Lembar Konsul Bimbingan

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Fraktur merupakan terganggunya kesinambungan jaringan tulang yang dapat disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik. Fraktur disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik, kecelakaan, baik kecelakaan kerja maupun kecelakaan lalu lintas (Noorisa dkk, 2017). Penanganan pada fraktur adalah reduksi dan imobilisasi. Reduksi fraktur berarti mengembalikan fragmen tulang pada kesejajarannya dan rotasi anatomis (Bachtiar, 2018).

Badan kesehatan dunia World Health of Organization (WHO) tahun 2020 menyatakan bahwa Insiden Fraktur semakin meningkat mencatat terjadi fraktur kurang lebih 13 juta orang dengan angka prevalensi sebesar 2,7%. Fraktur pada tahun 2019 terjadi kurang lebih 15 juta orang dengan angka prevalensi 3,2% dan pada tahun 2018 kasus fraktur menjadi 21 juta orang dengan angka prevalensi 3,8% akibat kecelakaan lalu lintas (Ridwan et al., 2018). Data yang ada di Indonesia kasus fraktur paling sering yaitu fraktur femur sebesar 42% diikuti fraktur humerus sebanyak 17% fraktur tibia dan fibula sebanyak 14% dimana penyebab terbesar adalah kecelakaan lalu lintas yang biasanya disebabkan oleh kecelakaan mobil, motor atau kendaraan rekreasi 65,6% dan jatuh 37,3% mayoritas adalah pria 73,8% (Desiartama & Aryana, 2018).

Berdasarkan hasil survei di Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu, data angka kejadian fraktur yang tercatat dari tahun 2021 - Mei 2022 berjumlah 147 pasien kasus fraktur. Pada tahun 2021 tercatat 98 pasien dengan kasus fraktur. Sedangkan pada tahun 2022 dari bulan Januari - Mei tercatat 49 pasien dengan kasus fraktur. Jumlah pasien kasus fraktur mengalami penurunan dari tahun 2021 - Mei 2022.

Penyebab utama fraktur adalah peristiwa trauma tunggal seperti benturan, pemukulan, terjatuh, posisi tidak teratur atau miring, dislokasi, penarikan,

kelemahan abnormal pada tulang (fraktur patologik). Dampak yang timbul pada fraktur yaitu dapat mengalami perubahan pada bagian tubuh yang terkena cedera, merasakan cemas akibat rasa sakit dan rasa nyeri. Nyeri yang terjadi mengakibatkan aktivitas berkurang, sehingga perlu dilakukan latihan aktivitas agar ekstremitas tidak kaku (Freye et al., 2019). Penyebab terjadinya fraktur oleh cedera seperti terjatuh, kecelakaan lalu lintas dan trauma tajam/tumpul. Salah satu masalah yang terjadi pada pasien fraktur banyak mengalami keterbatasan gerak sendi dan fraktur dapat menyebabkan kecacatan fisik, sehingga berkurangnya aktivitas sehari-hari (Permatasari, 2015). Kecacatan fisik dapat dipulihkan secara bertahap melalui latihan rentang gerak yaitu dengan latihan *Range of Motion* (ROM) yang dievaluasi secara aktif, dan edukasi teknik mobilisasi sehingga aktivitas sehari-hari bisa kembali normal (Ermawan, Eka, & Elham, 2016).

Terjadinya suatu fraktur ditentukan oleh kekuatan, sudut dan tenaga, keadaan tulang, serta jaringan lunak di sekitar tulang. Tipe fraktur berdasar atas hubungan tulang dengan jaringan di sekitarnya dibagi menjadi fraktur terbuka dan fraktur tertutup. Fraktur terbuka adalah fraktur yang merusak jaringan kulit sehingga terdapat hubungan fragmen tulang dengan dunia luar, sedangkan fraktur tertutup merupakan fraktur tanpa hubungan antara fragmen tulang dan dunia luar. Masalah yang sering muncul pada klien fraktur yang berada di rumah sakit yaitu edema atau bengkak, nyeri, kurangnya defisit perawatan diri, penurunan kekuatan otot dan berkurangnya aktivitas sehari-hari (Rastu dkk. 2017).

Aktivitas adalah suatu keadaan bergerak dimana manusia memerlukan untuk dapat memenuhi kebutuhan hidup (Anggreni & Wardini, 2013). Aktivitas dasar sehari-hari merupakan salah satu ukuran kemampuan pasien menolong atau merawat dirinya sendiri. Aktivitas dasar sehari-hari (ADS) atau Activity of Daily Living (ADLs) adalah suatu macam kelompok kegiatan yang dilakukan individu dalam mengurus dirinya sendiri baik dilakukan tanpa menggunakan alat-alat maupun menggunakan alat. Aktivitas sehari-hari (ADS) ini terdiri atas enam macam kegiatan, yaitu buang air besar/ kecil (continence), mandi

(bathing), merapikan diri (doing personal toileting), berpakaian (dressing), makan (feeding), berjalan/ pindah posisi (walking & transferring) (Lucyani, 2017).

Sebagian besar pasien fraktur merasa takut melakukan latihan rentang gerak karena sakit dan kurang pengetahuan tentang cara melakukan *Range of motion* (ROM) dan teknik mobilisasi dini. Latihan ROM dan mobilisasi merupakan kegiatan yang penting pada periode post operasi guna mengembalikan kemampuan aktivitas pasien untuk melakukan aktivitas spesifik dalam hubungannya dengan rutinitas kehidupan sehari-hari seperti mandi, berpakaian, ke toilet dan lain-lain (RAHMASARI, 2018).

Mobilisasi merupakan kemampuan setiap individu untuk bergerak secara bebas, mudah dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas guna mempertahankan kesehatannya. Kehilangan kemampuan untuk bergerak menyebabkan ketergantungan dan ini membutuhkan tindakan keperawatan. Mobilisasi diperlukan untuk meningkatkan kemandirian diri, meningkatkan kesehatan, memperlambat proses penyakit khususnya penyakit degeneratif dan untuk aktualisasi diri (Andri dkk, 2020).

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 (Kristanto, 2016).

Perawat sebagai salah satu anggota tim kesehatan mempunyai peran dalam melakukan asuhan keperawatan kepada pasien yang meliputi peran promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Dalam upaya promotif perawat berperan dalam memberikan pendidikan kesehatan meliputi pengertian, penyebab, tanda dan gejala dari penyakit sehingga dapat mencegah bertambahnya jumlah penderita. Dalam upaya preventif, perawat memberi pendidikan kesehatan mengenai cara-cara pencegahan agar pasien tidak terkena penyakit dengan membiasakan pola hidup

sehat. Peran perawat dalam upaya kuratif yaitu memberikan tindakan keperawatan sesuai dengan masalah dan respon pasien terhadap penyakit yang diderita, seperti : memberikan pasien istirahat fisik dan psikologis, mengelola pemberian terapi oksigen. Sedangkan peran perawat dalam upaya rehabilitatif yaitu memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien yang sudah terkena penyakit agar tidak terjadi komplikasi yang tidak diinginkan (Fajriyanti, 2020).

Berdasarkan hasil survei di rumah sakit Bhayangkara Bengkulu, perawatan pasien post orif fraktur ekstremitas bawah hanya dilakukan perawatan farmakologis saja tanpa dilakukan latihan ROM dan mobilisasi dini, sehingga pasien tidak tahu kapan dan bagaimana melakukan latihan aktivitas ROM dan mobilisasi dini yang bisa membantu mengurangi kekakuan pada sendi dan ekstremitas.

Berdasarkan latar belakang dan data yang didapatkan, penulis tertarik untuk membuat Karya Tulis Ilmiah dengan kasus “Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas pada Pasien Post Orif Open Fraktur Tibia dan Fibula Sinistra Di Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu Tahun 2022”.

B. Batasan Masalah

Masalah pada studi kasus ini dibatasi pada “Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas pada Pasien Post Orif Open Fraktur Tibia dan Fibula Sinistra Di Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu Tahun 2022”.

C. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian di atas, penulis merumuskan masalah “Bagaimana pelaksanaan Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas pada Pasien Post Orif Open Fraktur Tibia dan Fibula Sinistra Di Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu Tahun 2022?”.

- 1) Menggambarkan pengkajian pada pasien Post Orif Open Fraktur Tibia dan Fibula Sinistra Di Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu Tahun 2022?

- 2) Menggambarkan diagnosa keperawatan pada pasien Post Orif Open Fraktur Tibia dan Fibula Sinistra Di Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu Tahun 2022?
- 3) Menggambarkan intervensi keperawatan pada pasien Post Orif Open Fraktur Tibia dan Fibula Sinistra Di Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu Tahun 2022?
- 4) Menggambarkan bagaimana implementasi keperawatan pada pasien Post Orif Open Fraktur Tibia dan Fibula Sinistra Di Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu Tahun 2022?
- 5) Bagaimana evaluasi keperawatan pada pasien Post Orif Open Fraktur Tibia dan Fibula Sinistra Di Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu Tahun 2022?

D. Tujuan Penulisan

- 1) Tujuan Umum

Melaksanakan asuhan keperawatan pada klien post orif open fraktur tibia dan fibula sinistra di rumah sakit bhayangkara Bengkulu tahun 2022.

- 2) Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian asuhan keperawatan pada klien post orif open fraktur tibia dan fibula sinistra di rumah sakit bhayangkara Bengkulu tahun 2022
- b. Menetapkan diagnosa asuhan keperawatan pada klien post orif open fraktur tibia dan fibula sinistra di rumah sakit bhayangkara Bengkulu tahun 2022.
- c. Menyusun rencana asuhan keperawatan pada klien post orif open fraktur tibia dan fibula sinistra di rumah sakit bhayangkara Bengkulu tahun 2022.
- d. Melakukan tindakan asuhan keperawatan pada klien post orif open fraktur tibia dan fibula sinistra di rumah sakit bhayangkara Bengkulu tahun 2022.
- e. Melakukan evaluasi asuhan keperawatan pada klien post orif open fraktur tibia dan fibula sinistra di rumah sakit bhayangkara Bengkulu tahun 2022.

E. Manfaat Penulisan

1) Bagi Penulis

Hasil penulisan karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat membantu penulis lainnya untuk menambah wawasan dan mengembangkan pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada klien post orif open fraktur tibia dan fibula sinistra dengan masalah pemenuhan kebutuhan aktivitas.

2) Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penulisan karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan referensi untuk menambah wawasan dan pengetahuan khususnya tentang ilmu asuhan keperawatan pada klien post orif open fraktur tibia dan fibula sinistra dengan masalah pemenuhan kebutuhan aktivitas.

3) Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penulisan karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat menjadi pedoman bagi peneliti selanjutnya dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien post orif open fraktur tibia dan fibula sinistra dengan masalah pemenuhan kebutuhan aktivitas.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. KONSEP DASAR FRAKTUR

1. Definisi

Fraktur adalah faktor dimana trauma dan regangan, kekuatan dan sudut gaya, dan kondisi tulang periosteal dan jaringan lunak menentukan fraktur lengkap atau tidak lengkap (Balung, 2020).

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 dapat disebabkan oleh pukulan langsung, gaya meremuk, gerakan puntir mendadak, dan bahkan kontraksi otot ekstrem. Meskipun tulang patah, jaringan sekitarnya juga akan terpengaruh, mengakibatkan edema jaringan lunak, perdarahan ke otot dan sendi, dislokasi sendi, ruptur tendon, kerusakan saraf, dan kerusakan pembuluh darah. Organ tubuh dapat mengalami cedera akibat gaya yang disebabkan oleh fraktur atau akibat fragmen tulang (Brunner & Suddarth, 2013).

2. Etiologi

Penyebab fraktur menurut (Jitowiyono, 2018) dibedakan menjadi:

a. Cedera traumatik

Cedera traumatik disebabkan oleh:

- 1) Cedera langsung yaitu hantaman langsung pada tulang sehingga tulang patah secara langsung.
- 2) Cedera tidak langsung yaitu hantaman langsung yang jauh dari lokasi benturan.
- 3) Fraktur yang dikarenakan kontraksi keras yang mendadak.

b. Fraktur Patologik

Tulang yang rusak dikarenakan proses penyakit dengan trauma minor mengakibatkan:

- 1) Tumor tulang merupakan jaringan yang tumbuh tidak teratasi.
- 2) Infeksi semacam osteomyelitis bisa terjadi sebagai dampak infeksi akut atau bisa muncul proses yang progresif.
- 3) Rakhitis.
- 4) Secara langsung dikarenakan oleh stres tulang yang berkelanjutan.

3. Klasifikasi

Menurut (Freye et al., 2019) fraktur dapat dibagi kedalam tiga jenis antara lain yaitu :

- a. Fraktur tertutup Fraktur tertutup adalah jenis fraktur yang tidak disertai dengan luka pada bagian luar permukaan kulit sehingga bagian tulang yang patah tidak berhubungan dengan bagian luar.
- b. Fraktur terbuka Fraktur terbuka adalah suatu jenis kondisi patah tulang dengan adanya luka pada daerah yang patah sehingga bagian tulang berhubungan dengan udara luar, biasanya juga disertai adanya pendarahan yang banyak. Tulang yang patah juga ikut menonjol keluar dari permukaan kulit, namun tidak semua fraktur terbuka membuat tulang menonjol keluar. Fraktur terbuka memerlukan pertolongan lebih cepat karena terjadinya infeksi dan faktor penyulit lainnya.
- c. Fraktur kompleksitas Fraktur jenis ini terjadi pada dua keadaan yaitu pada bagian ekstermitas terjadi patah tulang sedangkan pada sendinya terjadi dislokasi.

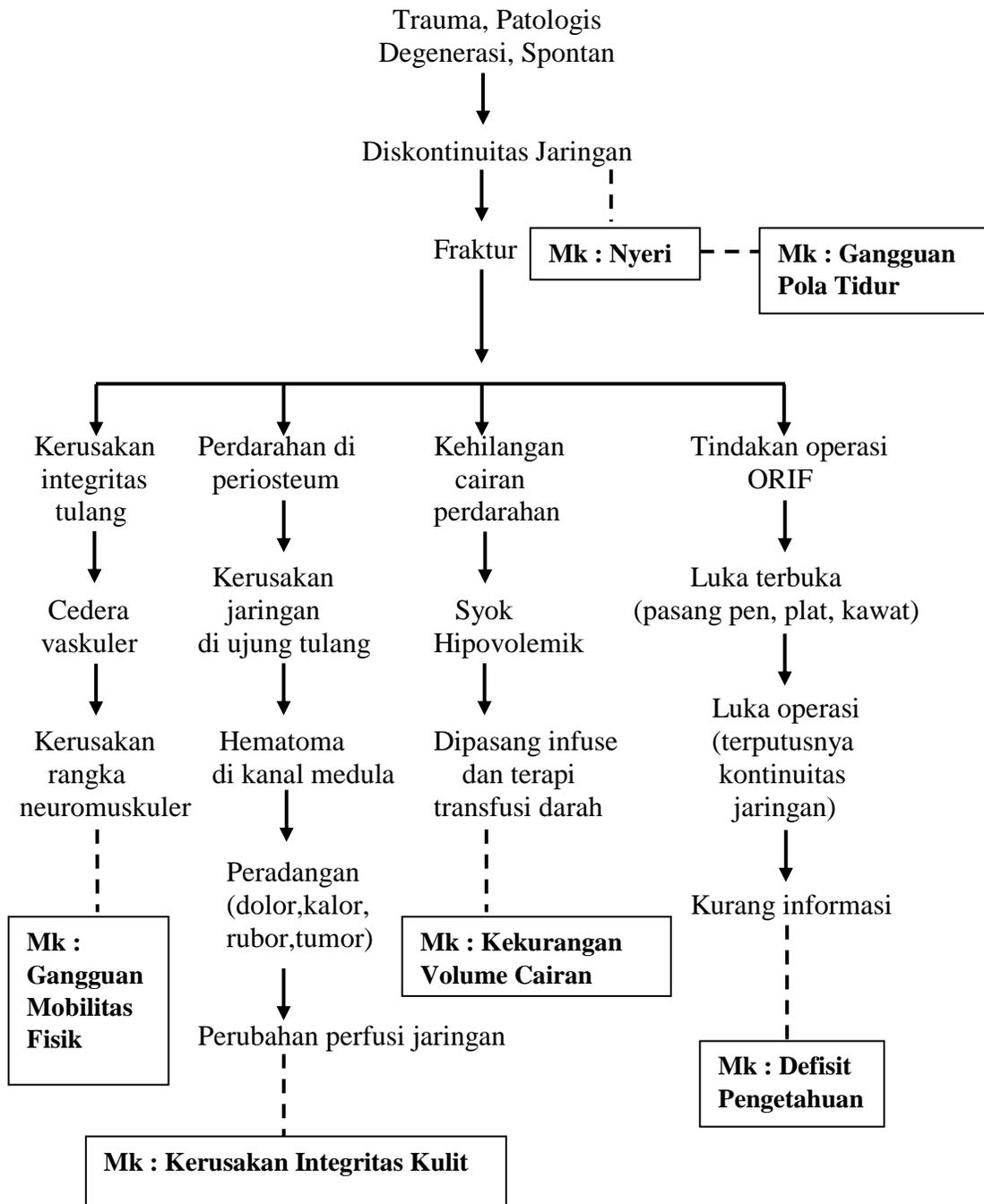
4. Patofisiologi

Patofisiologi tingkat keseriusan fraktur bergantung pada penyebab fraktur. Jika hanya sedikit melewati ambang fraktur maka kemungkinan hanya menyebabkan keretakan tulang. Jika penyebab fraktur sangat ekstrem seperti kecelakaan motor yang parah sehingga dapat menyebabkan tulang pecah. Otot yang menempel pada tulang dapat terganggu saat terjadi fraktur. Otot bisa mengalami spasme dan menarik fragmen fraktur keluar. Otot yang besar bisa

membuat 8 spasme yang kuat terlebih menggeser tulang yang besar seperti femur meskipun bagian proksimal tulang yang patah tetap pada posisinya. Fragmen fraktur dapat berotasi dan berpindah atau dapat menimpa segmen tulang lainnya. Fraktur terbuka atau tertutup dapat menyebabkan rasa nyeri pada penderita. Fraktur terbuka bisa mengenai jaringan lunak di sekitarnya kemudian dapat menyebabkan infeksi karena terkontaminasi dengan udara luar. Infeksi dengan udara luar dapat mengakibatkan kerusakan kulit. Pada saluran medula, hematoma berlangsung di antara fragmen-fragmen tulang dan di bawah periostetum. Peradangan akan terjadi di sekitar jaringan tulang yang terjadi fraktur hingga menyebabkan vasodilatasi, nyeri, edema, kehilangan fungsi, eksudasi leukosit dan plasma. Salah satu tahap penyembuhan tulang adalah respon patofisiologis (Cookson & Stirk, 2019).

5. WOC Fraktur

Menurut (Sudarmanto, 2018) :

Bagan 2.1 (Woc fraktur)

6. Manifestasi Klinis

Menurut (Sudarmanto, 2018) tanda dan gejala dari fraktur antara lain :

- a. Tidak dapat menggunakan anggota gerak.
- b. Nyeri pembengkakan.
- c. Terdapat trauma (kecelakaan lalulintas, jatuh dari ketinggian atau jatuh dari kamar mandi pada orang tua, penganiayaan, tertimpa benda berat, kecelakaan kerja, trauma, olahraga).
- d. Gangguan fisik anggota gerak.
- e. Deformitas mengalami perubahan bentuk pada daerah fraktur.
- f. Kelainan gerak.
- g. Pembengkakan pada perubahan warna lokasi pada daerah fraktur.
- h. Krepitasi atau dating dengan gejala-gejala lain.

7. Komplikasi

Menurut (Cookson & Stirk, 2019) secara umum komplikasi fraktur terdiri atas komplikasi awal dan lama yaitu sebagai berikut:

a. Komplikasi Awal

1) Syok

Meningkatnya permeabilitas kapiler dan kehilangan banyak darah dapat menyebabkan turunnya kadar oksigen dalam tubuh sehingga mengakibatkan terjadinya syok. Pada kejadian tertentu syok neurogenik berlangsung pada fraktur femur yang disebabkan oleh rasa sakit yang hebat.

2) Kerusakan arteri

Arteri dapat pecah atau rusak ditandai oleh: CRT (Cappilary Refil Time) menurun, nadi tidak ada, bagian distal mengalami sianosis, hematoma lebar serta dingin di ekstremitas disebabkan oleh tindakan pembidaian, tindakan reduksi, perubahan posisi orang dakit dan pembedahan.

3) Sindrom kompartemen

Sindrom kompartemen merupakan suatu keadaan terjebaknya otot, syaraf, tulang dan pembuluh darah pada jaringan parut akibat edema atau pendarahan yang menekan otot, syaraf dan pembuluh darah. Keadaan sindrom kompartemen yang diakibatkan oleh komplikasi fraktur terjadi pada fraktur yang terletak dekat dengan persendian. Tanda yang menjadi ciri khas sindrom kompartemen adalah 5P, yaitu pain (nyeri lokal), pallor (pucat pada bagian distal), paralysis (kelumpuhan tungkai), parestesia (tidak ada sensasi) dan pulsesness (tidak ada perubahan nadi, denyut nadi, perfusi tidak baik, dan CRT>3detik).

4) Infeksi

Trauma pada jaringan menyebabkan sistem jaringan tubuh rusak. Infeksi berawal pada kulit kemudian masuk ke dalam pada trauma ortopedik. Kasus ini terjadi pada kejadian fraktur terbuka, namun juga bisa disebabkan oleh penggunaan ORIF dan OREF atau plat.

5) Avaskular nekrosis

Rusaknya aliran darah ke tulang dapat menyebabkan nekrosis tulang yang diawali oleh adanya Volkman's Ischemia.

6) Sindrom emboli

Lemak Sindrom emboli lemak FES merupakan komplikasi yang biasa terjadi pada tulang panjang, FES terjadi karena sel-sel lemak yang dihasilkan sumsum tulang kuning masuk ke aliran darah dan menyebabkan tingkat oksigen dalam darah rendah yang ditandai dengan gangguan pernafasan, hipertensi, takikardi, takipnea, dan demam.

b. Komplikasi Lama

Menurut (Cookson & Stirk, 2019) secara umum komplikasi lama sebagai berikut :

1) Delayed Union

Delayed union adalah kegagalan fraktur dalam berkonsolidasi sesuai dengan waktu yang diperlukan tulang agar sembuh atau tersambung. Hal ini disebabkan oleh penurunan pasokan darah ke tulang. Delayed Union merupakan fraktur yang tidak sembuh selama 3-5 bulan.

2) Non-union

Non-union adalah fraktur yang sembuh dalam 6-8 bulan serta tidak terjadi konsolidasi hingga terdapat pseudoartrosis (sendi palsu). Pseudoartrosis dapat berlangsung dengan infeksi maupun tanpa infeksi.

3) Mal-union

Mal-union merupakan kejadian dimana fraktur sembuh pada saatnya, tetapi terjadi deformitas yang berbentuk varus, angulasi, pemendekan, dan penyilangan.

8. Pemeriksaan Penunjang

Menurut (G/Tsodik et al., 2020) pemeriksaan penunjang yaitu :

- a. Pemeriksaan rontgen
- b. Menentukan lokasi/luanya fraktur/trauma
- c. Scan tulang, scan CT/MRI
- d. Memperlihatkan fraktur juga dapat digunakan untuk mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak.
- e. *Arteriogram*, dilakukan bila kerusakan vaskuler di curigai
- f. Hitung darah lengkap
- g. HT mungkin meningkat (*hemokonsentrasi*) atau menurun (pendarahan bermakna pada sisi fraktur) perdarahan bermakna pada sisi fraktur atau organ jauh pada multipel.

h. Kreatinin

9. Penatalaksanaan

Menurut (Freye et al., 2019) menyebutkan beberapa penatalaksanaan medis pada fraktur sebagai berikut :

a. Reduksi

Reduksi bertujuan untuk mengembalikan ukuran dan kesejajaran garis tulang dengan reduksi terbuka atau reduksi tertutup. Reduksi tertutup dilaksanakan dengan traksi manual guna menarik fraktur, agar tulang menjadi sejajar dengan normal. Reduksi terbuka dapat dilakukan jika reduksi tertutup kurang memuaskan atau gagal. Reduksi terbuka menggunakan alat fiksasi internal guna mempertahankan lokasi hingga penyembuhan tulang solid. Alat fiksasi internal antara lain kawat, pen, plat dan skrup. Alat-alat fiksasi internal dimasukkan ke dalam fraktur melalui ORIF. Pembedahan ORIF ini akan membuat tulang yang patah dapat tersambung lagi.

b. Retensi

Pemasangan plat berguna untuk mempertahankan reduksi ekstremitas yang menderita fraktur.

c. Rehabilitasi

Mengembalikan fungsi bagian yang mengalami fraktur berfungsi secara normal.

Tahap – tahap proses penyembuhan :

Tahap 1: Peradangan (inflammation) Tulang patah baik terbuka atau tertutup akan menimbulkan perdarahan sekecil apapun itu dan membuat jaringan di sekitarnya meradang yang ditandai dengan bengkak, memerah dan teraba hangat serta tentunya terasa sakit. Tahap ini dimulai pada hari ketika patah tulang terjadi dan berlangsung sekitar 24 jam hingga 1 minggu.

Tahap 2: Pembentukan kalus halus (soft callus) Antara 2 sampai 3 minggu setelah cedera, rasa sakit dan pembengkakan akan mulai hilang. Pada tahap penyembuhan patah tulang ini, terbentuk kalus yang halus di kedua ujung tulang yang patah sebagai cikal bakal yang menjembatani penyambungan tulang namun kalus ini belum dapat terlihat melalui rontgen. Tahap ini biasanya berlangsung hingga 4 sampai 8 minggu setelah cedera.

Tahap 3: Pembentukan kalus keras (hard callus) Antara 4 sampai 8 minggu, tulang baru mulai menjembatani fraktur (soft callus berubah menjadi hard callus) dan dapat dilihat pada x-rays atau rontgen. Dengan waktu 8 sampai 12 minggu setelah cedera, tulang baru telah mengisi fraktur.

Tahap 4: Remodeling tulang Dimulai sekitar 8 sampai 12 minggu setelah cedera, sisi fraktur mengalami remodeling (memperbaiki atau merombak diri) memperbaiki setiap cacat yang mungkin tetap sebagai akibat dari cedera. Ini tahap akhir penyembuhan patah tulang yang dapat bertahan hingga beberapa tahun.

B. KONSEP DASAR AKTIVITAS

1. Definisi

Aktivitas adalah suatu keadaan bergerak dimana manusia memerlukan untuk dapat memenuhi kebutuhan hidup. Salah satu tanda kesehatan adalah adanya kemampuan seseorang melakukan aktivitas seperti berdiri, berjalan dan bekerja. Adapun sistem tubuh yang berperan dalam kebutuhan aktivitas antara lain: tulang, otot, tendon, ligamen, sistem saraf dan sendi (Keifer GEffenberger, 2019).

2. Jenis Aktivitas

Jenis aktivitas menurut (Nursalam & Fallis, 2019) yaitu :

- a. Aktivitas penuh, merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara penuh dan bebas sehingga dapat melakukan interaksi sosial dan

menjalankan peran sehari-hari. Aktivitas penuh ini merupakan fungsi saraf motorik volunteer dan sensorik untuk dapat mengontrol seluruh area tubuh seseorang.

- b. Aktivitas sebagian, merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak dengan batasan jelas dan tidak mampu bergerak secara bebas karena dipengaruhi oleh gangguan saraf motorik dan sensorik pada area tubuhnya. Hal ini dapat dijumpai pada kasus cedera atau patah tulang dengan pemasangan traksi. Pada pasien paraplegi dapat mengalami aktivitas sebagian pada ekstremitas bawah karena kehilangan kontrol motorik dan sensorik.

3. Faktor Yang Mempengaruhi Aktivitas

Faktor yang mempengaruhi aktivitas pada pasien fraktur adalah proses penyakit/cedera. Proses penyakit dapat mempengaruhi kemampuan aktivitas karena dapat mempengaruhi fungsi sistem tubuh. Trauma yang terjadi mengakibatkan nyeri yang membuat pasien takut untuk bergerak sehingga menghalangi aktivitas sehari-hari (Nursalam & Fallis, 2019).

4. Jenis Aktivitas

a. Range Of Motion (ROM)

1. Definisi

Range Of Motion (ROM) adalah tindakan/latihan otot atau persendian yang diberikan kepada pasien yang mobilitas sendinya terbatas karena penyakit, disabilitas, atau trauma (Cookson & Stirk, 2019).

2. Tujuan

Tujuan ROM yaitu mengurangi kekakuan pada sendi dan kelemahan pada otot yang dapat dilakukan aktif maupun pasif tergantung dengan keadaan pasien (Becker et al., 2015)

3. Indikasi ROM

Indikasi ROM yaitu kelemahan otot, fase rehabilitasi fisik, klien dengan tirah baring lama, pasien yang mengalami gangguan mobilitas

fisik, pasien yang mengalami keterbatasan rentang gerak (Cookson & Stirk, 2019).

4. Gerakan ROM pada pasien post orif open fraktur tibia dan fibula sinistra :

Tabel 2.1 Gerakan Post Orif Open Fraktur Tibia dan Fibula Sinistra

Gerak Sendi	Derajad Rentang Normal
Lutut :	
Fleksi : menggerakkan tumit ke arah belakang paha	120° - 130°
Ekstensi : mengembalikan tungkai ke lantai	120° - 130°
Kaki :	
Dorso fleksi : menggerakkan sehingga jari-jari kaki menekuk ke atas	20° - 30°
Plantar fleksi : menggerakkan kaki sehingga jari-jari kaki menekuk ke bawah	45° - 50°

Sumber: (Cookson & Stirk, 2019).

b. Mobilisasi dini

1. Definisi

Mobilisasi dini merupakan kemampuan setiap individu untuk bergerak secara bebas, mudah dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas guna mempertahankan kesehatannya. Kehilangan kemampuan untuk bergerak menyebabkan ketergantungan dan ini membutuhkan tindakan keperawatan. Mobilisasi dini pada pasien post operasi fraktur diperlukan untuk meningkatkan kemandirian diri, meningkatkan kesehatan, memperlambat proses penyakit khususnya penyakit degeneratif dan untuk aktualisasi diri (Cookson & Stirk, 2019).

2. Tujuan

Tujuan mobilisasi dini pada pasien post operasi fraktur menurut (Maharani, 2018) :

- a. Memperlancar peredaran darah

- b. Membantu pernapasan menjadi lebih baik
 - c. Mempercepat penutupan jahitan setelah operasi
 - d. Mengembalikan aktivitas pasien agar dapat bergerak normal dan memenuhi kebutuhan gerak harian
 - e. Mengembalikan tingkat kemandirian pasien setelah operasi.
3. Tahapan melakukan mobilisasi dini pada pasien post operasi fraktur
- a. Pada 6 jam pertama pasien harus bisa menggerakkan anggota tubuhnya ditempat tidur (seperti belajar untuk menggerakkan jari, tangan dan menekuk lutut).
 - b. Kemudian setelah 6-10 jam, pasien diharuskan bisa miring ke kiri dan ke kanan.
 - c. Jika sudah 24 jam, pasien dianjurkan untuk dapat mulai belajar untuk duduk.
 - d. Setelah pasien dapat duduk, lalu dianjurkan untuk belajar berjalan.
4. Dampak jika tidak melakukan mobilisasi dini pada pasien post operasi fraktur
- Menurut (Maharani, 2018) yaitu :
- a. Penyembuhan luka menjadi lama
 - b. Kulit dibagian punggung menjadi lecet akibat terlalu lama berbaring
 - c. Badan menjadi mudah lelah dan terasa pegal akibat kurang gerak
 - d. Lama perawatan dirumah sakit bertambah
5. Prosedur mobilisasi dini pada pasien post operasi fraktur
- Menurut (Maharani, 2018) prosedur mobilisasi dini adalah sebagai berikut:
- 1) Miring kanan dan miring kiri
 - Klien dimiringkan, jika tidak bisa menahan tubuhnya sendiri, tubuh klien ditahan dengan bantal/guling pada bagian punggung, ganjal kaki dengan bantal pada kedua lutut, lakukan miring kiri-

kanan maksimal 2 jam sekali, berikan motivasi pada klien untuk melakukan sendiri secara bertahap.

2) Duduk diatas tempat tidur

Tempatkan klien pada posisi terlentang. Pindahkan semua bantal. Posisi menghadap kepala tempat tidur. Regangkan kedua kaki perawat dengan kaki paling dekat ke kepala tempat tidur di belakang kaki yang lain. Tempatkan tangan yang lebih jauh dari klien di bawah bahu klien, sokong kepalanya dan vetebra servikal. Tempatkan tangan perawat yang lain pada permukaan tempat tidur. Angkat klien ke posisi duduk dengan memindahkan berat badan perawat dari depan kaki ke belakang kaki. Dorong melawan tempat tidur dengan tangan di permukaan tempat tidur.

3) Duduk disisi tempat tidur

Tempatkan pasien pada posisi miring, menghadap perawat di sisi tempat tidur tempat pasien akan duduk. Pasang pagar tempat tidur pada sisi yang berlawanan. Tinggikan kepala tempat tidur pada ketinggian yang dapat ditoleransi pasien. Berdiri pada sisi panggul klien yang berlawanan. Balikkan secara diagonal sehingga perawat berhadapan dengan pasien dan menjauh dari sudut tempat tidur. Regangkan kaki perawat dengan kaki paling dekat ke kepala tempat tidur di depan kaki yang lain. Tempatkan lengan yang lebih dekat ke kepala tempat tidur di bawah bahu pasien, sokong kepala dan lehernya. Tempatkan tangan perawat yang lain di atas paha pasien. Pindahkan tungkai bawah klien dan kaki ke tepi tempat tidur. Tempatkan poros ke arah belakang kaki, yang memungkinkan tungkai atas pasien memutar ke bawah. Pada saat bersamaan, pindahkan berat badan perawat ke belakang tungkai dan angkat pasien. Tetap didepan pasien sampai mencapai

keseimbangan. Turunkan tinggi tempat tidur sampai kaki menyentuh lantai.

5. Kategori Tingkat Kemampuan Aktivitas

Tabel 2.2 Tingkat Kemampuan Aktivitas

Tingkat Aktivitas	Kategori
0	Mampu merawat diri secara penuh
1	Memerlukan penggunaan alat
2	Memerlukan bantuan atau pengawasan orang lain
3	Memerlukan bantuan, pengawasan orang lain, dan peralatan
4	Sangat tergantung dan tidak dapat melakukan atau berpartisipasi dalam perawatan

Sumber : (Cookson & Stirk, 2019)

6. Kemampuan Fungsi Motorik (Kekuatan Otot)

Tabel 2.3 Kekuatan Otot

Derajat 5	Kekuatan normal dimana seluruh gerakan dapat dilakukan otot dengan tahanan maksimal dari proses yang dilakukan berulang-ulang tanpa menimbulkan kelelahan.
Derajat 4	Dapat melakukan ROM secara penuh dan dapat melawan tahanan ringan.
Derajat 3	Dapat melakukan ROM secara penuh dengan melawan gaya berat (gravitasi) tetapi tidak dapat melawan tahanan.
Derajat 2	Dengan bantuan atau menyangga sendi dapat melakukan ROM secara penuh.
Derajat 1	Kontraksi otot minimal terasa/teraba pada otot bersangkutan tanpa menimbulkan gerakan.
Derajat 0	Tidak ada kontraksi otot sama sekali.

Sumber : (Cookson & Stirk, 2019)

Cara memeriksa kekuatan otot ekstremitas bawah menurut (Groot, 2018) antara lain :

1) Pemeriksaan kekuatan otot panggul

Atur posisi tidur pasien, lebih baik pemeriksaan dilakukan dalam posisi supine. Minta pasien untuk melakukan gerakan fleksi tungkai dengan melawan tahanan. Minta pasien untuk melakukan gerakan abduksi dan adduksi tungkai dengan melawan tahanan.

2) Pemeriksaan kekuatan otot lutut

Minta pasien melakukan gerakan fleksi pada lutut dengan melawan tahanan.

3) Pemeriksaan kekuatan otot tumit

Minta pasien melakukan gerakan plantarfleksi dan dorsofleksi dengan melawan tahanan.

4) Pemeriksaan kekuatan otot jari-jari kaki

Minta pasien untuk melakukan gerakan fleksi dan ekstensi pada jari-jari kaki dengan melawan tahanan.

7. Faktor penyebab

Berdasarkan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016), faktor penyebab berkurangnya aktivitas pada pasien fraktur antara lain : Tirah baring, kelemahan dan imobilitas.

8. Kondisi Klinis

Berdasarkan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016), kondisi klinis berkurangnya aktivitas pada pasien fraktur adalah gangguan muskuloskeletal.

9. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang dapat dilakukan pada pasien dengan masalah pemenuhan kebutuhan aktivitas yaitu dengan memberikan latihan rentang gerak. Latihan rentang gerak yaitu Range Of Motion (ROM) dan mobilisasi dini. Latihan Range of Motion (ROM) yang merupakan latihan gerak sendi dimana pasien akan menggerakkan masing-masing persendiannya sesuai gerakan normal baik secara pasif maupun aktif. Range of Motion (ROM) pasif diberikan pada pasien dengan kelemahan otot lengan maupun otot kaki berupa latihan pada tulang maupun sendi dikarenakan pasien tidak dapat melakukannya sendiri yang tentu saja pasien membutuhkan bantuan dari perawat ataupun keluarga. Kemudian, untuk Range of Motion (ROM) aktif sendiri merupakan latihan yang dilakukan sendiri oleh pasien tanpa membutuhkan bantuan dari perawat ataupun keluarga. Tujuan Range of Motion (ROM) itu sendiri, yaitu mempertahankan atau memelihara kekuatan

otot, memelihara mobilitas persendian, merangsang sirkulasi darah, mencegah kelainan bentuk. Mobilisasi dini adalah aktivitas yang dilakukan pasien post operasi yang dimulai dari latihan ringan di atas tempat tidur seperti latihan ROM, duduk di atas tempat tidur, sampai pasien bisa turun dari tempat tidur dan mampu berjalan. Sebaiknya, mobilisasi dini mulai dilakukan sedini mungkin setelah post pembedahan dan dilakukan di bawah pengawasan (Aristi et al., 2020).

C. KONSEP DASAR ORIF

1. Definisi

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 (Kristanto, 2016).

2. Tindakan Pembedahan ORIF

Tindakan pembedahan pada ORIF dibagi menjadi 2 jenis metode menurut (Kristanto, 2016), yaitu meliputi :

1) Reduksi Terbuka

Insisi dilakukan pada tempat yang mengalami cedera dan diteruskan sepanjang bidang anatomi menuju tempat yang mengalami fraktur. Fraktur diperiksa dan diteliti. Fragmen yang telah mati dilakukan irigasi dari luka. Fraktur direposisi agar mendapatkan posisi yang normal kembali. Sesudah reduksi fragmen-fragmen tulang dipertahankan dengan alat ortopedik berupa: pin, skrup, plate, dan paku.

a) Keuntungan : Reduksi Akurat, stabilitas reduksi tertinggi, pemeriksaan struktur neurovaskuler, berkurangnya kebutuhan alat imobilisasi eksternal, penyatuan sendi yang berdekatan dengan tulang yang patah menjadi lebih cepat, rawat inap lebih singkat, dapat lebih cepat kembali ke pola ke kehidupan normal.

b) Kerugian : Kemungkinan terjadi infeksi dan osteomyelitis tinggi.

2) Fiksasi Internal

Metode alternatif manajemen fraktur dengan fiksasi eksternal, biasanya pada ekstremitas dan tidak untuk fraktur lama Post eksternal fiksasi, dianjurkan penggunaan gips. Setelah reduksi, dilakukan insisi perkutan untuk implantasi pin ke tulang. Lubang kecil dibuat dari pin metal melewati tulang dan dikuatkan penna. Perawatan 1-2 kali sehari secara khusus, antara lain: Observasi letak pin dan area, observasi kemerahan, basah dan rembes, observasi status neurovaskuler. Fiksasi internal dilaksanakan dalam teknik aseptis yang sangat ketat dan pasien untuk beberapa saat mendapat antibiotik untuk pencegahan setelah pembedahan.

D. KONSEP DASAR ASUHAN KEPERAWATAN

1. Pengkajian

Pengkajian asuhan keperawatan pada klien fraktur menurut (G/Tsadik et al., 2020) yaitu :

a) Identitas klien

Meliputi : nama, usia, tanggal lahir, status perkawinan, jenis kelamin, agama, alamat, suku bangsa, bahasa yang digunakan, pendidikan, pekerjaan, tanggal MRS, sumber biaya, sumber informasi, diagnosa medis, nomor registrasi.

b) Keluhan utama MRS

Alasan utama pasien fraktur masuk ke rumah sakit adalah nyeri pada ekstremitas, ekstremitas sulit digerakkan akibat trauma seperti jatuh dan kecelakaan.

c) Keluhan utama

Keluhan utama saat post op pada masalah fraktur yaitu gangguan mobilitas fisik. Pergerakan menjadi terbatas karena pengaruh dari proses pembedahan yang dilakukan.

d) Kronologi Keluhan

Faktor pencetus keluhan, timbulnya keluhan, lamanya keluhan, upaya mengatasi keluhan.

e) Riwayat kesehatan sekarang

Pada pasien patah tulang disebabkan karena trauma / kecelakaan, dapat secara degenerative/patologis yang disebabkan awalnya pendarahan, kerusakan jaringan di sekitar tulang yang mengakibatkan nyeri, bengkak, pucat/perubahan warna kulit dan terasa kesemutan.

f) Riwayat kesehatan dahulu

Apakah pasien mengalami riwayat alergi obat, riwayat kecelakaan, riwayat pemakaian obat rutin, penyakit lain yang sifatnya menurun atau menular.

g) Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat kesehatan keluarga yang mengalami penyakit menurun.

h) Riwayat psikososial dan spiritual

Pada klien fraktur dikaji siapa orang yang terdekat pada pasien, interaksi dalam keluarga biasanya baik, pola komunikasi biasanya baik, pembuat keputusan biasanya kepala keluarga, dampak sakit terhadap keluarga biasanya mengganggu aktivitas pekerjaan karena harus menunggu klien di rumah sakit, masalah yang mempengaruhi klien biasanya tidak ada, mekanisme koping terhadap stress biasanya pemecahan masalah, hal yang dipikirkan saat ini biasanya ingin cepat pulang, harapan setelah menjalani perawatan biasanya ingin cepat sembuh, perubahan yang dirasakan saat jatuh sakit tidak bisa beraktivitas seperti biasanya, nilai bertentangan dengan kesehatan biasanya tidak ada, aktivitas agama biasanya ibadah sesuai dengan ajaran agama.

i) Pola kebiasaan

1. Pola nutrisi

Yang dikaji pola nutrisi klien sebelum dan sesudah klien di rumah sakit yaitu frekuensi makan, nafsu makan, porsi makan yang dihabiskan, makanan yang tidak disukai, makanan yang membuat alergi, makanan pantangan, makanan diet, penggunaan alat bantu (NGT).

2. Pola eliminasi BAK

Yang dikaji pola eliminasi BAK sebelum dan sesudah di rumah sakit yaitu frekuensi, warna, keluhan BAK, penggunaan alat bantu (kateter).

3. Pola eliminasi BAB

Yang dikaji pola eliminasi BAB sebelum dan sesudah di rumah sakit yaitu frekuensi, waktu, warna, keluhan BAB.

4. Pola personal hygiene

Yang dikaji pola personal hygiene sebelum dan sesudah di rumah sakit yaitu frekuensi mandi, frekuensi oral hygiene, frekuensi cuci rambut.

5. Pola aktivitas dan latihan

Yang dikaji pada pola aktivitas dan latihan sebelum dan sesudah di rumah sakit yaitu waktu beraktivitas, keluhan saat beraktivitas.

Tabel 2.4 Tingkat Kemampuan Aktivitas

Tingkat Aktivitas	Kategori
0	Mampu merawat diri secara penuh
1	Memerlukan penggunaan alat
2	Memerlukan bantuan atau pengawasan orang lain
3	Memerlukan bantuan, pengawasan orang lain, dan peralatan
4	Sangat tergantung dan tidak dapat melakukan atau berpartisipasi dalam perawatan

Sumber : (Cookson & Stirk, 2019)

i. Pemeriksaan Fisik Umum :

- a. Keadaan umum : klien fraktur biasanya lemah
- b. Sistem Penglihatan

Pada sistem penglihatan biasanya pasien fraktur tidak mengalami gangguan. Namun dapat dikaji posisi mata, kelopak mata, pergerakan bola mata, konjungtiva, kornea, sklera, pupil, fungsi penglihatan, pemakaian kacamata.

c. Sistem Pendengaran

Pada sistem pendengaran biasanya pasien fraktur tidak mengalami gangguan. Namun dapat dikaji kelengkapan dau telinga, serumen, cairan dari telinga, fungsi pendengaran, penggunaan alat bantu.

d. Sistem Pernafasan

Pada sistem pefnafasan biasanya pasien fraktur tidak mengalami gangguan. Namun dapat dikaji jalan nafas, pernafasan, frekuensi, irama, batuk, sputum.

e. Sistem Kardiovaskuler

Pada sistem kardiovaskuler dapat dikaji nadi, irama.

f. Sistem saraf pusat

Pada sistem saraf pusat dapat dikaji tingkat kesadaran, GCS.

g. Sistem muskuloskeletal

Pada sistem muskuloskeletal dapat dikaji kesulitan pergerakan, fraktur, lokasi fraktur, sakit pada tulang, sendi.

Tabel 2.5 kekuatan otot

Derajad 5	Kekuatan normal dimana seluruh gerakan dapat dilakukan otot dengan tahanan maksimal dari proses yang dilakukan berulang-ulang tanpa menimbulkan kelelahan.
Derajad 4	Dapat melakukan ROM secara penuh dan dapat melawan tahanan ringan.
Derajad 3	Dapat melakukan ROM secara penuh dengan melawan gaya berat (gravitasi) tetapi tidak dapat melawan tahanan.
Derajad 2	Dengan bantuan atau menyangga sendi dapat melakukan ROM secara penuh.
Derajad 1	Kontraksi otot minimal terasa/teraba pada otot bersangkutan tanpa menimbulkan gerakan.
Derajad 0	Tidak ada kontraksi otot sama sekali.

Sumber : (Cookson & Stirk, 2019)

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan ditegakan atas dasar data pasien. Diagnosa keperawatan pada pasien fraktur menurut (Sudarmanto, 2018) sebagai berikut :

- a. Defisit pengetahuan tentang mobilisasi berhubungan dengan keterbatasan kognitif, gangguan fungsi kognitif, kekeliruan mengikuti anjuran, kurang terpapar informasi, kurang minat dalam belajar, kurang mampu mengingat, dan ketidaktahuan menemukan sumber informasi (D.01110).

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif :

1. Menanyakan masalah yang dihadapi

Objektif :

1. Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran
2. Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif :

1. Tidak tersedia

Objektif :

1. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat
2. Menunjukkan perilaku berlebihan (misal. Apatis, bermusuhan, agitasi, histeria)

Kondisi Klinis Terkait

1. Program aktivitas
2. Program diet
3. Program latihan
4. Latihan toilething
5. Pencegahan jatuh

6. Pencegahan kanker
 7. Pencegahan stroke
 8. Peran menjadi orang tua
 9. Perilaku sehat
 10. Program diet
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan 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 neuromuscular, indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia, efek agen farmakologis, program pembatasan gerak, nyeri, kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik, kecemasan, gangguan kognitif, keengganan melakukan pergerakan, gangguan sensoripersepsi (D.0054).

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif :

1. Nyeri saat bergerak
2. Enggan melakukan pergerakan
3. Merasa cemas saat bergerak

Objektif :

1. Sendi kaku
2. Gerakan tidak terkoordinasi
3. Gerakan terbatas
4. Fisik lemah

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif :

1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

Objektif :

1. Kekuatan otot menurun

2. Rentang gerak (ROM) menurun

Kondisi Klinis Terkait :

1. Stroke
2. Cedera medula spinalis
3. Trauma
4. Fraktur
5. Osteoarthritis
6. Osteomalasia
7. Keganasan

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.6 Intervensi Keperawatan

No.	DIAGNOSA KEPERAWATAN	INTERVENSI KEPERAWATAN		RASIONAL
		TUJUAN DAN KRITERIA HASIL (SLKI)	RENCANA TINDAKAN (SIKI)	
1.	<p>Defisit pengetahuan tentang mobilisasi berhubungan dengan keterbatasan kognitif, gangguan fungsi kognitif, kekeliruan mengikuti anjuran, kurang terpapar informasi, kurang minat dalam belajar, kurang mampu mengingat, dan ketidaktahuan menemukan sumber informasi (D.01110).</p> <p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan masalah yang dihadapi <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran 2. Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan :</p> <p>Tingkat pengetahuan meningkat (L.12111)</p> <p>Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat (5) 2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat (5) 3. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat (5) 4. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun (5) 5. Persepsi yang keliru terhadap masalah 	<p>Edukasi Mobilisasi (I.12394)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi indikasi dan kontraindikasi mobilisasi 3. Monitor kemajuan pasien/keluarga dalam melakukan mobilisasi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Persiapkan materi, media dan alat-alat seperti bantal, gait belt 	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Mengetahui indikasi dan kontraindikasi mobilisasi 3. Memantau kemajuan pasien/keluarga dalam melakukan mobilisasi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agar mudah dipahami saat memberikan pendidikan kesehatan

	<p>3. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat</p> <p>4. Menunjukkan perilaku berlebihan (misal. Apatis, bermusuhan, agitasi, histeria)</p>	<p>menurun (5)</p>	<p>2. Jadwalkan waktu pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan dengan pasien dan keluarga</p> <p>3. Beri kesempatan pada pasien/keluarga untuk bertanya</p> <p>Edukasi :</p> <p>1. Jelaskan prosedur, tujuan, indikasi, dan kontraindikasi mobilisasi serta dampak imobilisasi</p> <p>2. Ajarkan cara mengidentifikasi sarana dan prasarana yang mendukung untuk mobilisasi di rumah</p> <p>3. Ajarkan cara mengidentifikasi kemampuan mobilisasi (seperti kekuatan otot, rentang gerak)</p>	<p>2. Agar bisa berlatih dengan rutin</p> <p>3. Supaya keluarga tidak kebingungan dan paham</p> <p>Edukasi :</p> <p>1. Agar pasien/keluarga mengetahui prosedur, tujuan, indikasi, dan kontraindikasi mobilisasi serta dampak imobilisasi</p> <p>2. Supaya pasien/keluarga mengetahui sarana dan prasarana yang mendukung untuk mobilisasi di rumah</p> <p>3. Supaya pasien/keluarga mengetahui kemampuan mobilisasi (seperti</p>
--	---	--------------------	--	--

			<p>4. Demonstrasikan cara mobilisasi di tempat tidur (mis. mekanika tubuh, posisi pasien digeser ke arah berlawanan dari arah posisi yang akan dimiringkan, teknik-teknik memiringkan , penempatan posisi bantal sebagai penyangga)</p> <p>5. Demonstrasikan cara berlatih rentang gerak (mis. Gerakan dilakukan dengan perlahan dimulai dari kepala ke ekstremitas, gerakkan semua persendian sesuai rentang gerak normal, cara melatih rentang gerak pada sisi ekstremitas yang pares)</p>	<p>kekuatan otot, rentang gerak)</p> <p>4. Agar pasien/keluarga mengetahui cara mobilisasi di tempat tidur (mis. mekanika tubuh, posisi pasien digeser ke arah berlawanan dari arah posisi yang akan dimiringkan, teknik-teknik memiringkan , penempatan posisi bantal sebagai penyangga)</p> <p>5. Supaya pasien/keluarga mengetahui cara berlatih rentang gerak (mis. Gerakan dilakukan dengan perlahan dimulai dari kepala ke ekstremitas, gerakkan semua persendian sesuai rentang gerak)</p>
--	--	--	--	---

			<p>dengan menggunakan ekstremitas yang normal, frekuensi tiap gerakan)</p> <p>6. Anjurkan pasien/keluarga meredemonstrasikan mobilisasi miring kanan/miring kiri</p> <p>7. Anjurkan latihan rentang gerak sesuai yang telah di demonstrasikan</p>	<p>normal, cara melatih rentang gerak pada sisi ekstremitas yang parese dengan menggunakan ekstremitas yang normal, frekuensi tiap gerakan)</p> <p>6. Supaya lebih paham bagaimana mobilisasi miring kanan/miring kiri</p> <p>7. Supaya terbiasa melakukan latihan rentang gerak dan tidak kaku</p>
2.	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang, perubahan metabolisme, ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, penurunan massa otot, penurunan kekuatan otot, keterlambatan</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan :</p> <p>Mobilitas Fisik meningkat (L.05042)</p> <p>Dengan kriteria hasil :</p> <p>1. Pergerakan ekstremitas meningkat (5)</p>	<p>Dukungan Mobilisasi (I05173)</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p>	<p>Observasi :</p> <p>1. Mengetahui adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>2. Mengetahui toleransi fisik melakukan pergerakan</p>

<p>perkembangan, kekakuan sendi, kontraktur, malnutrisi, gangguan muskuloskeletal, gangguan neuromuscular, indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia, efek agen farmakologis, program pembatasan gerak, nyeri, kurang terpapar infrmasi tentang aktivitas fisik, kecemasan, gangguan kognitif, keengganan melakukan pergerakan, gangguan sensoripersepsi (D.0054).</p> <p>Data subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas 2. Nyeri saat bergerak 3. Enggan melakukan pergerakan 4. Merasa cemas saat bergerak <p>Data objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Kekuatan otot meningkat (5) 3. Rentang gerak (ROM) meningkat (5) 4. Kaku sendi menurun (1) 5. Kelemahan fisik menurun (1) 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Monitor frekuensi jantungng dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar dan tempat tidur 2. Fasilitasi melakukan pergerakann, jika perlu 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Memantau frekuensi jantungng dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Memantau kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mempermudah klien melakukan mobilisasi 2. Agar otot klien tidak kaku 3. Agar klien lebih mudah melakukan mobilisasi <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agar klien mengetahui tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Agar klien tidak kaku dan berlatih
---	---	--	---

	<ul style="list-style-type: none"> 3. Sendi kaku 4. Gerakan tidak terkoordinasi 5. Gerakan terbatas 6. Fisik lemah 		<ul style="list-style-type: none"> 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) 	<ul style="list-style-type: none"> untuk bergerak 3. Melatih klien untuk bergerak
--	--	--	--	---

(Sumber : Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016), Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018), Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019))

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi Keperawatan adalah perawat melaksanakan rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat sebelumnya guna untuk mewujudkan kesembuhan klien. Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat dalam membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi menuju kesehatan yang lebih baik yang sesuai dengan intervensi atau rencana keperawatan yang telah dibuat sebelumnya (Safitri, 2019).

Implementasi pada klien fraktur adalah melakukan ROM dan mobilisasi dini. Membantu pasien dalam melakukan aktivitas sendiri dilakukan selama tiga hari. ROM dan mobilisasi dini dilakukan sehari dua kali dan mengalami perubahan peningkatan aktivitas karena pasien sering melakukan latihan gerak selama di rumah sakit. Latihan ROM dan mobilisasi dini merupakan kegiatan yang penting pada periode post operasi guna mengembalikan kemampuan aktivitas pasien untuk melakukan aktivitas spesifik dalam hubungannya dengan rutinitas kehidupan sehari-hari seperti mandi, berpakaian, ke toilet dan lain-lain (RAHMASARI, 2018).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah suatu proses yang dilakukan untuk menilai apakah asuhan keperawatan yang dilakukan berhasil atau masih harus dilanjutkan untuk mendapat hasil yang lebih baik dan mencapai target yang telah ditentukan. Evaluasi adalah perbandingan sistemik dan terperinci mengenai kesehatan klien dengan tujuan yang ditetapkan, evaluasi dilakukan berkesinambungan yang melibatkan klien dan tenaga medis lainnya. Evaluasi dalam keperawatan yaitu kegiatan untuk menilai tindakan keperawatan yang telah dipilih untuk memenuhi kebutuhan klien secara optimal dan mengukur dari proses keperawatan (Potter, 2015).

Evaluasi keperawatan terdiri dari :

- a. S : ungkapan perasaan dan keluhan yang dikeluhkan secara subjektif oleh keluarga maupun pasien setelah di beri tindakan keperawatan.
- b. O : keadaan objektif yang dapat diidentifikasi oleh perawat menggunakan pengamatan yang objektif.
- c. A : analisa perawat setelah mengetahui respon pasien secara objektif dan subjektif.
- d. P : perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisa untuk masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik, diharapkan terjadi peningkatan mobilitas fisik meningkat.

BAB III

METODELOGI PENELITIAN

A. Pendekatan/Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah deskriptif dalam bentuk studi kasus untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan klien post orif dengan open fraktur tibia dan fibula sinistra di Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu tahun 2022. Proses keperawatan melalui pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

B. Subyek Penelitian

Subyek penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah pasien dengan post orif open fraktur tibia dan fibula sinistra di Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu. Adapun subyek penelitian yang akan diteliti berjumlah satu orang dengan post orif open fraktur tibia dan fibula sinistra .

Berikut adalah kriteria inklusi dan eksklusi subyek penelitian ini:

1. Kriteria Inklusi
 - b. Bersedia menjadi pasien dalam penelitian
 - c. Klien laki-laki atau perempuan yang mengalami post orif open fraktur tibia dan fibula sinistra
 - d. Klien yang mengalami gangguan mobilisasi setelah post orif open fraktur tibia dan fibula sinistra
 - e. Klien dengan kesadaran composmentis
2. Kriteria Eksklusi
 - a. Klien yang meninggal sebelum penelitian selesai
 - b. Kondisi klien memburuk

C. Batasan Istilah

- 1) Asuhan keperawatan adalah suatu proses atau tahap kegiatan dalam praktik keperawatan yang akan diberikan langsung pada pasien dengan berbagai tantangan pelayanan kesehatan. Asuhan keperawatan ini dilakukan dalam rangka

memenuhi kebutuhan yang diperlukan oleh penerima asuhan keperawatan (pasien) yang tepatnya terdiri dari pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

- 2) Pasien adalah orang yang menerima perawatan medis atau asuhan keperawatan yang dipenuhi kebutuhannya dengan tahap asuhan keperawatan.
- 3) Fraktur adalah terjadinya regangan pada tulang akibat suatu trauma.

D. Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian ini adalah di Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu. Penelitian KTI dilakukan pada tanggal 22 sampai 24 Juni 2022.

E. Prosedur Penelitian

Penelitian diawali dengan penyusunan usulan penelitian dengan menggunakan metode studi kasus berupa laporan teoritis asuhan keperawatan yang berjudul Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas Pada Pasien Post Orif Open Fraktur Tibia dan Fibula Sinistra di Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu tahun 2022. Setelah proposal ini disetujui oleh dosen pembimbing maka penelitian dilanjutkan dengan mengajukan surat izin penelitian. Selanjutnya penulis akan menegakkan diagnosa keperawatan, menyusun intervensi keperawatan dan melakukan implementasi serta evaluasi keperawatan.

F. Metode dan Instrumen pengumpulan data

- 1) Teknik pengumpulan data
 - a. Wawancara hasil anamnesis yang harus didapatkan berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang-dahulu-keluarga, riwayat psikologi, pola-pola fungsi kesehatan (sumber bisa dari dokter, perawat, keluarga, dan catatan medis).
 - b. Observasi dan pemeriksaan fisik yang meliputi keadaan umum, pemeriksaan integument, pemeriksaan kepala leher, pemeriksaan dada, pemeriksaan abdomen, pemeriksaan inguinal, anus, pemeriksaan ekstremitas, pemeriksaan neurologis (dengan pendekatan : inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi)

pada sistem tubuh klien. Data fokus yang diperoleh adalah sistem ekstremitas bawah.

- c. Studi dokumentasi dan integument dilakukan dengan melihat dari data MR (*Medical Record*), melihat pada status pasien, melihat hasil laboratorium, melihat catatan harian perawatan, melihat hasil pemeriksaan diagnostik seperti lembar laboratorium dan rontgen.

2) Instrument pengumpulan data

Alat atau instrument pengumpulan data menggunakan format pengkajian asuhan keperawatan sesuai ketentuan yang ada dalam prodi DIII Keperawatan jurusan keperawatan.

G. Keabsahan Data

Keabsahan data dilakukan oleh peneliti dengan cara peneliti mengumpulkan data secara langsung pada pasien dengan menggunakan format pengkajian dari yang baku dari kampus, yang dilakukan selama penelitian. Pengumpulan data dilakukan dengan memperoleh sumber informasi dari keluarga, dokter, perawat dan catatan medis. Di samping itu, untuk menjamin validitas dan keabsahan data peneliti melakukan observasi dan pengukuran ulang terhadap data-data pasien yang meragukan yang ditemukan melalui data sekunder.

H. Analisis Data

Analisis data dimulai dengan menyajikan data yang ada dengan metode wawancara, observasi, pemeriksaan fisik. Hasil pengumpulan data dianalisis dengan membandingkan dengan kasus yang telah disusun pada bab sebelumnya (bab 2) untuk mendapatkan masalah keperawatan yang digunakan untuk menyusun tujuan dan intervensi. Selanjutnya intervensi dilaksanakan kepada pasien sesuai rencana-rencana yang telah disusun (intervensi). Hasil implementasi dianalisis untuk mengevaluasi kondisi pasien apakah masalah sudah teratasi, teratasi sebagian, dimodifikasi atau diganti dengan tindakan keperawatan yang lebih relevan. Hasil pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, evaluasi, dituangkan dalam bentuk narasi pada bab pembahasan.

I. Etika Studi Kasus

Penulis mempertimbangkan etik dan legal studi kasus untuk melindungi responden agar terhindar dari segala bahaya serta ketidaknyamanan fisik dan psikologis. Etika studi kasus mempertimbangkan hal-hal dibawah ini :

1. Tanpa nama (anonymity) : Responden pada studi kasus ini tidak mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data dan hanya memberi inisial sebagai pengganti identitas responden.
2. Kerahasiaan (confidentiality) : Menjaga kerahasiaan semua informasi yang didapatkan dari responden. Semua informasi yang didapatkan dari diketahui hanya diketahui oleh peneliti dan tidak di sebarluaskan ke orang lain.
3. Menepati janji (fidelity) : Tanggung jawab dan menepati janji pertemuan dengan responden.
4. Kejujuran (veracity) : Memberikan informasi secara jujur mengenai penyakit responden, agar membina hubungan secara saling percaya antara responden dengan perawat.
5. Berbuat baik (beneficence) : Melakukan asuhan keperawatan dan hal yang baik sesuai SOP dan mencegah kesalahan.
6. Tidak merugikan (non-maleficence) : Peneliti menjamin tidak menyakiti dan merugikan responden, tidak menimbulkan bahaya dan cedera fisik.
7. Hak pasien (autonomi) : Memberikan hak pada responden untuk memilih atau menolak perawatan yang akan diberikan.

BAB IV

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. HASIL STUDI KASUS

Pengambilan data dilakukan di Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu di ruang kelas III Tribrata pada tanggal 22-24 Juli 2022. Bab ini menjelaskan tentang studi kasus asuhan keperawatan pada pasien post orif open fraktur tibia dan fibula sinistra melalui pendekatan asuhan keperawatan yang dilakukan dengan satu pasien yaitu Ny.K dengan diagnosa defisit pengetahuan tentang mobilisasi berhubungan dengan kurang terpapar informasi dan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal, dimulai dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Pengkajian dilakukan dengan metode auto anamnesa (wawancara dengan keluarga klien langsung), tenaga kesehatan lain (perawat ruangan), pengamatan, observasi, pemeriksaan fisik, menelaah catatan medis dan catatan keperawatan.

1. Pengkajian

a. Identitas

Nama pasien Ny. K, berusia 92 tahun, tanggal lahir 1 juli 1930, status cerai mati, agama hindu, tidak bersekolah, pekerjaan IRT, alamat pasar pedati, bengkulu tengah, bahasa yang digunakan adalah bahasa Bali, identitas penanggung jawab Tn. G (anak pasien), usia 42 tahun, diagnosa medis open fraktur tibia dan fibula nomor registrasi pasien 215200.

b. Keluhan utama MRS

Pasien datang ke IGD Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu dengan keluhan nyeri pada kaki kiri setelah terjatuh karena tersandung batu, nyeri saat digerakkan, darah aktif dan lemas.

c. Keluhan utama

Keluhan utama post orif hari pertama pada hari rabu 22 Juni 2022 pada Ny. K saat dikaji yaitu keluarga mengatakan pasien susah menggerakkan kaki sebelah kiri di karenakan nyeri dan terasa kaku, keluarga mengatakan tidak tahu kapan pasien boleh melakukan pergerakan.

d. Kronologi keluhan

Pasien datang ke IGD Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu pada hari rabu 22 Juni 2022 pukul 08:49 WIB. Pasien datang dengan keluhan nyeri pada bagian tibia dan fibula kaki kiri, nyeri saat digerakkan, darah aktif dan lemas. Faktor pencetusnya adalah karena tersandung batu saat berjalan kerumah tetangga. Pasien langsung dibawa ke IGD Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu. Pasien dipindahkan ke ruang rawat inap Tribrata pada jam 09:30 WIB. Kemudian pasien dijadwalkan operasi pada jam 13.45 WIB dan selesai jam 14:30 WIB.

2. Riwayat kesehatan sekarang

Saat dikaji pada hari Rabu 22 Juni 2022 jam 15:20 WIB, setelah 1 jam post operasi keluarga mengatakan pasien susah menggerakkan kaki sebelah kiri, keluarga mengatakan pasien merasa nyeri post operasi saat bergerak, keluarga mengatakan pasien enggan bergerak, keluarga mengatakan pasien merasa cemas saat bergerak, pasien tampak lemah, keluarga menanyakan apakah pasien sudah boleh bergerak apa belum, pasien tampak maksakan melakukan pergerakan, keluarga pasien tampak memperbolehkan pasien melakukan pergerakan yang berlebihan.

3. Riwayat kesehatan dahulu

Ny. K tidak ada riwayat alergi obat, tidak ada riwayat kecelakaan sebelumnya, tidak ada riwayat pemakaian obat rutin, tidak ada penyakit lain yang sifatnya menurun atau menular.

4. Riwayat kesehatan keluarga

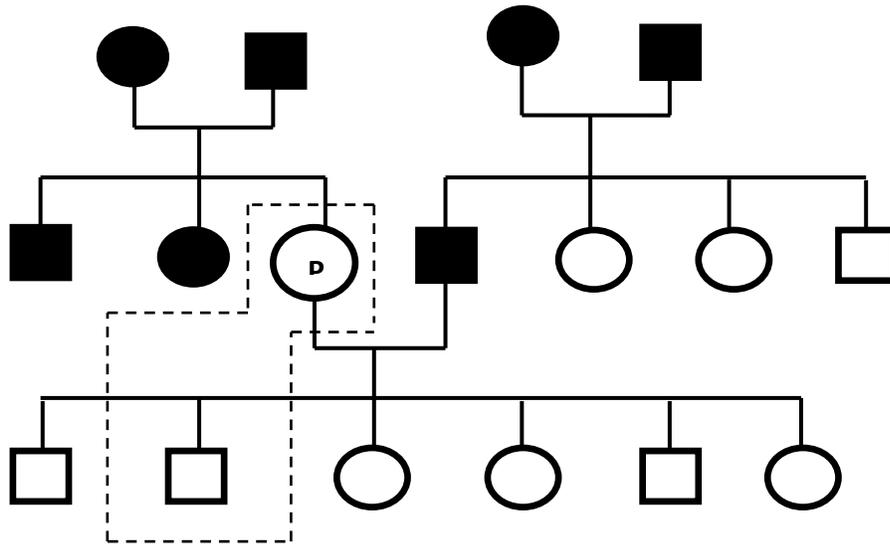
Keluarga pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit keturunan.

5. Riwayat psikososial dan spiritual

Pada Ny. K orang yang terdekat adalah anaknya, interaksi dalam keluarga baik, pola komunikasi baik, pembuat keputusan dalam keluarga adalah anaknya, dampak sakit terhadap keluarga mengganggu aktivitas pekerjaan karena harus menunggu klien di rumah sakit, masalah yang mempengaruhi klien tidak ada, mekanisme koping terhadap stress adalah pemecahan masalah, hal yang dipikirkan saat ini Ny. K ingin cepat pulang, harapan setelah menjalani perawatan ingin cepat sembuh, perubahan yang dirasakan saat jatuh sakit tidak bisa beraktivitas seperti biasanya, nilai bertentangan dengan kesehatan tidak ada, aktivitas agama tidak dilakukan saat dirumah sakit.

6. Genogram

Bagan 4.1 genogram



Keterangan :

-  : perempuan
-  : laki-laki
-  : perempuan meninggal
-  : laki-laki meninggal
-  : pasien
- : serumah

7. Pola kebiasaan

a. Pola nutrisi

Pola nutrisi pada Ny. K yaitu frekuensi makan 3 kali sehari dan sebelum dirumah sakit 3 kali sehari, nafsu makan sebelum dan sesudah di rumah sakit baik, porsi makan yang dihabiskan 3 kali sehari, makanan yang tidak disukai yaitu daging, makanan yang membuat alergi tidak ada, makanan pantangan daging sapi karena keluarga Ny. K tidak boleh makan daging sapi, makanan diet tidak ada, penggunaan alat bantu (NGT) tidak ada.

b. Pola eliminasi BAK

Pola eliminasi BAK sebelum di rumah sakit yaitu 4-5 kali sehari dan sesudah di rumah sakit tidak menentu karena memakai kateter, warna kuning cerah, keluhan BAK tidak ada, penggunaan alat bantu (kateter) saat di rumah sakit ada .

c. Pola eliminasi BAB

Pola eliminasi BAB sebelum di rumah sakit 2 kali sehari dan sesudah di rumah sakit tidak menentu karena memakai pampers, waktu BAB tidak menentu, warna kuning, keluhan BAB tidak ada.

d. Pola personal hygiene

Pola personal hygiene sebelum dirumah sakit 2 kali sehari dan sesudah di rumah sakit 2 kali sehari di lap, frekuensi cuci rambut sebelum di rumah sakit 2 kali sehari dan saat di rumah sakit tidak ada.

e. Pola aktivitas dan latihan

Pola aktivitas dan latihan sebelum di rumah sakit tidak ada masalah dan sesudah di rumah sakit mengalami masalah karena mengalami gangguan mobilitas fisik sehingga aktivitas berkurang.

8. Pemeriksaan Fisik Umum

a. Keadaan umum : Keadaan Ny. K lemah

b. Sistem Penglihatan

Pada sistem penglihatan Ny. K mengalami gangguan. Posisi mata simetris, kelopak mata simetris, pergerakan bola mata normal, konjungtiva anemis, kornea normal, sklera ikterik, pupil isokor, fungsi penglihatan menurun, pemakaian kacamata tidak ada.

c. Sistem Pendengaran

Pada sistem pendengaran Ny. K mengalami gangguan. Daun telinga lengkap, serumen tidak ada, cairan dari telinga tidak ada, fungsi pendengaran, penggunaan alat bantu pendengaran tidak ada.

d. Sistem Pernafasan

Pada sistem pernafasan Ny. K tidak mengalami gangguan. Jalan nafas bersih dan paten, pernafasan tidak sesak, frekuensi 20 x/menit, irama teratur, tidak ada batuk, tidak ada sputum.

e. Sistem Kardiovaskuler

Pada sistem kardiovaskuler Ny. K nadi 86x/menit, tekanan darah : 110/60 mmHg, irama reguler.

f. Sistem saraf pusat

Pada sistem saraf pusat Ny. K tingkat kesadaran composmentis, GCS 15.

g. Sistem muskuloskeletal

Pada sistem muskuloskeletal Ny. K kekuatan otot 2, rentang gerak pasien tampak kaku, sendi pasien tampak kaku, gerakan pasien tampak terbatas, terdapat fraktur di kaki sebelah kiri pada bagian tibia dan fibula,

Tabel 4.1 Tingkat Kemampuan Aktivitas

Tingkat Aktivitas	Kategori	Kemandirian
0	Mampu merawat diri secara penuh	
1	Memerlukan penggunaan alat	
2	Memerlukan bantuan atau pengawasan orang lain	
3	Memerlukan bantuan, pengawasan orang lain, dan peralatan	✓
4	Sangat tergantung dan tidak dapat melakukan atau berpartisipasi dalam perawatan	
Total		3

Keterangan : Tingkat kemampuan aktivitas pada Ny. K adalah 3 yaitu memerlukan bantuan, pengawasan orang lain dan peralatan.

Tabel 4.2 kekuatan Otot

Derajad	Kategori	Nilai
Derajad 5	Kekuatan normal dimana seluruh gerakan dapat dilakukan otot dengan tahanan maksimal dari proses yang dilakukan berulang-ulang tanpa menimbulkan kelelahan.	
Derajad 4	Dapat melakukan ROM secara penuh dan dapat melawan tahanan ringan.	
Derajad 3	Dapat melakukan ROM secara penuh dengan melawan gaya berat (gravitasi) tetapi tidak dapat melawan tahanan.	
Derajad 2	Dengan bantuan atau menyangga sendi dapat melakukan ROM secara penuh.	✓
Derajad 1	Kontraksi otot minimal terasa/teraba pada otot bersangkutan tanpa menimbulkan gerakan.	
Derajad 0	Tidak ada kontraksi otot sama sekali.	
Total		2

Keterangan : Kekuatan otot pada Ny. K adalah 2 yaitu dengan bantuan atau menyangga sendi dapat melakukan ROM secara penuh

9. Pemeriksaan penunjang

Gambar 4.1 Rontgen



Tabel 4.3 Gambaran Hasil Pemeriksaan Penunjang

No	ITEM PENGKAJIAN	PARTISIPAN (Ny. K)		
		JENIS PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI RUJUAKN
	Pemeriksaan penunjang	Rapid antigen	Negatif	Negatif
		Hemoglobin	9,2	L : 14-16 g/dL P : 12-14 g/dL
		Leukosit	10.600	5.000-10.000 /ui
		Trombosit	289.000	150.000- 400.000/ui
		Hematokrit	29%	L : 42-5 % P : 36-46%
		Waktu perdarahan	1'30"	1-6 menit
		Waktu pembekuan	3'15"	2-6 menit
		BSS	144	60-100 mg%
		HbsAG	Non reaktif	Non reaktif

Tabel 4.4 Gambaran Penatalaksanaan Terapi Obat

No	OBAT	DOSIS			RUTE
		22/06/2022	23/06/2022	24/06/2022	
1.	IVFD RL	20 tpm	20 tpm	20 tpm	IV
2.	DexeetoProfen	25 mg/ml	25 mg/ml	25 mg/ml	IV
3.	Ceftriaxone	1 gr	1 gr	1 gr	IV

Tabel 4.5 Gambaran Analisa Data

NO	DATA SENJANG	ETIOLOGI	MASALAH
1.	Data subjektif : <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien menanyakan apakah pasien sudah boleh melakukan pergerakan atau belum Data objektif : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak memaksakan melakukan pergerakan - Keluarga pasien tampak memperbolehkan pasien melakukan pergerakan yang berlebihan 	Kurang terpapar informasi	Defisit pengetahuan tentang mobilisasi
2.	Data subjektif : <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan pasien susah menggerakkan kaki sebelah kiri - Keluarga pasien mengatakan pasien merasa nyeri saat bergerak - Keluarga pasien mengatakan pasien enggan bergerak - Keluarga pasien mengatakan pasien merasa cemas saat bergerak Data objektif : <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot pasien 2 - Sendi pasien tampak kaku - Gerakan pasien tampak terbatas - Pasien tampak lemah 	Gangguan muskuloskeletal	Gangguan mobilitas fisik

Tabel 4.6 Gambaran Diagnosa Keperawatan

NO	NAMA PARTISIPAN	DIAGNOSIS KEPERAWATAN	TANGGAL DITEGAKKAN	TANDA TANGAN
1.	Ny. K	Defisit pengetahuan tentang mobilisasi berhubungan dengan kurang terpapar informasi Data subjektif : <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien menanyakan apakah pasien sudah boleh melakukan pergerakan apa belum Data objektif : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak memaksakan melakukan pergerakan - Keluarga pasien tampak memperbolehkan pasien melakukan pergerakan yang berlebihan 	22 Juni 2022	Nadila
2.	Ny. K	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal Data subjektif : <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan pasien susah menggerakkan kaki sebelah kiri - Keluarga pasien mengatakan pasien merasa nyeri saat bergerak - Keluarga pasien mengatakan pasien enggan bergerak - Keluarga pasien mengatakan pasien merasa cemas saat bergerak Data objektif : <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot pasien 2 - Sendi pasien tampak kaku - Gerakan pasien tampak terbatas - Pasien tampak lemah 	22 Juni 2022	Nadila

Tabel 4.7 Intervensi Keperawatan

No.	DIAGNOSA KEPERAWATAN	INTERVENSI KEPERAWATAN		RASIONAL
		TUJUAN DAN KRITERIA HASIL (SLKI)	RENCANA TINDAKAN (SIKI)	
1.	<p>Defisit pengetahuan tentang mobilisasi berhubungan dengan kurang terpapar informasi</p> <p>Data subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien menanyakan apakah pasien sudah boleh melakukan pergerakan apa belum <p>Data objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak memaksakan melakukan pergerakan - Keluarga pasien tampak memperbolehkan pasien melakukan pergerakan yang berlebihan 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan :</p> <p>Tingkat pengetahuan meningkat (L.12111)</p> <p>Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat (4) 2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat (4) 3. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat (4) 4. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun (4) 5. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun (4) 	<p>Edukasi Mobilisasi (L.12394)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi indikasi dan kontraindikasi mobilisasi 3. Monitor kemajuan pasien/keluarga dalam melakukan mobilisasi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Persiapkan materi, media dan alat-alat seperti bantal, gait belt 2. Jadwalkan waktu pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan dengan pasien dan keluarga 3. Beri kesempatan pada pasien/keluarga untuk bertanya 	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Mengetahui indikasi dan kontraindikasi mobilisasi 3. Memantau kemajuan pasien/keluarga dalam melakukan mobilisasi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agar mudah dipahami saat memberikan pendidikan kesehatan 2. Agar bisa berlatih dengan rutin 3. Supaya keluarga tidak kebingungan dan paham

			<p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan prosedur, tujuan, indikasi, dan kontraindikasi mobilisasi serta dampak imobilisasi 2. Ajarkan cara mengidentifikasi sarana dan prasarana yang mendukung untuk mobilisasi di rumah 3. Ajarkan cara mengidentifikasi kemampuan mobilisasi (seperti kekuatan otot, rentang gerak) 4. Demonstrasikan cara mobilisasi di tempat tidur (mis. mekanika tubuh, posisi pasien digeser ke arah berlawanan dari arah posisi yang akan dimiringkan, teknik-teknik memiringkan, penempatan posisi bantal sebagai penyangga) 5. Demonstrasikan cara berlatih rentang gerak (mis. Gerakan dilakukan dengan 	<p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agar pasien/keluarga mengetahui prosedur, tujuan, indikasi, dan kontraindikasi mobilisasi serta dampak imobilisasi 2. Supaya pasien/keluarga mengetahui sarana dan prasarana yang mendukung untuk mobilisasi di rumah 3. Supaya pasien/keluarga mengetahui kemampuan mobilisasi (seperti kekuatan otot, rentang gerak) 4. Agar pasien/keluarga mengetahui cara mobilisasi di tempat tidur (mis. mekanika tubuh, posisi pasien digeser ke arah berlawanan dari arah posisi yang akan dimiringkan, teknik-teknik memiringkan, penempatan posisi bantal sebagai penyangga) 5. Supaya pasien/keluarga mengetahui cara berlatih rentang gerak (mis. Gerakan dilakukan
--	--	--	---	---

			<p>perlahan dimulai dari kepala ke ekstremitas, gerakkan semua persendian sesuai rentang gerak normal, cara melatih rentang gerak pada sisi ekstremitas yang pares dengan menggunakan ekstremitas yang normal, frekuensi tiap gerakan)</p> <p>6. Anjurkan pasien/keluarga meredemonstrasikan mobilisasi miring kanan/miring kiri</p> <p>7. Anjurkan latihan rentang gerak sesuai yang telah di demonstrasikan</p>	<p>dengan perlahan dimulai dari kepala ke ekstremitas, gerakkan semua persendian sesuai rentang gerak normal, cara melatih rentang gerak pada sisi ekstremitas yang pares dengan menggunakan ekstremitas yang normal, frekuensi tiap gerakan)</p> <p>6. Supaya lebih paham bagaimana mobilisasi miring kanan/miring kiri</p> <p>7. Supaya terbiasa melakukan latihan rentang gerak dan tidak kaku</p>
2.	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal</p> <p>Data subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan pasien susah menggerakkan kaki sebelah kiri - Keluarga pasien mengatakan pasien merasa nyeri saat 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan :</p> <p>Mobilitas Fisik meningkat (L.05042)</p> <p>Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat (4) 2. Kekuatan otot 	<p>Dukungan Mobilisasi (I05173)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan 	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Mengetahui toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Memantau frekuensi jantung dan tekanan

	<p>bergerak</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan pasien enggan bergerak - Keluarga pasien mengatakan pasien merasa cemas saat bergerak <p>Data objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot pasien 2 - Sendi pasien tampak kaku - Gerakan pasien tampak terbatas - Pasien tampak lemah 	<p>meningkat (4)</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Rentang gerak (ROM) meningkat (4) 4. Kaku sendi menurun (1) 5. Kelemahan fisik menurun (1) 	<p>darah sebelum memulai mobilisasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar dan tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) 	<p>darah sebelum memulai mobilisasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Memantau kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mempermudah klien melakukan mobilisasi 2. Agar otot klien tidak kaku 3. Agar klien lebih mudah melakukan mobilisasi <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agar klien mengetahui tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Agar klien tidak kaku dan berlatih untuk bergerak 3. Melatih klien untuk bergerak
--	--	--	---	---

Tabel 4.8 Implementasi Keperawatan Hari-1

Nama pasien	Ny. K	Ruangan	Tribrata
Umur	92 tahun	No. RM	21.52.00
Hari/tanggal	22 Juni 2022	Implementasi	Hari ke-1

PENGKAJIAN (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI		EVALUASI	
	WAKTU	TINDAKAN	FORMATIF (RESPON HASIL)	SUMATIF (RESPON PERKEMBANGAN)
Defisit pengetahuan tentang mobilisasi berhubungan dengan kurang terpapar informasi Subjektif : <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien menanyakan apakah pasien sudah boleh melakukan pergerakan apa belum Objektif : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak memaksakan melakukan pergerakan - Keluarga pasien tampak 	15:30 WIB 15:35 WIB 15:42 WIB 15:43 WIB 15:45 WIB 15:58 WIB	1. Menanyakan kepada pasien/keluarga apakah sudah siap menerima edukasi tentang mobilisasi 2. Menanyakan pada keluarga pasien apakah sudah mengetahui indikasi dan kontraindikasi mobilisasi 3. Menyiapkan materi untuk melakukan edukasi 4. Membuat jadwal pendidikan kesehatan 5. Menjelaskan prosedur, tujuan, indikasi, dan kontraindikasi mobilisasi serta dampak imobilisasi pada pasien dan keluarga 6. Menjelaskan bagaimana	1. Keluarga pasien mengatakan sudah siap menerima 2. Keluarga pasien mengatakan belum mengetahui indikasi dan kontraindikasi mobilisasi 3. Materi sudah disiapkan 4. Jadwal pendidikan kesehatan setiap jam 09.00 WIB 5. Keluarga pasien mengatakan paham dan mengerti apa yang disampaikan 6. Keluarga pasien mengatakan paham	21:00 WIB Subjektif : <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan masih belum memahami apakah pasien sudah boleh melakukan pergerakan atau belum Objektif: <ul style="list-style-type: none"> - Pasien masih memaksakan untuk melakukan pergerakan - Keluarga pasien masih tampak memperbolehkan

<p>memperbolehkan pasien melakukan pergerakan yang berlebihan</p> <p>Analisa : Tingkat pengetahuan cukup menurun</p> <p>Planning : SIKI : Edukasi mobilisasi</p>	<p>16:05 WIB</p>	<p>cara mengetahui sarana dan prasarana yang mendukung untuk mobilisasi di rumah</p> <p>7. Menjelaskan bagaimana cara mengetahui kemampuan mobilisasi dengan mengukur kekuatan otot dan melakukan rentang gerak menggunakan format</p>	<p>dan mengerti apa yang disampaikan</p> <p>7. Kekuatan otot pasien tampak lemah dan keterbatasan melakukan rentang gerak</p>	<p>n pasien melakukan pergerakan yang berlebihan</p> <p>Analisa: Tingkat pengetahuan masih cukup menurun</p>
	<p>16:10 WIB</p>	<p>8. Mempraktekkan cara mobilisasi di tempat tidur</p>	<p>8. Pasien dan keluarga mengatakan paham dengan apa yang di praktekkan</p>	<p>Planning: Intervensi SIKI dilanjutkan (Edukasi mobilisasi)</p>
	<p>16:16 WIB</p>	<p>9. Mempraktekkan cara melakukan rentang gerak</p>	<p>9. Keluarga pasien mengatakan mengerti apa yang di praktekkan</p>	

Tabel 4.9 Implementasi Keperawatan Hari-1

Nama pasien	Ny. K	Ruangan	Tribrata
Umur	92 tahun	No. RM	21.52.00
Hari/tanggal	22 Juni 2022	Implementasi	Hari ke-1

PENGKAJIAN (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI		EVALUASI	
	WAKTU	TINDAKAN	FORMATIF (RESPON HASIL)	SUMATIF (RESPON PERKEMBANGAN)
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal Subjektif : <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan pasien susah menggerakkan kaki sebelah kiri - Keluarga pasien mengatakan pasien merasa nyeri post op saat bergerak - Keluarga pasien mengatakan pasien enggan bergerak 	16:45 WIB	1. Menanyakan pada keluarga pasien apakah pasien mengalami nyeri dan keluhan fisik lainnya	1. Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami nyeri pada kaki sebelah kiri dan sulit bergerak	21: 30 WIB Subjektif : <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan pasien masih susah menggerakkan kaki sebelah kiri - Keluarga pasien mengatakan pasien masih merasa nyeri saat bergerak Objektif: <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot pasien 2 - Sendi pasien masih tampak kaku
	16:47 WIB	2. Menghitung detak jantung dan tekanan darah	2. Detak jantung : 86 x/menit TD : 100/80 mmHg	
	16:50 WIB	3. Memantau kondisi umum pasien	3. Keadaan umum pasien baik Kesadaran: composmentis	
	16:58 WIB	4. Menjelaskan pada keluarga dan pasien apa tujuan dan bagaimana prosedur melakukan mobilisasi	4. Keluarga pasien mengatakan paham dengan apa yang dijelaskan	
	17:05 WIB	5. Memberitahukan pada keluarga pasien agar pasien melakukan pergerakan ekstremitas yang sehat untuk	5. Keluarga pasien mengatakan paham dan mengerti	

<ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan pasien merasa cemas saat bergerak <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot pasien 2 - Sendi pasien tampak kaku - Gerakan pasien tampak terbatas - Pasien tampak lemah <p>Analisa : Mobilitas fisik cukup menurun</p> <p>Planning : SIKI : Latihan mobilisasi dini</p>	<p>17:12 WIB</p>	<p>mencegah kekakuan sendi</p> <p>6. Mengajarkan cara mobilisasi sederhana seperti duduk di tempat tidur dan duduk di sisi tempat tidur</p>	<p>6. Pasien mengikuti dan paham apa yang diajarkan</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gerakan pasien masih tampak terbatas - Pasien masih tampak lemah <p>Analisa: Mobilitas fisik masih cukup menurun</p> <p>Planning: Intervensi SIKI dilanjutkan (Latihan mobilisasi dini)</p>
---	-------------------------	---	---	--

Tabel 4.10 Implementasi Keperawatan Hari-2

Nama pasien	Ny. K	Ruangan	Tribrata
Umur	92 tahun	No. RM	21.52.00
Hari/tanggal	23 Juni 2022	Implementasi	Hari ke-2

PENGKAJIAN (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI		EVALUASI	
	WAKTU	TINDAKAN	FORMATIF (RESPON HASIL)	SUMATIF (RESPON PERKEMBANGAN)
Defisit pengetahuan tentang mobilisasi berhubungan dengan kurang terpapar informasi : Subjektif : - Keluarga pasien menanyakan apakah pasien sudah boleh melakukan pergerakan apa belum Objektif : - Pasien tampak memaksakan melakukan pergerakan - Keluarga pasien masih tampak	09:00 WIB 09:05 WIB 09:12 WIB 09:17 WIB 09:20 WIB	1. Menanyakan kembali kepada pasien/keluarga apakah sudah siap menerima edukasi tentang mobilisasi 2. Memantau kemajuan pasien dalam melakukan mobilisasi 3. Menyiapkan materi dan bantal untuk melakukan edukasi 4. Menjelaskan kembali prosedur, tujuan, indikasi, dan kontraindikasi mobilisasi serta dampak imobilisasi pada pasien dan keluarga 5. Menjelaskan kembali bagaimana cara mengetahui sarana dan	1. Keluarga pasien mengatakan sudah siap menerima 2. Pasien tampak sudah bisa melakukan mobilisasi 3. Materi dan bantal sudah disiapkan 4. Keluarga pasien mengatakan paham dan mengerti apa yang disampaikan 5. Keluarga pasien mengatakan paham dan mengerti apa	14:00 WIB Subjektif : - Keluarga pasien sudah mulai paham apakah pasien sudah boleh bergerak apa belum Objektif: - Pasien sudah mengurangi pergerakan - Keluarga pasien sudah mulai tidak memperbolehkan pasien melakukan pergerakan yang berlebihan

<p>memperbolehkan pasien melakukan pergerakan yang berlebihan</p> <p>Analisa : Tingkat pengetahuan masih cukup menurun</p> <p>Planning : SIKI : Edukasi mobilisasi</p>	<p>09:23 WIB</p>	<p>prasarana yang mendukung untuk mobilisasi di rumah</p> <p>6. Menjelaskan kembali bagaimana cara mengetahui kemampuan mobilisasi dengan mengukur kekuatan otot dan melakukan rentang gerak menggunakan format</p>	<p>yang disampaikan</p> <p>6. Kekuatan otot pasien tampak lemah dan keterbatasan melakukan rentang gerak</p>	<p>Analisa: Tingkat pengetahuan cukup meningkat</p> <p>Planning: Intervensi SIKI dilanjutkan (Edukasi mobilisasi)</p>
	<p>09:30 WIB</p>	<p>7. Mempraktekkan cara mobilisasi di tempat tidur</p>	<p>7. Pasien dan keluarga mengatakan paham dengan apa yang di praktekkan</p>	
	<p>09:36 WIB</p>	<p>8. Mempraktekkan cara melakukan rentang gerak</p>	<p>8. Keluarga pasien mengatakan mengerti apa yang di praktekkan</p>	
	<p>09:42 WIB</p>	<p>9. Meminta pasien mempraktekkan ulang mobilisasi miring kanan dan miring kiri</p>	<p>9. Pasien tampak bisa mempraktekkan ulang mobilisasi miring kanan dan miring kiri</p>	

Tabel 4.11 Implementasi Keperawatan Hari-2

Nama pasien	Ny. K	Ruangan	Tribrata
Umur	92 tahun	No. RM	21.52.00
Hari/tanggal	23 Juni 2022	Implementasi	Hari ke-2

PENGKAJIAN (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI		EVALUASI	
	WAKTU	TINDAKAN	FORMATIF (RESPON HASIL)	SUMATIF (RESPON PERKEMBANGAN)
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal Subjektif : <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan pasien sudah bisa menggerakkan kaki sebelah kiri - Keluarga pasien mengatakan nyeri pasien saat bergerak sudah berkurang - Keluarga pasien mengatakan pasien masih enggan bergerak 	10:00 WIB	1. Menanyakan kembali pada keluarga pasien apakah pasien masih mengalami nyeri dan keluhan fisik lainnya	1. Keluarga pasien mengatakan pasien masih mengalami nyeri pada kaki sebelah kiri dan sulit bergerak	15:00 WIB Subjektif : <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan pasien sudah bisa menggerakkan kaki sebelah kiri - Keluarga pasien mengatakan nyeri pasien saat bergerak sudah berkurang - Keluarga pasien mengatakan pasien tidak enggan bergerak - Keluarga pasien mengatakan pasien sudah tidak merasa cemas saat
	10:05 WIB	2. Meminta pasien melakukan pergerakan jari kaki kiri dan miring kanan, miring kiri	2. Pasien sudah bisa menggerakkan jari dan miring kanan, miring kiri	
	10:10 WIB	3. Menghitung detak jantung dan tekanan darah	3. Detak jantung : 82 x/menit TD : 110/70 mmHg	
	10:15 WIB	4. Memantau kondisi umum pasien	4. Keadaan umum pasien baik Kesadaran : composmentis	
	10:20 WIB	5. Memastikan kelengkapan bantal tersedia untuk melakukan aktivitas mobilisasi	5. Pasien tampak nyaman dengan bantal yang disediakan	

<p>- Keluarga pasien mengatakan pasien masih merasa cemas saat bergerak</p> <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot pasien mulai membaik - Sendi pasien masih tampak kaku - Gerakan pasien masih terbatas - Pasien masih tampak lemah <p>Analisa : Mobilitas fisik masih cukup menurun</p> <p>Planning : SIKI : Latihan mobilisasi dini</p>	<p>10:23 WIB</p> <p>10:26 WIB</p> <p>10:28 WIB</p>	<p>6. Memfasilitasi melakukan pergerakan ekstremitas bawah yang sehat</p> <p>7. Mengajak keluarga untuk membantu pasien melakukan aktivitas duduk atau merubah posisi</p> <p>8. Memberitahukan pada keluarga pasien agar pasien tetap melakukan pergerakan ekstremitas yang sehat untuk mencegah kekakuan</p>	<p>6. Pasien tampak sudah bisa menggerakkan ekstremitas yang sehat</p> <p>7. Keluarga setuju dan membantu pasien melakukan pergerakan</p> <p>8. Keluarga pasien mengatakan paham dengan apa yang dijelaskan</p>	<p>bergerak</p> <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot pasien mulai membaik - Sendi pasien masih sedikit kaku - Gerakan pasien masih sedikit terbatas - Pasien masih sedikit lemah <p>Analisa: Mobilitas fisik cukup meningkat</p> <p>Planning: Intervensi SIKI dilanjutkan (Latihan mobilisasi dini)</p>
---	---	---	---	---

Tabel 4.12 Implementasi Keperawatan Hari-3

Nama pasien	Ny. K	Ruangan	Tribrata
Umur	92 tahun	No. RM	21.52.00
Hari/tanggal	24 Juni 2022	Implementasi	Hari ke-3

PENGKAJIAN (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI		EVALUASI	
	WAKTU	TINDAKAN	FORMATIF (RESPON HASIL)	SUMATIF (RESPON PERKEMBANGAN)
<p>Defisit pengetahuan tentang mobilisasi berhubungan dengan kurang terpapar informasi</p> <p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan sudah mengetahui apakah pasien sudah boleh melakukan pergerakan apa belum <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak sudah mengurangi pergerakan - Keluarga pasien sudah tidak 	<p>09:05 WIB</p> <p>09:07 WIB</p> <p>09:13 WIB</p> <p>09:16 WIB</p> <p>09:18 WIB</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan kembali kepada pasien/keluarga apakah sudah siap menerima edukasi tentang mobilisasi 2. Memantau kemajuan pasien dalam melakukan mobilisasi 3. Menyiapkan materi dan bantal untuk melakukan edukasi 4. Menjelaskan kembali bagaimana cara mengetahui sarana dan prasarana yang mendukung untuk mobilisasi di rumah 5. Menjelaskan kembali bagaimana cara mengetahui kemampuan mobilisasi dengan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien mengatakan sudah siap menerima 2. Pasien tampak sudah bisa melakukan mobilisasi 3. Materi dan bantal sudah disiapkan 4. Keluarga pasien mengatakan paham dan mengerti apa yang disampaikan 5. Kekuatan otot pasien tampak lemah dan keterbatasan melakukan rentang 	<p>14:30 WIB</p> <p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan sudah mengetahui apakah pasien boleh bergerak apa belum <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak mengurangi pergerakan - Keluarga pasien sudah tidak memperbolehkan pasien melakukan pergerakan yang berlebihan

<p>memperbolehkan pasien melakukan pergerakan yang berlebihan</p> <p>Analisa : Tingkat pengetahuan cukup meningkat</p> <p>Planning : SIKI : Edukasi mobilisasi</p>	<p>09:20 WIB</p> <p>09:27 WIB</p> <p>09:35 WIB</p>	<p>mengukur kekuatan otot dan melakukan rentang gerak menggunakan format</p> <p>6. Mempraktekkan cara mobilisasi di tempat tidur</p> <p>7. Mempraktekkan cara melakukan rentang gerak</p> <p>8. Meminta pasien mempraktekkan ulang mobilisasi miring kanan dan miring kiri</p>	<p>gerak</p> <p>6. Pasien dan keluarga mengatakan paham dengan apa yang di praktekkan</p> <p>7. Keluarga pasien mengatakan mengerti apa yang di praktekkan</p> <p>8. Pasien tampak bisa mempraktekkan ulang mobilisasi miring kanan dan miring kiri</p>	<p>Analisa: Tingkat pengetahuan meningkat</p> <p>Planning: Intervensi SIKI (Edukasi mobilisasi) dihentikan, pasien pulang</p>
--	---	--	---	---

Tabel 4.13 Implementasi Keperawatan Hari-3

Nama pasien	Ny. K	Ruangan	Tribrata
Umur	92 tahun	No. RM	21.52.00
Hari/tanggal	24 Juni 2022	Implementasi	Hari ke-3

PENGKAJIAN (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI		EVALUASI	
	WAKTU	TINDAKAN	FORMATIF (RESPON HASIL)	SUMATIF (RESPON PERKEMBANGAN)
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal Subjektif : <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan pasien sudah bisa menggerakkan kaki sebelah kiri - Keluarga pasien mengatakan nyeri pasien saat bergerak sudah berkurang - Keluarga pasien mengatakan pasien tidak enggan bergerak 	10:00 WIB	1. Menanyakan kembali pada keluarga pasien apakah pasien masih mengalami nyeri dan keluhan fisik lainnya	1. Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami nyeri pada kaki sebelah kiri dan sulit bergerak	15:00 WIB Subjektif : <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan pasien sudah bisa menggerakkan kaki sebelah kiri - Keluarga pasien mengatakan nyeri pasien saat bergerak sudah berkurang - Keluarga pasien mengatakan pasien tidak enggan bergerak - Keluarga pasien mengatakan pasien sudah tidak merasa cemas saat
	10:03 WIB	2. Meminta kembali pasien melakukan pergerakan ekstremitas bawah	2. Pasien sudah bisa menggerakkan kaki kiri	
	10:07 WIB	3. Menghitung detak jantung dan tekanan darah	3. Detak jantung : 88x/menit TD : 110/80 mmHg	
	10:10 WIB	4. Memantau kondisi umum pasien	4. Keadaan umum pasien baik Kesadaran : composmentis	
	10:13 WIB	5. Memastikan kelengkapan bantal tersedia untuk membantu melakukan aktivitas mobilisasi	5. Pasien tampak nyaman dengan bantal yang disediakan	

<p>- Keluarga pasien mengatakan pasien tidak merasa cemas saat bergerak</p> <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot pasien membaik - Sendi pasien tidak tampak kaku - Gerakan pasien sudah tidak terbatas - Pasien tampak sudah tidak lemah <p>Analisa : Mobilitas fisik cukup meningkat</p> <p>Planning : SIKI : Latihan mobilisasi dini</p>	<p>10:17 WIB</p> <p>10:23 WIB</p> <p>10:26 WIB</p>	<p>6. Memfasilitasi melakukan pergerakan ekstremitas bawah yang sehat</p> <p>7. Mengajak keluarga untuk membantu pasien melakukan aktivitas duduk atau merubah posisi</p> <p>8. Memberitahukan pada keluarga agar pasien tetap melakukan pergerakan ekstremitas yang sehat untuk mencegah kekakuan</p>	<p>6. Pasien tampak sudah bisa menggerakkan ekstremitas</p> <p>7. Keluarga setuju dan membantu pasien melakukan pergerakan</p> <p>8. Keluarga pasien mengatakan paham dengan apa yang dijelaskan</p>	<p>bergerak</p> <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot pasien mulai membaik - Sendi pasien sudah tidak kaku - Gerakan pasien suda tidak terbatas - Pasien tampak sudah tidak lemah <p>Analisa: Mobilitas fisik meningkat</p> <p>Planning: Intervensi SIKI (Latihan mobilisasi dini) dihentikan, pasien pulang</p>
---	---	--	--	---

B. PEMBAHASAN

1. Pengkajian

Pasien datang ke IGD Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu pada hari rabu 22 Juni 2022 pukul 09:49 WIB. Pasien masuk rumah sakit dengan keluhan nyeri pada kaki kiri, nyeri saat digerakkan, darah aktif dan lemas. Faktor pencetusnya adalah karena tersandung batu saat berjalan kerumah tetangga. Pasien langsung dibawa ke IGD Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu. Pasien dipindahkan ke ruang rawat inap Tribrata pada jam 10:30 WIB. Kemudian pasien dijadwalkan operasi pada jam 13.45 WIB dan selesai jam 14:30 WIB. Saat dikaji pada post operasi hari Rabu 22 Juni 2022 jam 15:20 WIB, setelah 1 jam setelah operasi keluarga pasien menanyakan apakah pasien sudah boleh melakukan pergerakan atau belum, keluarga pasien tampak memperbolehkan pasien melakukan pergerakan yang berlebihan, keluarga mengatakan pasien susah menggerakkan kaki sebelah kiri, keluarga mengatakan pasien merasa nyeri post operasi saat bergerak, keluarga mengatakan pasien enggan bergerak, keluarga mengatakan pasien merasa cemas saat bergerak, pasien tampak lemah. Keluarga pasien mengatakan pasien sebelumnya belum pernah mengalami fraktur.

Pemeriksaan fisik Ny. K di dapatkan keadaan umum baik, kesadaran: composmentis, GCS 15, TD: 100/60 mmHg, N: 86x/menit, P: 20x/menit, S : 36,0° C. Pasien mengeluh nyeri pada kaki kiri, nyeri saat digerakkan, pasien terlihat lemas. Pasien tidak mengalami batuk, tidak terdapat edema, tidak terasa sesak saat istirahat. Pasien memakai selang kencing (kateter). Keluarga pasien mengatakan pasien susah bergerak karena kaki kiri nyeri saat digerakkan, terdapat kelemahan otot pada kaki kiri, belum mampu berjalan dan melakukan pemenuhan personal hygiene. Pasien merasa gelisah karena ingin cepat pulang. fungsi penglihatan sedikit kabur, pendengaran sudah tidak berfungsi. Tidak ada distensi vena jugulatis, kulit sawo mateng, kulit teraba hangat.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan ditegakkan berdasarkan tanda dan gejala yang dirasakan oleh Ny. K. Diagnosa keperawatan pertama yang muncul pada masalah Ny. K yaitu defisit pengetahuan tentang mobilisasi berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Dengan data subjektif keluarga pasien menanyakan apakah pasien sudah boleh melakukan pergerakan atau belum dan data objektif yaitu pasien tampak memaksakan melakukan pergerakan, keluarga pasien tampak memperbolehkan pasien melakukan pergerakan yang berlebihan. Diagnosa keperawatan kedua yang muncul pada masalah Ny. K yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal. Dengan data subjektif keluarga pasien mengatakan pasien susah menggerakkan kaki sebelah kiri, keluarga pasien mengatakan pasien merasa nyeri saat bergerak, keluarga pasien mengatakan pasien enggan bergerak, keluarga pasien mengatakan pasien merasa cemas saat bergerak dan data objektif kekuatan otot pasien menurun, sendi pasien tampak kaku, gerakan pasien tampak terbatas, pasien tampak lemah. Diagnosa ini ditegakkan berdasarkan masalah kesehatan, perawat mempunyai izin dan berkompeten untuk mengatasinya (Potter,2005).

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah rencana keperawatan yang akan perawat lakukan kepada pasien sesuai dengan diagnosa yang ditegakkan sehingga kebutuhan pasien dapat terpenuhi. Secara teori rencana keperawatan dituliskan sesuai dengan rencana dan kriteria hasil berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI).

Intervensi yang disusun berdasarkan diagnosa defisit pengetahuan tentang mobilisasi berhubungan dengan kurang terpapar informasi adalah edukasi mobilisasi. Diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal adalah dukungan mobilisasi.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yang merupakan komponen dari proses keperawatan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tindakan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan (Potter & Perry, 2015).

Penulis melakukan asuhan keperawatan selama 3 hari dan yaitu pada pasien Ny. K mulai tanggal 22 Juni 2022 sampai dengan tanggal 24 Juni 2022. Implementasi yang dilakukan adalah edukasi mobilisasi dan dukungan mobilisasi. ROM dan mobilisasi dini dilakukan sebanyak 2 kali sehari pada Ny. K. Pada diagnosa defisit pengetahuan tentang mobilisasi dilakukan edukasi tentang mobilisasi dan mendemostrasikan cara mobilisasi kepada keluarga pasien. Pada diagnosa gangguan mobilitas fisik dilakukan latihan ROM, miring kanan miring kiri, duduk di tempat tidur dan duduk disisi tempat tidur. Hal ini sejalan dengan penelitian Putri Kusuma (2015) bahwa pemberian latihan *Range of motion* (ROM) adalah latihan gerak sendi yang memungkinkan terjadinya kontraksi dan pergerakan otot, dimana pasien menggerakkan masing-masing persendiannya sesuai gerakan normal baik secara aktif maupun pasif dan hal ini sejalan dengan penelitian Asti Aristi 2020 dengan judul Penerapan mobilisasi dini pada pasien *post* orif fraktur ekstremitas bawah dengan gangguan mobilitas fisik bahwa fraktur mempengaruhi mobilisasi pada pasien dan dapat dipulihkan dengan melakukan aktivitas mobilisasi dini secara bertahap, sehingga pasien dapat melakukan aktivitas dengan normal kembali.

Latihan ROM dan mobilisasi dini merupakan kegiatan yang penting pada periode post operasi guna mengembalikan kemampuan aktivitas pasien untuk melakukan aktivitas spesifik dalam hubungannya dengan rutinitas kehidupan sehari-hari seperti mandi, berpakaian, ke toilet dan lain-lain (RAHMASARI, 2018). Semua intervensi yang telah direncanakan telah dilakukan pada pasien karena pasien menunjukkan gejala yang sesuai untuk di lakukan semua intervensi, sehingga tidak ada intervensi yang tidak dilakukan.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses keperawatan yang mengukur respon klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan kearah pencapaian tujuan, dengan menggunakan dua jenis evaluasi yaitu evaluasi proses atau formatif yang dilakukan setiap kali selesai melakukan tindakan dan evaluasi hasil atau sumatif yang dilakukan dengan membandingkan respon klien dengan tujuan yang telah ditentukan. Evaluasi keperawatan pada hari pertama tanggal 22 Juni 2022 masalah mobilitas fisik dan tingkat pengetahuan cukup menurun, karena pasien menunjukkan kondisi seperti pergerakan ekstremitas cukup menurun, kekuatan otot cukup menurun, rentang gerak cukup menurun, kaku sendi cukup menurun, kelemahan fisik cukup menurun, perilaku sesuai anjuran cukup menurun, verbalisasi minat dalam belajar cukup menurun, perilaku sesuai dengan pengetahuan cukup menurun, pertanyaan tentang masalah yang dihadapi cukup menurun, persepsi yang keliru terhadap masalah cukup menurun.

Pada hari kedua tanggal 23 Juni 2022 masalah mobilitas fisik dan tingkat pengetahuan cukup meningkat, karena pasien mulai menunjukkan perubahan kondisi yang membaik seperti pergerakan ekstremitas cukup meningkat, kekuatan otot cukup meningkat, rentang gerak cukup meningkat, kaku sendi menurun, kelemahan fisik menurun, perilaku sesuai anjuran cukup meningkat, verbalisasi minat dalam belajar cukup meningkat, perilaku sesuai dengan pengetahuan cukup meningkat, pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun, persepsi yang keliru terhadap masalah menurun.

Pada hari ketiga tanggal 24 Juni 2022 masalah mobilitas fisik dan tingkat pengetahuan meningkat, karena pasien mulai menunjukkan perubahan kondisi yang membaik seperti pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak meningkat, kaku sendi menurun, kelemahan fisik menurun, perilaku sesuai anjuran meningkat, verbalisasi minat dalam belajar meningkat, perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat, pertanyaan tentang

masalah yang dihadapi menurun, persepsi yang keliru terhadap masalah menurun.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan studi kasus pemenuhan aktivitas pada Ny. K dengan masalah post orif open fraktur tibia dan fibula sinistra yang telah penulis lakukan, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan yang dilakukan oleh Ny. K pada tanggal 22 Juni 2022 didapatkan data, keluarga bertanya mengenai kapan pasien boleh melakukan pergerakan, keluarga pasien tampak membolehkan pasien melakukan pergerakan yang berlebihan, pasien mengeluh nyeri post operasi pada kaki kiri, pasien mengatakan kaki kiri nyeri saat digerakkan, pasien mengatakan merasa lemas. Saat dilakukan pemeriksaan fisik di dapat pasien susah bergerak karena kaki kiri mengalami nyeri, terdapat kelemahan otot pada kaki kiri, fungsi penglihatan sedikit kabur, sistem pendengaran sudah tidak berfungsi. Faktor pencetusnya adalah karena tersandung batu saat berjalan kerumah tetangga. Berdasarkan pengkajian tersebut keluhan yang dialami Ny. K menunjukkan masalah defisit pengetahuan tentang aktivitas berhubungan dengan kurang terpapar informasi dan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal sesuai dengan pengkajian dan intervensi penulis.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa pertama yang diangkat terhadap Ny. K adalah defisit pengetahuan tentang mobilisasi berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Diagnosa ini diambil berdasarkan karakteristik, tanda dan gejala yang dialami pasien seperti keluarga pasien menanyakan apakah pasien sudah boleh melakukan pergerakan atau belum, pasien tampak memaksakan

melakukan pergerakan, keluarga pasien tampak memperbolehkan pasien melakukan pergerakan yang berlebihan.

Diagnosa kedua yang diangkat terhadap Ny. K adalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal. Diagnosa ini diambil berdasarkan karakteristik, tanda dan gejala yang dialami pasien seperti keluarga pasien mengatakan pasien susah menggerakkan kaki sebelah kiri, keluarga pasien mengatakan pasien merasa nyeri saat bergerak, keluarga pasien mengatakan pasien enggan bergerak, keluarga pasien mengatakan pasien merasa cemas saat bergerak, kekuatan otot pasien tampak menurun, rentang gerak pasien tampak menurun, sendi pasien tampak kaku, gerakan pasien tampak terbatas, pasien tampak lemah.

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan pada Ny. K telah direncanakan sesuai diagnosa yang telah ditegaskan yang merujuk pada buku SIKI, SLKI, dan jurnal sebagai *evidence base*. Intervensi disusun berdasarkan fokus dari penulisan karya tulis ilmiah ini, yaitu mengenai asuhan keperawatan pada pasien post orif fraktur ekstremitas bawah dalam pemenuhan kebutuhan aktivitas.

4. Implementasi keperawatan

Berdasarkan semua intervensi yang telah disusun oleh penulis, semua intervensi telah dilakukan pada pasien. Implementasi edukasi mobilisasi dan dukungan mobilisasi dilakukan selama 3 hari. ROM dan mobilisasi dini dilakukan sebanyak 2 kali sehari. Implementasi keperawatan melibatkan keluarga. Keluarga pasien mengatakan pasien sudah bisa menggerakkan kaki kiri dan sendi tidak terasa kaku. Dapat disimpulkan bahwa teknik mobilisasi dini dan ROM ini mampu meningkatkan pergerakan pada pasien post orif fraktur ekstremitas bawah. Lamanya teknik ini dilakukan tergantung tingkat kemampuan pasien dalam melakukan mbilisasi.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan pada Ny. K pada hari pertama tingkat pengetahuan dan mobilitas fisik cukup menurun karena pasien belum menunjukkan perubahan kondisi yang signifikan. Pada hari kedua tingkat pengetahuan dan mobilitas fisik cukup meningkat karena kondisi pasien sudah menunjukkan perubahan membaik. Pada hari ketiga tingkat pengetahuan dan mobilitas fisik meningkat karena hampir tidak ada keluhan yang dialami pasien dan pasien sudah menunjukkan kemajuan yang sangat membaik.

B. Saran

1. Bagi pasien dan keluarga

Fraktur tibia dan fibula sinistra adalah suatu penyakit yang menyebabkan kerusakan tulang. Banyak faktor yang bisa menyebabkan fraktur. Akibat dari fraktur ini bisa menyebabkan terganggunya aktivitas sehari-hari karena timbul rasa nyeri dan keterbatasan bergerak. Berbagai tindakan bisa dilakukan untuk melatih pergerakan dan mengurangi kaku sendi dengan melakukan ROM dan mobilisasi dini. Peran keluarga sangat penting dalam melakukan mobilisasi dini karena dapat mendukung dan membantu pasien dalam melakukan mobilisasi di rumah sakit dan di rumah.

2. Bagi perawat

Dapat dijadikan sebagai masukan dan motivasi bagi perawat di rumah sakit dalam melaksanakan asuhan keperawatan sehingga dapat meningkatkan mutu layanan rumah sakit yang lebih baik, khususnya pada pasien post orif open fraktur tibia dan fibula sinistra dengan masalah pemenuhan kebutuhan aktivitas.

3. Bagi rumah sakit

Rumah sakit diharapkan dapat memberikan pelayanan kesehatan dan fasilitas kesehatan secara optimal pada para tenaga medis dan juga pasien, sehingga diharapkan proses perawatan dapat berjalan dengan baik dan sesuai dengan standar operasional prosedur yang sudah ada.

4. Bagi institusi pendidikan

Dapat digunakan sebagai bahan acuan atau referensi dalam memberikan pendidikan kepada mahasiswa mengenai asuhan keperawatan pada pasien post orif open fraktur tibia dan fibula sinistra dengan dengan pemenuhan kebutuhan aktivitas.

DAFTAR PUSTAKA

- Andri, J., dkk. (2020). Nyeri pada Pasien Post Op Fraktur Ekstremitas Bawah dengan Pelaksanaan Mobilisasi dan Ambulasi Dini. *Journal of Telenursing (JOTING)*, 2(1), 61–70. <https://doi.org/10.31539/joting.v2i1.1129>
- Anggreni, D., & Wardini, S. (2013). Kebutuhan Dasar Manusia. *How Languages Are Learned*, 12, 27–40.
- Bachtiar, S. M. (2018). Penatalaksanaan Terapi Latihan Pada Kasus Pemasangan Plate and Screw Di Bangsal Bougenville. *Jurnal Media Keperawatan: Politeknik Kesehatan Makassar*, 09(02), 131–137.
- Balung, M. R. S. D. (2020). 1), 2) 1).
- Becker, F. G., (2019). *Lampiran SOP Range Of Motion* 7(1), 37–72.
- Brunner. Suddarth (2013) *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta : EGC.
- Cookson, M. D., & Stirk, P. M. R. (2019). *Penerapan Teknik Mobilisasi Pada Pasien Fraktur Ekstremitas Bawah Di Rumah Sakit Islam Jakarta Tahun 2018*. 12–26.
- Desiartama, A., & Aryana, I. W. 2017. *Gambaran Karakteristik Pasien Fraktur Akibat Kecelakaan Lalu Lintas Pada Orang Dewasa Di Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar Tahun 2013*. *E-Jurnal Medika Udayana*, 6(5).
- Dinarti & Yuli .(2017). *Buku Dokumentasi Keperawatan*
- Ermawan, dkk. (2016). *Upaya peningkatan mobilitas fisik pada pasien orif fraktur femur di RSUP SOEHARSO SURAKARTA*. Retrieved April 10, 2018, from <http://www.eprints.ums.ac.id>
- Fajriyanti, dkk. (2020). The Phenomenon of Patient Health Education by Nurses in Hospital. *Indian Journal of Public Health Research & Development*, 11(3), 1606-1609
- Freya, K., dkk. (2019). Fraktur. *Radiologisches Wörterbuch*, 126–127. <https://doi.org/10.1515/9783110860481-111>
- G/Tsadik., (2020). *Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas Pada Pasien Fraktur Femur Di RSUD Bangil Pasuruan 2019*

- Groot, K. de. (2018). *Lampiran Pengaruh Latihan Gerak pada Ekstremitas Bawah* (1), 1–15
- Jitowiyono., & S Estu, S. N. A. (2018). Penerapan Teknik Relaksasi Nafas Dalam Dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Nyaman Nyeri Pasien Post Operasi Fraktur Femuure Di RSUD Sleman. Poltekkes Kemenkes Yogyakarta.
- Keifer GEffenberger, f. (2019). Hambatan Mobilitas Fisik. *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952., 9–66.
- Kristanto, A. (2016). *No Titlebab 2 tinjauan pustaka*. 21–64.
- Lucyani, D. fryda. (2017). Bab I Pendahuluan. *Journal Information*, 10(3), 1–16.
- Maharani, T. D., & Waluyo, A. (2018). Gambaran Implementasi Mobilisasi Dini Oleh Perawat Pada Klien Post Operasi ORIF Fraktur Ekstremitas Bawah Di RSUP Fatmawati. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, 1–8
- Nursalam, & Fallis, A. . (2019). Mobilisasi Dini Melalui Multimedia. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
- Noorisa, R., dkk. (2017). *The Characteristic Of Patients With Femoral Fracture In Department Of Orthopaedic And Traumatology R sud Dr. Soetomo Surabaya 2013-2016*. *Journal of Orthopedi & Traumatology Surabaya*. 6(1): ISSN 2460-8742
- PPNI. 2016. *Standart Diagnosa Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi I. Jakarta.: DPP PPNI.
- PPNI. 2019. *Standart Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*, Edisi I. Cetakan II. Jakarta.: DPP PPNI.
- PPNI. 2018. *Standart Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan*, Edisi I. Cetakan II. Jakarta.: DPP PPNI
- RAHMASARI, I. (2018). Pengaruh Range Of Motion (ROM) Secara Dini Terhadap Kemampuan Activities Daily Living (ADL) pasien post Operasi Fraktur Femur di RSUI KUSTATI SURAKARTA. *Keperawatan*, 1–9.
- Sudarmanto, E. (2018). *Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Tn . S Dengan Open Fraktur Manus Iv Distal Di Ruang Cempaka Rumah Asuhan Keperawatan*

Tn . S Dengan Open Fraktur.

- Rastu, G., dkk. (2017). *Manajemen fraktur pada trauma management of fracture of musculoskeletal trauma*. 1–13.
- Ridwan, U., dkk. (2018). Karakteristik Kasus Fraktur Ekstremitas Bawah Di Rumah Sakit Umum Daerah Dr H Chasan Boesoirie Ternate Tahun 2018. *Kieraha Medical Jornal*, 1(1), 301–316.
- Riskesda. (2015). *Buletin jendela data dan informasi kesehatan*. Retrieved from <http://www.depkes.go.id/pusdatin/buletin-fraktur>
- Safitri, R. (2019). Implementasi Keperawatan Sebagai Wujud Dari Perencanaan Keperawatan Guna Meningkatkan Status Kesehatan Klien. *Journal Keperawatan*, 3(42), 23–26. <https://osf.io/8ucph/download>
- Permatasari, I. (2015). *Journal of Geotechnical and Geoenvironmental Engineering ASCE*, 120(11), 259.
- World Health Organization. (2019). *World Health Statistic. In World Health Organization*.

L

A

M

P

I

R

A

N

BIODATA PENULIS



Nama : Nadila Dwi Herlina
Tempat, tanggal lahir : Air Dingin, 04 Maret 2001
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Pekerjaan : Mahasiswa
Nama Orang Tua
Ayah : Sofian
Ibu : Yoli
Alamat rumah : Desa Bioa Sengok, Kec.Rimbo Pengadang, Kab.Lebong
No.telp : 085283421472
Email : nadiladwiherlinaaa@gmail.com
Riwayat Pendidikan : 1. SDN 02 Rimbo Pengadang
2. SMPN 02 Rimbo Pengadang
3. SMAN 3 Rejang Lebong

**FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN PADA PASIEN POST ORIF
OPEN FRAKTUR TIBIA DAN FIBULA SINISTRA**

Pengkajian asuhan keperawatan pada klien post orif open fraktur tibia dan fibula sinistra menurut (G/Tsadik et al., 2020) yaitu :

- a. Identitas klien
 - Nama :
 - Usia :
 - Tanggal lahir :
 - Status perkawinan :
 - Jenis kelamin :
 - Agama :
 - Alamat :
 - Suku bangsa :
 - Bahasa yang digunakan :
 - Pendidikan :
 - Pekerjaan :
 - Tanggal MRS :
 - Sumber biaya :
 - Sumber informasi ;
 - Diagnosa medis :
 - Nomor registrasi :
- b. Keluhan utama MRS :
- c. Keluhan utama :
- d. Kronologi Keluhan
 - Faktor pencetus keluhan :
 - Timbulnya keluhan :
 - Lamanya keluhan :
 - Upaya mengatasi keluhan :
- e. Riwayat kesehatan sekarang :

- f. Riwayat kesehatan dahulu :
- g. Riwayat kesehatan Keluarga :
- h. Riwayat psikososial dan spiritual :
- i. Genogram :
- j. Pola kebiasaan
 - 1. Pola nutrisi :
 - 2. Pola eliminasi BAK :
 - 3. Pola eliminasi BAB :
 - 4. Pola personal hygiene :
 - 5. Pola aktivitas dan latihan :
 - 6. Pemeriksaan fisik umum
 - Keadaan umum :
 - Sistem Penglihatan :
 - Sistem Pendengaran :
 - Sistem Pernafasan :
 - Sistem Kardiovaskuler :
 - Sistem saraf pusat :
 - Sistem muskuloskeletal :
 - Tingkat kemampuan aktivitas :

Tingkat Aktivitas	Kategori	Kemandirian
0	Mampu merawat diri secara penuh	
1	Memerlukan penggunaan alat	
2	Memerlukan bantuan atau pengawasan orang lain	
3	Memerlukan bantuan, pengawasan orang lain, dan peralatan	
4	Sangat tergantung dan tidak dapat melakukan atau berpartisipasi dalam perawatan	
Total		

➤ Kekuatan Otot :

Derajat	Kategori	Nilai
Derajat 5	Kekuatan normal dimana seluruh gerakan dapat dilakukan otot dengan tahanan maksimal dari proses yang dilakukan berulang-ulang tanpa menimbulkan kelelahan.	
Derajat 4	Dapat melakukan ROM secara penuh dan dapat melawan tahanan ringan.	
Derajat 3	Dapat melakukan ROM secara penuh dengan melawan gaya berat (gravitasi) tetapi tidak dapat melawan tahanan.	
Derajat 2	Dengan bantuan atau menyangga sendi dapat melakukan ROM secara penuh.	
Derajat 1	Kontraksi otot minimal terasa/teraba pada otot bersangkutan tanpa menimbulkan gerakan.	
Derajat 0	Tidak ada kontraksi otot sama sekali.	
Total		

FORMAT TINGKAT KEMAMPUAN AKTIVITAS

Tingkat Aktivitas	Kategori	Kemandirian
0	Mampu merawat diri secara penuh	
1	Memerlukan penggunaan alat	
2	Memerlukan bantuan atau pengawasan orang lain	
3	Memerlukan bantuan, pengawasan orang lain, dan peralatan	✓
4	Sangat tergantung dan tidak dapat melakukan atau berpartisipasi dalam perawatan	
Total		3

Keterangan : Pada tingkat kemampuan aktivitas pada Ny. K memerlukan bantuan, pengawasan orang lain dan peralatan.

FORMAT KEMAMPUAN OTOT

Derajat	Kategori	Nilai
Derajat 5	Kekuatan normal dimana seluruh gerakan dapat dilakukan otot dengan tahanan maksimal dari proses yang dilakukan berulang-ulang tanpa menimbulkan kelelahan.	
Derajat 4	Dapat melakukan ROM secara penuh dan dapat melawan tahanan ringan.	
Derajat 3	Dapat melakukan ROM secara penuh dengan melawan gaya berat (gravitasi) tetapi tidak dapat melawan tahanan.	
Derajat 2	Dengan bantuan atau menyangga sendi dapat melakukan ROM secara penuh.	✓
Derajat 1	Kontraksi otot minimal terasa/teraba pada otot bersangkutan tanpa menimbulkan gerakan.	
Derajat 0	Tidak ada kontraksi otot sama sekali.	
Total		2

Keterangan : Kekuatan otot pada Ny. K adalah 2 yaitu dengan bantuan atau menyangga sendi dapat melakukan ROM secara penuh.

STANDART OPERASIONAL PROSEDUR
RANGE OF MOTION

STANDART OPERASIONAL PROSEDUR	SOP RANGE OF MOTION (ROM)
Pengertian	Latihan <i>Range Of Motion</i> (ROM) adalah tindakan/latihan otot atau persendian yang diberikan kepada pasien yang mobilitas sendinya terbatas karena penyakit, diabilitas, atau trauma.
Tujuan	Tujuan ROM yaitu mengurangi kekakuan pada sendi dan kelemahan pada otot.
Indikasi	Indikasi ROM yaitu kelemahan otot, fase rehabilitasi fisik, klien dengan tirah baring lama, pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik, pasien yang mengalami keterbatasan rentang gerak.
Prosedur Kerja	Tahap kerja : Lutut : Fleksi : menggerakkan tumit ke arah belakang paha (120°– 130°) Ekstensi : mengembalikan tungkai ke lantai (120° – 130°) Kaki : Dorso fleksi : menggerakkan sehingga jari-jari kaki menekuk ke atas (20°– 30°) Plantar fleksi : menggerakkan kaki sehingga jari-jari kaki menekuk ke bawah (45°– 50 °)
Evaluasi	1. Respon Respon verbal: klien mengatakan tidak kaku lagi Respon non verbal: klien tidak terlihat sulit untuk menggerakkan sisi tubuhnya yang kaku 2. Beri respon positif dan pujian 3. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya 4. Mengakhiri kegiatan dengan baik

STANDART OPERASIONAL PROSEDUR MOBILISASI DINI

STANDART OPERASIONAL PROSEDUR	SOP MOBILISASI DINI
Pengertian	Mobilisasi dini merupakan kemampuan setiap individu untuk bergerak secara bebas, mudah dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas guna mempertahankan kesehatannya
Tujuan	Memenuhi kebutuhan klien dalam pemenuhan kebutuhan aktivitas
Indikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Post operasi 2. Gangguan muskuloskeletal 3. Tirah baring
Prosedur kerja	<p>Miring :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dimiringkan, jika tidak bisa menahan tubuhnya sendiri, tubuh klien ditahan dengan bantal/guling pada bagian punggung 2. Ganjal kaki dengan bantal pada kedua lututu 3. Lakukan miring kiri-kanan maksimal 2 jam sekali 4. Berikan motivasi pada klien untuk melakukan sendiri secara bertahap <p>Duduk diatas tempat tidur :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tempatkan klien pada posisi telentang 2. Pindahkan semua bantal 3. Posisi menghadap kepala tempat tidur 4. Regangkan kedua kaki perawat dengan kaki paling dekat ke kepala tempat tidur di belakang kaki yang lain 5. Tempatkan tangan yang lebih jauh dari klien di bawah bahu klien, sokong kepalanya dan vetebra servikal 6. Tempatkan tangan perawat yang lain pada permukaan tempat tidur 7. Angkat klien ke posisi duduk dengan memindahkan berat badan perawat dari depan kaki ke belakang kaki 8. Dorong melawan tempat tidur dengan tangan di permukaan tempat tidur

	<p>Duduk disisi tempat tidur :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tempatkan pasien pada posisi miring, menghadap perawat di sisi tempat tidur tempat pasien akan duduk 2. Pasang pagar tempat tidur pada sisi yang berlawanan 3. Tinggikan kepala tempat tidur pada ketinggian yang dapat ditoleransi pasien 4. Berdiri pada sisi panggul klien yang berlawanan 5. Balikkan secara diagonal sehingga perawat berhadapan dengan pasien dan menjauh dari sudut tempat tidur 6. Regangkan kaki perawat dengan kaki paling dekat ke kepala tempat tidur di depan kaki yang lain 7. Tempatkan lengan yang lebih dekat ke kepala tempat tidur di bawah bahu pasien, sokong kepala dan lehernya 8. Tempatkan tangan perawat yang lain di atas paha pasien. Pindahkan tungkai bawah klien dan kaki ke tepi tempat tidur 9. Tempatkan poros ke arah belakang kaki, yang memungkinkan tungkai atas pasien memutar ke bawah 10. Pada saat bersamaan, pindahkan berat badan perawat ke belakang tungkai dan angkat pasien 11. Tetap didepan pasien sampai mencapai keseimbangan 12. Turunkan tinggi tempat tidur sampai kaki menyentuh lantai
Evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Respon Respon verbal: klien mengatakan tidak kaku lagi Respon non verbal: klien tidak terlihat sulit untuk menggerakkan sisi tubuhnya yang kaku 2. Beri respon positif dan pujian 3. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya 4. Mengakhiri kegiatan dengan baik

DOKUMENTASI RONTGEN



DOKUMENTASI TINDAKAN PERAWATAN









KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA

KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU

Jalan Indragiri No. 03 Padang Harapan Kota Bengkulu 38225
Telepon: (0736) 341212 Faximile (0736) 21514, 25343
website: www.poltekkes-kemenkes-bengkulu.ac.id, email: poltekkes26bengkulu@gmail.com



15 Februari 2022

Nomor : : DM. 01.04/...*762*.../2/2022
Lampiran : -
Hal : : **Izin Pra Penelitian**

Yang Terhormat,
Direktur Rumah Sakit Bhayangkara Kota Bengkulu
di_
Tempat

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir mahasiswa dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah (KTI) bagi Mahasiswa Prodi Keperawatan Program Diploma Tiga Jurusan Poltekkes Kemenkes Bengkulu Tahun Akademik 2021/2022, maka dengan ini kami mohon kiranya Bapak/Ibu dapat memberikan rekomendasi izin pengambilan data, untuk Pra Penelitian dimaksud. Nama mahasiswa tersebut adalah :

Nama : Nadila Dwi Herlina
NIM : P05120219022
No Handphone : 085283421472
Judul : Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Intoleransi Aktivitas Pada Pasien Fraktur
Lokasi : Rumah Sakit Bhayangkara Kota Bengkulu

Demikianlah, atas perhatian dan bantuan Bapak/Ibu diucapkan terimakasih.

an. Direktur Poltekkes Kemenkes Bengkulu
Wakil Direktur Bidang Akademik



Agung Riyadi, S.Kep, M.Kes
196810021988031005



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU

Jalan Indragiri No. 03 Padang Harapan Kota Bengkulu 38225
Telepon: (0736) 341212 Faximile (0736) 21514, 25343
website : poltekkesbengkulu.ac.id, email: poltekkes26bengkulu@gmail.com



Nomor : DM. 01.04/15.51.../2/2022
Lampiran : -
Hal : Pengambilan Kasus

Yang Terhormat,
Kepala Rumah Sakit Bhayangkara Kota Bengkulu
di_
Tempat

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir mahasiswa dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah (KTI) bagi Mahasiswa Prodi Keperawatan Program Diploma Tiga Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu Tahun Akademik 2021/2022, maka bersama ini kami mohon Bapak/Ibu dapat memberikan izin pengambilan kasus kepada :

Nama : Nadila Dwi Herlina
NIM : P05120219022
Jurusan : Keperawatan
Program Studi : Keperawatan Program Diploma Tiga
No Handphone : 085283421472
Tempat Pengambilan Kasus : Rumah Sakit Bhayangkara Kota Bengkulu
Waktu Pengambilan Kasus : Juni Tahun 2022
Judul : Asuhan Keperawatan Dengan Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas Pada Pasien Fraktur Ekstremitas Bawah Di Rumah Sakit Bhayangkara Kota Bengkulu

Demikianlah, atas perhatian dan bantuan Bapak/Ibu diucapkan terimakasih.

an. Direktur Poltekkes Kemenkes Bengkulu
Bidang Akademik



Nyuzung Riwadi, S.Kep, M.Kes
NIP. 196810071988031005

Tembusan disampaikan kepada :
-



PEMERINTAH KOTA BENGKULU
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Jalan Meleur No. 01 Nusa Indah Telp. (0736) 21801
BENGKULU

REKOMENDASI PENELITIAN

Nomor : 070/ 694 /B.Kesbangpol/2022

- Dasar : Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 54 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian
- Memperhatikan : Surat dari Direktur Bidang Akademik Poltekkes Kemenkes Bengkulu Nomor : DM.01.04/ /2/2021 tanggal 25 Mei 2022 perihal Izin Penelitian

DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA

Nama : NADILA DWI HERLINA
NIM : P05120219022
Pekerjaan : Mahasiswa
Prodi/ Fakultas : D3 Keperawatan
Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Dengan Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas Pada Pasien Fraktur Ekstremitas Bawah Di Rumah Sakit Bhayangkara Kota Bengkulu Tahun 2022
Tempat Penelitian : RS Bhayangkara Kota Bengkulu
Waktu Penelitian : 6 Juni 2022 s.d 30 Juli 2022
Penanggung Jawab : Direktur Poltekkes Kemenkes Bengkulu

- Dengan Ketentuan : 1. Tidak dibenarkan mengadakan kegiatan yang tidak sesuai dengan penelitian yang dimaksud.
2. Melakukan Kegiatan Penelitian dengan Mengindahkan Protokol Kesehatan Penanganan Covid-19.
3. Harus mentaati peraturan perundang-undangan yang berlaku serta mengindahkan adat istiadat setempat.
4. Apabila masa berlaku Rekomendasi Penelitian ini sudah berakhir, sedangkan pelaksanaan belum selesai maka yang bersangkutan harus mengajukan surat perpanjangan Rekomendasi Penelitian.
5. Surat Rekomendasi Penelitian ini akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata pemegang surat ini tidak mentaati ketentuan seperti tersebut diatas.

Demikianlah Rekomendasi Penelitian ini dikeluarkan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Dikeluarkan di : Bengkulu
Pada tanggal : 3 Juni 2022

PLT. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik
Kota Bengkulu



H. FENNY FAHRIANNY
N G KPS Pembina
NIP. 19670904 198611 2 001

Dokumen ini telah diregistrasi, dicap dan ditanda tangani oleh Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Bengkulu dan didistribusikan melalui Email kepada Pemohon untuk dicetak secara mandiri, serta dapat digunakan sebagaimana mestinya.



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU

Jalan Indragiri No. 03 Padang Harapan Kota Bengkulu 38225
Telepon: (0736) 341212 Faximile (0736) 21514, 25343
website : poltekkesbengkulu.ac.id, email: poltekkes26bengkulu@gmail.com



25 Mei 2022

Nomor : : DM. 01.04/...../2/2022
Lampiran : -
Hal : **Izin Penelitian**

Yang Terhormat,
Kepala Rumah Sakit Bhayangkara Kota Bengkulu
di
Tempat

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir mahasiswa dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah (KTI) bagi Mahasiswa Prodi Keperawatan Program Diploma Tiga Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu Tahun Akademik 2021/2022, maka bersama ini kami mohon Bapak/Ibu dapat memberikan izin pengambilan data untuk penelitian kepada:

Nama : Nadila Dwi Herlina
NIM : P05120219022
Jurusan : Keperawatan
Program Studi : Keperawatan Program Diploma Tiga
No Handphone : 085283421472
Tempat Penelitian : Rumah Sakit Bhayangkara Kota Bengkulu
Waktu Penelitian : 1 bulan
Judul : Asuhan Keperawatan Dengan Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas Pada Pasien Fraktur Ekstremitas Bawah Di Rumah Sakit Bhayangkara Kota Bengkulu

Demikianlah, atas perhatian dan bantuan Bapak/Ibu diucapkan terimakasih.

an. Direktur Poltekkes Kemenkes Bengkulu
Wakil Direktur Bidang Akademik

Ns. Agung Riyadi, S.Kep, M.Kes
NIP.196810071988031005

Tembusan disampaikan kepada:
-



KEPOLISIAN NEGARA REPUBLIK INDONESIA
DAERAH BENGKULU
RUMAH SAKIT BHAYANGKARA BENGKULU

Bengkulu, 4 Juli 2022

Nomor : B/ 75 /VII/KES.22/2022/DIKLIT
Klasifikasi : Biasa
Lampiran : -
Perihal : pemberitahuan selesai penelitian

Kepada,
Yth. Wakil Direktur Bidang Akademik
Poltekkes Kemenkes Bengkulu

di -

Tempat.

1. Rujukan surat dari Kepala Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu Nomor: B/49/VI/KES.22/2022/RUMKIT tanggal 8 Juni 2022 tentang pemberian izin penelitian.
2. Sehubungan dengan rujukan tersebut di atas, dengan ini diberitahukan kepada Bapak/Ibu bahwa yang bersangkutan a.n :
 - a. Nama : Nadila Dwi Herlina
 - b. NPM : P05120219022
 - c. Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Dengan Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas Pada Pasien Fraktur Ekstremitas Bawah di Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu.
3. Berkaitan dengan butir satu dan dua di atas, telah melaksanakan penelitian di Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu terhitung mulai tanggal 8 Juni 2022 sampai dengan 4 Juli 2022.
4. Demikian untuk menjadi maklum.

a.n KEPALA RUMAH SAKIT BHAYANGKARA BENGKULU
KEPALA SUBBAGIAN PEMBINAAN FUNGSI


RENI YUNITA, SKM

PENATA TKI NIP.198101312003122006

LEMBAR KONSUL PEMBIMBING KARYA TULIS ILMIAH (KTI)

Nama : Nadila Dwi Herlina

Nim & prodi : P05120219075 & DIII Keperawatan

Pembimbing : Ns. Husni, S.Kep., M.Pd

Judul : Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas Pada
Pasien Post Orif Open Fraktur Tibia dan Fibula Sinistra di Rumah
Sakit Bhayangkara Bengkulu Tahun 2022

NO	HARI/ TANGGAL	POKOK BAHASAN	SARAN	PARAF
1	Rabu/26 Januari 2022	- Konsul judul KTI	- Acc judul KTI	GL
2	Kamis/27 Januari 2022	- Konsul pengantar penulisan KTI - Pengarahan	- Perhatikan penulisan dan tanda baca - Cari jurnal	GL
3	Rabu/18 Mei 2022	- Konsul bab I	- Rapikan penulisan - Perbanyak jurnal - Carai data terbaru	GL
4	Rabu/18 Mei 2022	- Revisi bab I	- Acc bab I - Lanjut bab II & III	GL
5	Jumat/20 Mei 2022	- Konsul bab II & III	- Tambah sumber Woc - Ganti diagnosa - Ganti pemenuhan	GL
6	Senin/23 Mei 2022	- Revisi bab II & III	- Acc bab II & III - Tambahkan etika studi kasus	GL
7	Rabu 25/Mei 2022	- Konsul bab I,II,III	- Buat SOP - Siapkan format pengkajian	GL
8	Jumat 27/Mei 2022	- Konsul Format pengkajian dan SOP	- Acc melakukan kasus ke lapangan	GL

9	Selasa 28/Juni 2022	- Konsul bab IV & V	- Sesuaikan data subyektif dan obyektif dengan pasien - Sinkronkan pengkajian	GL.
10	Kamis 30/Juni 2022	- Konsul bab IV & V	- Tambahkan tanggal pengkajian pada hasil studi kasus - Tambahkan lokasi fraktur - Sesuaikan pengkajian	GL.
11	Senin/04 Juli 2022	- Konsul bab IV & V	- Ganti pengkajian - Tambahkan pengkajian aktivitas - Sinkronkan pengkajian bab II dengan bab IV	GL.
12	Kamis/05 Juli 2022	- Konsul bab I - V	- Sesuaikan pengkajian dengan pasien - Tambahkan pengkajian pada lampiran - Implementasi sesuaikan	GL
13	Rabu/06 Juli 2022	- Konsul bab I - V	- Rapikan daftar pustaka - Gunakan mendeley - Tambahkan kondisi klinis pada diagnosa	GL
14	Kamis/07 Juli 2022	- Konsul bab I - V	- Lengkapi lembar konsul - Tambahkan perbandingan pada implementasi	GL
15	Jumat/08 Juli 2022	- Pengajuan acc proposal	- Acc ujian seminar hasil	GL