

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.P DENGAN GANGGUAN SISTEM
MUSKULOSKELETAL *POST ORIF* ATAS INDIKASI *CLOSED*
FRAKTUR *CLAVICULA DEXTRA POST OPERATIVE DAY 1* DI
RUANGAN FLAMBOYAN RUMAH SAKIT TK. IV
GUNTUR GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan program
Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut

Disusun Oleh:
EKA RAHMA AULIA
NIM : KHGA22090



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
TAHUN 2025**

LEMBAR PERSETUJUAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.P DENGAN GANGGUAN SISTEM MUSKULOSKELETAL *POST ORIF* ATAS INDIKASI *CLOSED FRAKTUR CLAVICULA DEXTRA POST OPERATIVE DAY 1* DI RUANGAN FLAMBOYAN RUMAH SAKIT TK. IV GUNTUR GARUT

NAMA : EKA RAHMA AULIA

NIM : KHGA22090

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah ini disetujui untuk di sidangkan di hadapan

Tim Penguji Program Studi D-III Keperawatan

STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juli 2025

Menyetujui,

Pembimbing

Eldesa Vava Rilla, M.Kep

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.P DENGAN GANGGUAN SISTEM MUSKULOSKELETAL *POST ORIF* ATAS INDIKASI *CLOSED* FRAKTUR *CLAVICULA DEXTRA POST OPERATIVE DAY 1* DI RUANGAN FLAMBOYAN RUMAH SAKIT TK. IV GUNTUR GARUT

NAMA : EKA RAHMA AULIA

NIM : KHGA22090

Garut, Juli 2025

Menyetujui,

Penguji 1

Penhuji 2

Iin Patimah,S.Kep.,Ners.,M.Kep

Devi Ratnasari,M.kep

Mengetahui :

Mengesahkan :

Ketua Program Studi D-III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Pembimbing Karya Tulis Ilmiah

K.Dewi Budiarti,S.Kp.,M.kep

Eldesa Vava Rilla, M.Kep

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.P DENGAN GANGGUAN SISTEM MUSKULOSKELETAL POST ORIF ATAS INDIKASI *CLOSED FRAKTUR CLAVICULA DEXTRA POST OPERATIVE DAY 1* DI RUANGAN FLAMBOYAN RUMAH SAKIT TK. IV GUNTUR GARUT

Oleh: Eka Rahma Aulia KHGA22090

IV BAB, 119 Halaman, 9 Tabel, 1 Bagan, 2 Gambar, 4 Lampiran

Pembuatan Karya tulis ilmiah ini dilatar belakangi dengan prevalensi di Indonesia angka kejadian fraktur yang paling sering terjadi yaitu fraktur Clavicula dengan jumlah 36,9%. Penatalaksanaan medis kasus ini menggunakan ORIF (*open reduction with internal fixation*) adalah perawatan medis untuk patah tulang ekstremitas yang terdiri dari metode bedah yang di pasangkan dengan fiksasi internal. Tujuan dibuatnya Karya tulis ilmiah ini untuk memperoleh pengalaman secara langsung dan komprehensif meliputi aspek biologis, psikologis, sosial dan spiritual dengan melakukan sebuah asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan muskulokeletal melalui pengkajian, penegakan diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Metode yang digunakan dalam penyusunan Karya tulis ilmiah ini adalah metode deskriptif berbentuk studi kasus, terdapat 3 masalah keperawatan yang ditemukan pada kasus tersebut yaitu nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, dan gangguan integritas kulit/jaringan. Perencanaan yang dibuat pada kasus ini berfokus pada masalah kesehatan dengan mengacu pada sasaran dan tujuan yang telah ditentukan. Hasil evaluasi menunjukan dari 3 masalah yang muncul 1 teratasi sepenuhnya yaitu nyeri akut dan 2 teratasi sebagian yaitu gangguan mobilitas fisik dan gangguan integritas kulit. Kesimpulan dari Karya tulis ilmiah ini adalah sudah dilakukannya asuhan keperawatan dimulai dari pengkajian, penegakan diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Sistem muskulokeletal, Fraktur dan ORIF (*open reduction with internal fixation*)

Daftar Fustaka: 33 buah (2015-2025)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur marilah kita panjatkan kehadirat Allah SWT, sholawat serta salam semoga selalu terlimpah curahkan kepada Nabi Muhammad SAW, yang mana alhamdulillah atas karunia-Nya akhirnya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan lancar dan tepat pada waktunya. Adapun judul Karya Tulis Ilmiah ini adalah **“Asuhan Keperawatan Pada Tn.P Dengan Gangguan Sistem Muskulokeletal Post Orif Atas Indikasi Open Fraktur Clavicula Dextra Post Operative Day 1 Di Ruang Flamboyan Rumah Sakit TK. IV Guntur Garut.”**. Karya Tulis Ilmiah ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan program studi Dipolma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut. Terlepas dari berbagai kekurangan yang ada, semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat dan memberikan pengetahuan bagi para pembaca khususnya mahasiswa mahasiswi STIKes Karsa Husada Garut.

Penulis ingin mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak, atas segala bimbingan, bantuan, dukungan dan do'a sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini, saya ucapkan terimakasih diantaranya kepada:

1. Allah subhanahu wata'ala yang senan tiasa memberikan perlindungan, kemudahan dan kelancaran serta Rahmat-nya
2. Bapak Dr. H. Hadiat, MA., selaku Ketua Pembina Yayasan Darma Husada Garut.
3. Bapak Drs. H. Suryadi, M.Si, selaku Ketua Pengurus Yayasan Darma Husada Insani Garut.

4. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep.,M.Kes, selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
5. Ibu K.Dewi Budiarti,S.Kp.,M.Kep, selaku Ketua Prodi DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
6. Bapak Eldesa Vava Rilla, M.Kep, selaku Pembimbing yang telah memberi dukungan serta arahan kepada penulis dengan tulus dan ikhlas dalam membimbing pembuatan karya tulis ini.
7. Ibu Iin Patimah, S.Kep.,Ners.,M.Kep , selaku penguji 1 dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah yang telah memberikan saran dan ilmu kepada penulis.
8. Ibu Devi Ratnasari, M.Kep, selaku penguji 2 dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah yang telah memberikan saran dan ilmu kepada penulis.
9. Seluruh Staf Dosen STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat serta motivasi selama penulis mengikuti pendidikan.
10. Bapak Ahmad S.Kep., Ners, selaku CI pembimbing di ruang Flamboyan Rumah Sakit TK. IV Guntur Garut yang telah memberikan bimbingan dan ilmu yang bermanfaat.
11. Tn.P beserta keluarga yang telah bersedia bekerja sama dalam melakukan asuhan keperawatan sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
12. Kepada kedua orangtua, cinta pertama penulis bapak Mumu Mulyana, mamah Eneng pujasari, terimakasih selalu berjuang untuk kehidupan penulis, beliau memang tidak sempat merasakan pendidikan sampai bangku perkuliahan.

Namun beliau mampu mendidik penulis, memotivasi, memberikan dukungan hingga penulis mampu menyelesaikan studinya sampai saat ini. Terimakasih atas segala cinta, do'a, dukungan dan kasih sayang. menjadi suatu kebanggaan memiliki orang tua seperti mereka.

13. Kepada kakak-kakak tersayang Abdul Azis S.Pd, Risa Aulia S.Pd. terimakasih banyak atas motivasi serta dukungannya baik secara moril maupun materil yang di berikan kepada penulis sehingga penulis mampu menyelesaikan studinya.
14. Kepada keponakan tersayang Muhammad Athfal Syakir, terimakasih sudah hadir dan lahir memberikan kelucuan-kelucuan yang membuat penulis senang sehingga penulis semangat untuk mengerjakan Karya Tulis Ilmiah ini.
15. Kepada Kakek dan Nenek penulis, yang telah merawat dan memberikan kasih sayang, perhatian dan do'a sehingga penulis dapat terus berjuang dalam meraih mimpi dan cita-cita.
16. Kepada Muhammad Irfan Yusuf, yang selalu menemani penulis, terimakasih selalu mendengarkan keluh kesah, memberi dukungan, semangat, tenaga, pikiran, materi,terimakasih telah menjadi bagian dari perjalanan penulis hingga saat ini.
17. Kepada sahabat tersayang saya Kistiya Elmanda, Tata, Neng Sri, Annisa, yang selalu mendukung, mengingatkan, memberikan motivasi, dan selalu ada dalam keadaan susah maupun senang, semoga kita bisa terus berteman baik sampai selamanya.

18. Kepada teman-teman Badan Eksekutif Mahasiswa kabinet Gardashaka 2024, yang telah memberikan banyak hal, motivasi, canda tawa haru dan rasa kekeluargaan yang luarbiasa.
19. Kepada teman kelas 3B D3 Keperawatan terimakasih atas dukungan, kebersamaan dan memberikan pengalaman selama 3 tahun ini.

Penulis menyadari bahwa penyusunan karya tulis ini masih jauh dari kata sempurna, karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang sifatnya membangun untuk perbaikan dimasa yang akan datang. Akhir kata penulis ucapkan terima kasih yang tidak terhingga kepada semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan karya tulis ini, semoga kebaikan, bimbingan, motivasi, serta doa yang diberikan kepada penulis mendapatkan balasan dari Allah SWT, Amin.

Garut, Juli 2025

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
ABSTRAK	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR BAGAN.....	xiii
BAB 1 LATAR BELAKANG.....	2
A. Latar Belakang Masalah	2
B. Tujuan Penulisan.....	5
C. Manfaat Penulisan.....	6
D. Metode Penulisan.....	7
E. Sistematika Penulisan	8
BAB II TINJAUAN TEORI.....	9
A. Konsep Dasar Penyakit	9
1. Fraktur	9
a. Pengertian Fraktur.....	9
b. Etiologi.....	10
c. Tanda dan Gejala	11
d. Patofisiologi	11
e. Klasifikasi	14
f. Proses Penyembuhan Tulang	16
g. Manifestasi Klinis	18
h. Faktor Risiko.....	19
i. Komplikasi.....	21
j. Pemeriksaan Penunjang	21
k. Penatalaksanaan	22
2. ORIF	23
a. Definisi ORIF	23
b. Tujuan ORIF	23

c. Indikasi dan Kontraindikasi ORIF	24
d. Keuntungan dan Kerugian ORIF	25
e. Perawatan Post Operasi ORIF	26
B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	26
1. Pengkajian.....	26
2. Diagnosa Keperawatan	37
3. Intervensi Keperawatan	43
4. Implementasi Keperawatan.....	48
5. Evaluasi Keperawatan.....	48
BAB III TINJAUAN KASUS.....	47
A. Tinjauan Kasus	47
1. Pengkajian.....	47
2. Analisa Data.....	59
3. Diagnosa Keperawatan	61
4. Intervensi Keperawatan	62
5. Implementasi Keperawatan.....	66
6. Catatan Perkembangan.....	69
B. Pembahasan.....	78
BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN.....	93
A. Kesimpulan	93
B. Saran.....	96
DAFTAR PUSTAKA.....	97

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Analisa Data.....	
.....	Error! Bookmark not defined.
Tabel 2. 2 Intervensi Keperawatan.....	43
Tabel 3. 1 Aktivitas Hidup Sehari-hari.....	56
Tabel 3. 2 Laboratorium.....	58
Tabel 3. 3 Terapi Medis.....	59
Tabel 3. 4 Analisa Data.....	59
Tabel 3. 5 Intervensi Keperawatan.....	62
Tabel 3. 6 Implementasi Keperawatan.....	66
Tabel 3. 7 Catatan Perkembangan POD 2.....	69
Tabel 3. 8 Catatan Perkembangan POD 3.....	73
Tabel 3. 9 Catatan Perkembangan POD 4.....	76

DAFTAR BAGAN

Bagan 1. 1 Pathway Post OF ORIF.....	13
--------------------------------------	----

BAB 1

LATAR BELAKANG

A. Latar Belakang Masalah

Dalam menjalankan aktivitas sehari-hari, tubuh manusia sangat bergantung pada kerja otot dan sistem muskuloskeletal yang sehat. Otot berperan penting dalam mendukung pergerakan, dan kekuatan tubuh. Oleh karena itu, pemeliharaan kekuatan otot menjadi hal yang penting agar individu dapat beraktivitas dengan baik. Namun, ketika terjadi gangguan pada salah satu bagian sistem gerak, seperti cedera pada bahu atau tulang selangka, maka kemampuan bergerak pun akan terpengaruh. Salah satu kondisi yang sering terjadi adalah fraktur *clavicula*, yaitu patahnya tulang pada tulang selangka yang berperan penting dalam menghubungkan lengan dengan tubuh.

Badan kesehatan dunia (*World Health Organization*) WHO, pada tahun 2022 mengungkapkan bahwa prevalensi fraktur di dunia yaitu 440 juta orang (Zefrianto 2024). Di Amerika Serikat pada tahun 2019, tercatat sekitar 5,6 juta kasus patah tulang terjadi setiap tahunnya dari total keseluruhan cedera yang dialami, 46% di antaranya merupakan cedera ortopedi, dan sekitar 13% hingga 25% dari mereka yang terluka membutuhkan perawatan khusus (Limbong 2024).

Di Indonesia, kasus fraktur atau patah tulang tergolong tinggi. Menurut informasi yang dirilis oleh Departemen Kesehatan RI pada tahun 2023, dari Total kecelakaan yang tercatat, sekitar 5,8% korban yang

mengalami cedera, yaitu sekitar 8 juta orang, mengalami fraktur dengan berbagai penyebab dan jenis. Fraktur yang paling umum terjadi adalah pada ekstremitas atas dengan persentase 36,9%. Hasil survei yang dilakukan oleh tim Depkes RI menunjukkan bahwa 25% pasien fraktur mengalami kematian, 45% mengalami kecacatan fisik, 15% mengalami masalah kesehatan mental seperti kecemasan atau depresi, dan 10% berhasil sembuh dengan baik (Mardiana 2024).

Kabid humas polda jabar kombes mengungkapkan sepanjang tahun 2024, di Jawa Barat jumlah kecelakaan lalu lintas tercatat sebanyak 7.442 kejadian (Tibrata, 2024). Sedangkan berdasarkan data Rumah Sakit Guntur Garut kejadian fraktur pada tahun 2025 berjumlah 136 jiwa dari seluruh kasus yang ada berdasarkan catatan *Medical Record* Rumah Sakit Guntur Garut. (*Medical Record* Rumah Sakit Guntur Garut, 2025)

Fraktur atau patah tulang merupakan kondisi di mana kontinuitas yang normal terputus dari suatu jaringan tulang. Patah tulang bisa terjadi karena suatu cedera (fraktur traumatik), yang bisa disebabkan oleh kecelakaan berkendara maupun kecelakaan lainnya dan dapat berpotensi menyebabkan disabilitas akibat cedera, dengan sebagian besar insiden terkait dengan kecelakaan. Penanganan fraktur ini memerlukan perawatan yang serius serta tindakan bedah. Tingginya kejadian kecelakaan terkait fraktur disebabkan oleh meningkatnya jumlah kendaraan di seluruh dunia yang terus berkembang setiap tahunnya. (Wilujeng 2023).

Komplikasi yang timbul akibat fraktur antara lain perdarahan, cedera organ dalam, infeksi luka, emboli lemak, dan sindroma pernafasan. Dampak fraktur yaitu terjadinya kecacatan, bahkan kematian. Pada usia produktif apabila terjadi fraktur maka akan memengaruhi aktivitas dan produktivitas. Ciri utama dari fraktur adalah rasa sakit, yang merupakan pengalaman sensori yang tidak menyenangkan bagi individu yang merasakannya, baik secara fisik maupun emosional. Di rumah sakit, beberapa masalah keperawatan yang muncul antara lain nyeri akut, gangguan dalam bergerak, kecemasan, kurangnya informasi, dan risiko gangguan pada integritas kulit. Permasalahan ini dapat dijelaskan melalui pendekatan keperawatan, dengan cara mendiagnosis kondisi keperawatan, merancang intervensi keperawatan, mengimplementasikannya, serta mengevaluasi asuhan keperawatan (Rahma,2024). Adapun asuhan keperawatan secara non farmakologis untuk menangani nyeri bisa dilakukan dengan cara melakukan teknik relaksasi nafas dalam.

Fraktur atau patah tulang merupakan salah satu kedaruratan medik yang harus segera ditangani sesuai dengan prosedur penatalaksanaan patah tulang, karena apabila jika tidak ditangani dengan tepat maka dapat menyebabkan cedera yang semakin parah dan menyebabkan pendarahan, sering kali penanganan patah tulang dilakukan keliru oleh masyarakat awam ditempat kejadian. Salah satu cara yang dapat dilakukan untuk menangani fraktur yaitu dengan reduksi terbuka atau disebut Open Reduction and Internal Fixation (ORIF). Pemasangan ini merupakan

bentuk imobilisasi dan reduksi yang dilakukan dengan proses pembedahan (Sugion *et.all* 2022).

Berdasarkan dari beberapa uraian hasil studi di atas, pada saat penulis melakukan praktik komprehensif di Rumah Sakit TK.IV Guntur , ditemukan beberapa masalah pada Tn.P (35 tahun) post oprasi ORIF Clavicula dextra di Ruangan Flamboyan, sehingga diperlukannya asuhan keperawatan yang komprehensif untuk mengetahui seberapa cepat tindakan ORIF untuk mengatasi masalah tersebut. Oleh karena itu penulis tertarik untuk mengangkat kasus tersebut dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Tn.P Dengan Gangguan Sistem Muskulokeletal: Post ORIF Atas Indikasi Closed Fraktur Clavicula Dextra Pod 1 Di Ruang Flamboyan Rumah Sakit TK. IV Guntur Garut”**.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

- a. Memperoleh pengalaman yang lebih nyata dalam memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif kepada Tn.P dengan gangguan sistem muskuloskeletal.
- b. Mampu melakukan asuhan keperawatan secara langsung dan nyata meliputi aspek bio, psiko, sosial, spiritual pada Tn. P dengan pendekatan proses keperawatan.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dari Karya Tulis Ilmiah ini yaitu sebagai berikut:

- a. Mampu melakukan pengkajian pada Tn.P dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal: Post ORIF Fraktur Clavicula Dextra.
- b. Mampu menegaskan diagnosa keperawatan pada Tn.P dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal: Post ORIF Fraktur Clavicula Dextra.
- c. Mampu membuat perencanaan asuhan keperawatan pada Tn.P dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal: Post ORIF Fraktur Clavicula Dextra.
- d. Mampu melakukan implementasi asuahn keperawatan pada Tn.P dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal: Post ORIF Fraktur Clavicula Dextra.
- e. Melakukan evaluasi asuahn keperawatan pada Tn.P dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal: Post ORIF Fraktur Clavicula Dextra.

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi instansi pendidikan

Mengembangkan Ilmu Keperawatan untuk menyiapkan perawat yang kompeten dan dapat mendedikasikan diri dalam memberikan asuhan keperawatan yang tepat secara holistik atau penuh, khususnya memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal: Post ORIF Atas Indikasi Closed Fraktur Clavicula Dextra.

2. Bagi profesi keperawatan

Memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal: Post ORIF Atas Indikasi Closed Fraktur Clavicula Dextra dan meningkatkan kemampuan perawat dalam memberikan asuhan medikal bedah.

3. Bagi lahan praktik

Sebagai bahan pembelajaran dalam memberikan asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien Gangguan Muskuloskeletal: Post ORIF Atas Indikasi Closed Fraktur Clavicula Dextra.

D. Metode Penulisan

Dalam penyusunan karya tulis ini, penyusun menggunakan metode deskriptif yang berbentuk studi kasus. Teknik pengambilan data pada kasus dilakukan dengan pengamatan hasil dari:

a. Wawancara

Pengumpulan data dengan cara langsung melakukan komunikasi lisan pada klien mengenai hal-hal yang berhubungan langsung dengan masalah klien.

b. Observasi

Penulisan secara langsung memperhatikan keluhan dan masalah yang terjadi pada klien dengan teknik pemeriksaan fisik meliputi inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi.

c. Dokumentasi

Penulis membaca dan mengumpulkan data dari status klien untuk melengkapi data yang di perlukan.

d. Partisipasi Aktif

Penulis melakukan asuhan keperawatan secara langsung kepada klien dengan menggunakan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

e. Studi Kepustakaan

Untuk menyempurnakan data-data yang diperoleh, penulis mencari teori-teori yang relevan tentang penyakit, diagnosa keperawatan, dan proses keperawatan dari buku-buku dan referensi dari situs e-book atau website yang berkaitan dengan kasus yang dialami klien.

E. Sistematika Penulisan

Dalam penyusunan karya tulis ini, penulis menggunakan sistematika sebagai berikut:

BAB 1 PENDAHULUAN

Berisi Latar Belakang, Tujuan Penulisan, Manfaat Penulisan, Metode Penulisan, dan Sistematika Penulisan.

BAB II TINJAUAN TEORITIS

Berisi tentang konsep dasar yang meliputi: Pengertian, etiologi, manifestasi klinik, anatomi dan fisiologi, pathway, pemeriksaan diagnostik, indikasi pembedakan, penatalaksanaan, bagian kedua tentang konsep dasar

proseskeperawatan yang meliputi: pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan mencakup prioritas masalah, tujuan, kriteria hasil, rencana tindakan pada klien dengan post orif closed fraktur clavícula dextra pod1, implementasi, evaluasi, dokumentasi.

BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

Berisi laporan tentang laporan khusus dari kasus yang ditangani oleh penulis dengan pendekatan proses asuhan keperawatan. Bagian pembahasan berisi usulan naratif dari setiap tahapan proses keperawatan dilakukan, berdasarkan pemahaman penulis tentang konsep dasar dan kasus, patofisiologi, komunikasi dan pendidikan kesehatan serta konsep-konsep lain yang relevan.

BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

Kesimpulan dari pelaksanaan asuhan keperawatan dan saran juga rekomendasi pelaksanaan tindakan terhadap masalah yang ditemukan

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Fraktur

a. Pengertian Fraktur

Fraktur adalah komplikasi terputusnya jaringan tulang yang biasanya disebabkan oleh trauma atau tekanan. Selain itu, fraktur adalah kerusakan tulang yang diakibatkan oleh tekanan eksternal yang lebih besar dari pada yang dapat diserap oleh tulang (Asikin, 2016).

Fraktur clavícula adalah putusnya hubungan tulang clavícula yang disebabkan oleh trauma langsung dan tidak langsung pada posisi lengan terputar atau tertarik keluar (outretched hand), dimana trauma dilanjutkan dari pergelangan tangan sampai clavícula, trauma ini dapat menyebabkan fraktur clavícula (Apley, 2017). Berdasarkan sifat fraktur dibagi menjadi dua yaitu fraktur tertutup dan fraktur terbuka, fraktur tertutup umumnya patahan tulang tidak menembus kulit sedangkan fraktur terbuka yaitu fraktur yang dimana tulangnya menembus kulit (Pelawi, 2019).

Berdasarkan beberapa pengertian diatas, dapat disimpulkan bahwa fraktur atau patah tulang adalah terputusnya kontinuitas jaringan tulang yang disebabkan oleh tekanan atau trauma. Baik

secara terbuka dengan keadaan patahan tulang menembus kulit atau secara tertutup, yang dimana keadaan patahan tulang tidak menembus kulit.

b. Etiologi

Penyebab dari fraktur menurut (Suriya, 2019) ada 3 yaitu:

a. Cidera atau benturan

1) Cedera langsung

Berarti pukulan langsung terhadap tulang sehingga patah secara spontan. Pemukulan biasanya menyebabkan fraktur melintang dan kerusakan pada kulit di atasnya.

2) Cedera tidak langsung

Berarti pukulan langsung berada jauh dari lokasi benturan, misalnya jatuh dengan tangan berjulur dan menyebabkan fraktur klavikula.

3) Fraktur yang disebabkan kontraksi keras yang mendadak dari otot yang kuat.

b. Fraktur patologik

Fraktur patologik terjadi pada daerah-daerah tulang yang telah menjadi lemah oleh karena tumor, kanker dan osteoporosis.

c. Fraktur beban

Fraktur beban atau fraktur kelelahan terjadi pada orang-orang yang baru saja menambah tingkat aktivitas mereka, seperti

baru diterima dalam angkatan bersenjata atau orang-orang yang baru mulai latihan lari.

c. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala yang dapat terlihat pada pasien fraktur menurut wijayanti (2025) yaitu:

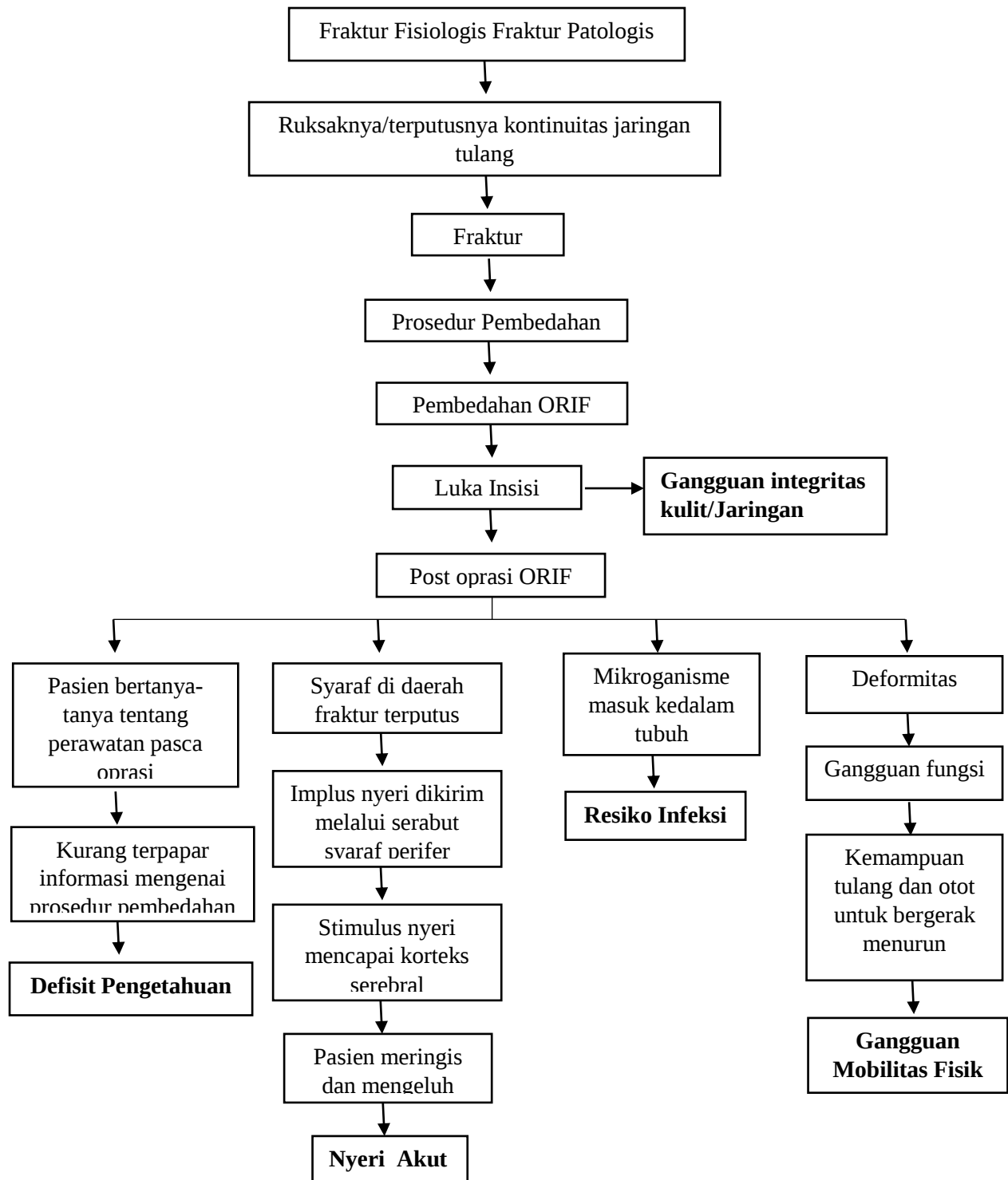
- a. Nyeri
- b. Tidak dapat menggunakan anggota gerak
- c. Pembengkakan
- d. Deformitas
- e. Gangguan fungsi anggota gerak
- f. Krepitasi

d. Patofisiologi

Fraktur terjadi saat beban yang diberikan pada tulang melebihi kemampuan tulang untuk menyerapnya. Patah tulang bisa disebabkan oleh cedera langsung atau tidak langsung, serta oleh kondisi tulang yang keropos, sehingga dengan tekanan yang kecil, patah tulang bisa dengan mudah terjadi. tulang mengalami fraktur terbuka, hal ini dapat menyebabkan luka pada kulit dan bahkan merusak pembuluh vena atau arteri, yang mengakibatkan perdarahan dan penurunan cairan tubuh, sehingga meningkatkan risiko terjadinya syok hipovolemik.

Sementara itu, apabila tulang mengalami fraktur tertutup, akan terjadi perubahan pada fragmen tulang dan spasme otot, yang

dapat merobek vena atau arteri, sehingga menyebabkan gangguan pada protein plasma darah, menimbulkan bengkak dan memberi tekanan pada pembuluh darah, yang berdampak pada gangguan aliran darah. adanya fraktur atau patah tulang menyebabkan pergeseran pada fragmen tulang, yang memicu respon rasa nyeri, sehingga menimbulkan nyeri akut. Tindakan pembedahan, baik yang bersifat internal maupun eksternal fiksasi, dapat menimbulkan rasa nyeri dan memerlukan perawatan setelah operasi, yang menyebabkan gangguan mobilitas fisik (Cahyati, 2023).

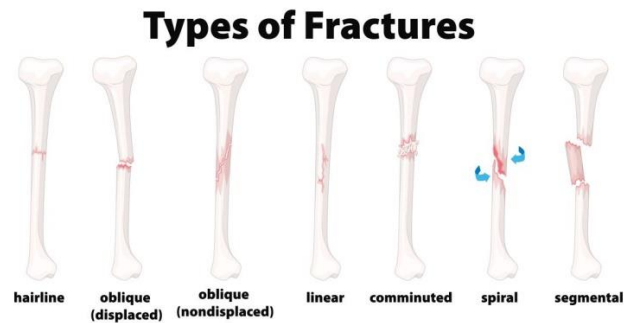
Bagan 1. 1 Pathway Post OF ORIF

Sumber: Web Of Cation Purba CF. Published online 2020:1-7.

e. Klasifikasi

Klasifikasi fraktur menurut Cahyati, (2023) adalah sebagai berikut:

- a. *Closed simple, uncomplicated fractures*: Fraktur tertutup yang sederhana dan tidak rumit tidak menyebabkan kerusakan pada kulit.
- b. *Open compound, complicated fractures*: Fraktur terbuka, fraktur rumit melibatkan trauma pada jaringan di sekitarnya dan kerusakan pada kulit
- c. *Incomplete fractures*: Fraktur tidak lengkap adalah patahnya sebagian penampang dengan gangguan tulang yang tidak lengkap.
- d. *Complete fractures*: Fraktur lengkap adalah patahnya penampang melintang lengkap yang memotong periosteum.
- e. *Comminuted fractures*: Fraktur kominutif menghasilkan beberapa patahan tulang, menghasilkan serpihan dan fragmen.
- f. *Greenstick fractures*: Fraktur Greenstick mematahkan satu sisi tulang dan menekuk yang lain.
- g. *Spiral (torsion) fractures*: Fraktur spiral (torsi) melibatkan fraktur yang memutar di sekitar batang tulang.



Klasifikasi fraktur menurut Suriya, (2019) adalah sebagai berikut:

1. Berdasarkan komplrit atau tidak komplrit fraktur:
 - a. Fraktur komplrit yaitu garis patah melalui seluruh penampang tulang atau melalui kedua korteks tulang.
 - b. Fraktur tidak komplrit yaitu bila garis patah tidak melalui seluruh penampang tulang.
2. Berdasarkan bentuk dan jumlah garis patah:
 - a. Fraktur komunitif. Dimana garis fatah lebih dari satu dan saling berhubungan.
 - b. Faraktur segmental: dimana fraktur lebih dari satu namun tidak saling berhubungan.
 - c. Fraktur multipel: fraktur dimana garis fatah lebih dari satu tapi tidak pada tulang yang sama.
3. Berdasarkan posisi pragmen:
 - a. Fraktur undis placed (tidak befgeser): Garis patah lengkap tetapi kedua fragmen tidak bergeser dan periosteum masih utuh.

- b. Fraktur displaced (bergeser): terjadi pergeseran fragment tulang yang juga di sebut lokasi fragemen.

f. Proses Penyembuhan Tulang

Penyembuhan tulang menurut (Apriliani, 2022) dimulai dengan 5 tahap, yaitu:

- a. Tahap kerusakan jaringan dan pembentukan *hematom*. (1-2 hari)

pada tahap ini dimulai dengan robeknya pembuluh darah dan pembentukan hematoma di sekitar dan didalam fraktur. Tulang pada permukaan fraktur yang tidak mendapat persediaan darah akan mengalami kematian, hematoma ini kemudian akan menjadi medium pertumbuhan sel jaringan fibrosis dan vaskuler sehingga hematoma berubah menjadi jaringan fibrosis dengan kapiler di dalamnya.

- b. Tahap radang dan proliferasi seluler (3-2 minggu)

Setelah pembentukan hematoma terdapat reaksi radang akut disertai proliferasi sel dibawah periosteum dan didalam saluran medula tertembus. Ujung fragmen akan di kelilingi oleh jaringan selyang menghubungkan tempat fraktur. Hematom yang membeku perlahan-lahan akan siabsorpsi dan kapiler baru yang halus berkembang kedalam darah tersebut.

- c. Tahap pembentukan kalsium (2-6 minggu)

Sel yang berkembang tidak memiliki potensi kordogenik dan osteogenik, bila diberikan keadaan yang tepat, sel itu akan mulai membentuk tulang dan dalam beberapa keadaan juga membentuk kartilago. Populasi sel juga mencakup osteoklas yang mulai membersihkan tulang yang mati, masa sel yang tebal dengan pulau-pulau tulang yang imatur dan kartilago, membentuk kalsus atau bebat pada permukaan periosteal dan endosteal. Sementara tulang fibrosa yang imatur menjadi lebih padat, gerakan pada tempat fraktur menjadi lebih berkurang pada empat minggu setelah fraktur menyatu. Osifikasi (3-6 bulan) dimulai dengan kalsus (*Woven Bone*) akan membentuk kalsus primer dan secara perlahan-lahan akan diubah menjadi tulang yang lebih matang oleh aktivitas osteoblas yang menjadi struktur lamellar dan kelebihan kalsus akan diresorpsi secara bertahap. Pembentukan kalsus dimulai dalam 2-3 minggu setelah fraktur, melalui proses penulangan endokondrial. Mineral akan terus menerus ditimbun sampai tulang benar-benar menyatu.

d. Konsolidasi (6-8 bulan)

Bila aktivitas osteoklastik dan osteoblastik berlanjut, fibrosa yang imatur berubah menjadi tulang lamellar. Sistem itu cukup kaku untuk memungkinkan osteoklas menerobos melalui reruntuhan pada garis fraktur dan dekat di

belakangnya osteoblas mengisi celah-celah yang tersisa antara fragmen dengan tulang yang baru. Ini adalah proses yang lambat dan mungkin perlu sebelumnya tulang cukup kuat untuk membawa beban yang normal.

e. Remodeling (6-12 bulan)

Fraktur telah dijumpai oleh suatu matriks tulang yang padat, selama beberapa bulan atau bahkan beberapa tahun, pengerasan ini dibentuk oleh proses resorpsi dan pembentukan tulang yang akan memperoleh bentuk yang mirip dengan bentuk normalnya.

g. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis menurut Suriya (2019) adalah sebagai berikut:

- a. Deformitas Pembengkakan dari perdarahan lokal dapat menyebabkan deformitas pada lokasi fraktur. Spasme otot dapat menyebabkan pemendekan tungkai, deformitas rotasional, atau angulasi.
- b. Pembengkakan yaitu edema muncul sebagai akibat dari akumulasi cairan serosa pada lokasi fraktur serta ekstrasvasi darah ke jaringan sekitar.
- c. Memar (ekimosis) yaitu memar terjadi karena perdarahan subkutaneus pada lokasi yang mengalami fraktur.

- d. Nyeri secara terus menerus meningkat jika fraktur tidak dimobilisasi. Hal ini terjadi karena spasme otot, fragmen fraktur yang bertindihan, atau cedera pada struktur sekitarnya.
- e. Ketegangan disebabkan oleh karena cedera yang terjadi
- f. Kehilangan fungsi Terjadi karena nyeri yang disebabkan hilangnya fungsi pengungkit lengan pada tungkai yang terkena. Kelumpuhan juga dapat terjadi dari cedera syaraf.
- g. Perubahan neurovaskuler Terjadi akibat kerusakan saraf perifer atau struktur vaskuler yang terkait. Klien dapat mengeluhkan rasa kebas, kesemutan atau tidak teraba nadi pada daerah distal dari fraktur.
- h. Gerakan abnormal dan krepitasi Terjadi karena gerakan dari bagian tengah tulang atau gesekan antar fragmen fraktur yang menciptakan sensasi dan suara deritan.

h. Faktor Risiko

Menurut Rudi (2017) Faktor risiko usia dan jenis kelamin adalah penyebab terbesar patah tulang. Wanita jauh lebih mungkin mengalami patah tulang daripada pria. Hal ini karena tulang-tulang wanita usia 25-30 tahun umumnya lebih kecil dan kurang padat daripada tulang-tulang pria. Selain itu wanita lebih banyak kehilangan kepadatan tulang daripada pria saat mereka menua, karena hilangnya estrogen saat menopause. Pada pria patah tulang

biasanya terjadi pada usia di atas 50 tahun. Berikut beberapa paktor risiko lain yang meningkatkan fraktur:

- a. Merokok merupakan paktor risiko fatah tulang karena dampaknya pada hormon.
- b. Minum alkohol yang berlebihan dapat mengaruhi struktur dan masa tulang
- c. Steroid (Kortikosteroid) sering diresepkan untuk mengobati kondisi peradangan kronis, seperti rematoid arthritis, penyakit radang usus, penyakit paru obstruktif kronik (PPOK). Sayangnya pada penggunaan dosis yang tinggi dapat menyebabkan tulang kropos dan fatah tulang.
- d. Arthritis rematoid merupakan penyakit auto imun yang menyerang sel-sel jaringan sehat di sekitar sendi, akibatnya peradangan kronis terjadi pada sendi dan menyebabkan rasa sakit, bengkak dan kaku. Peradangan ini dapat menghancurkan jaringan persendian dan bentuk tulang.
- e. Gangguan kronis lainnya seperti penyakit celiac, penyakit crohn, dan kolitis ulserativa,, sering dikaitkan dengan pengeroposan tulang. Berbagai kondisi tersebut mengakibatkan kemampuan saluran cerna penderitaberkurang, sehingga kalsium yang berguna untuk mempertahankan kekuatan tulang tidak dapat terserap dengan baik.

f. Pasien dengan diabetes tipe I memiliki kepadatan tulang yang rendah. Onset diabetes tipe I biasanya terjadi pada masa kanak-kanak ketika masa tulang terbentuk.

i. Komplikasi

Komplikasi yang paling umum dari fraktur Clavicula adalah Malunion, atau ketika fraktur clavicula sembuh dengan angulasi, pemendekan, atau penampilan kosmetik yang buruk. Pasien dengan malunion fraktur clavicula biasanya hanya memiliki fungsi penuh dan secara klinis tidak signifikan. Beberapa malunion dapat menyebabkan masalah neurologis atau fungsional, terutama jika ada pemendekan lebih dari 2 cm.

Nonunion adalah kegagalan fraktur untuk sembuh dalam 4 hingga 6 bulan. Pada fraktur clavicula, tingkat nonunion untuk semua fraktur yang diobati secara nonoperatif adalah 6%, meningkat menjadi 15% pada fraktur yang bergeser. Tingkat nonunion untuk fraktur clavicula sepertiga distal berkisar antara 28% hingga 44%. Faktor risiko untuk nonunion meliputi usia lanjut, jenis kelamin perempuan, merokok, perpindahan atau pemendekan fraktur yang signifikan, kominusi fraktur, dan imobilisasi yang tidak memadai (Hosseinzadeh, 2023).

j. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Khairunisa (2023), Pemeriksaan umum yang dilakukan pada kasus fraktur adalah:

- a. Foto rontgen (X-ray) untuk menentukan lokasi dan luasnya fraktur.
- b. Scan tulang, Tomogram, atau CT/ MRIsan untuk memperlihatkan fraktur secara jelas dan mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak.
- c. Arteriogram dilakukan untuk memastikan ada tidaknya kerusakan vaskuler.
- d. Hitung darah lengkap. Hemokonsentrasi mungkin meningkat atau menurun pada pendarahan. Selain itu peningkatan leukosit terjadi sebagai respon terhadap peradangan.
- e. Kreatinin. Trauma otot meningkatkan beban kreatinin untuk klirens ginjal.

k. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang dilakukan menurut Khairunisa (2023) adalah sebagai berikut: .

a) Reduksi

Reduksi fraktur berarti mengembalikan fragmen tulang pada kesejajarannya dan rotasi anatomis. Reduksi tertutup, mengembalikan fragmen tulang ke posisinya (ujung-ujungnya saling berhubungan) dengan manipulasi dan traksi manual. Alat yang digunakan biasanya traksi, bidai dan alat yang lainnya. Reduksi terbuka, dengan pendekatan bedah. Alat fiksasi internal dalam bentuk pin, kawat, sekrup, plat, paku.

b) Imobilisasi

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

2. ORIF

a. Definisi ORIF

Open Reduction Internal Fixation (ORIF) adalah salah satu jenis operasi dengan pemasangan internal fiksasi yang dilakukan ketika fraktur tersebut tidak dapat direduksi secara cukup dengan close reduction untuk mempertahankan posisi yang tepat pada fragmen fraktur. Fungsi ORIF untuk mempertahankan posisi tulang agar tetap menyatu dan tidak mengalami pergerakan, internal fiksasi ini berupa intra medullary nail, biasanya digunakan untuk fraktur tulang panjang dengan tipe fraktur transvers (Khairunisa, 2023).

b. Tujuan ORIF

Ada beberapa tujuan dilakukannya pembedahan Orif, antara lain :

1. Memperbaiki fungsi dengan mengembalikan gerakan dan stabilitas.

2. Mengurangi nyeri.
3. Klien dapat melakukan ADL dengan bantuan yang minimal dan dalam lingkup keterbatasan klien.
4. Sirkulasi yang adekuat dipertahankan pada ekstremitas yang terkena.
5. Tidak ada kerusakan kulit.

c. Indikasi dan Kontraindikasi ORIF

Indikasi tindakan pembedahan ORIF

1. Fraktur yang tidak stabil dan jenis fraktur yang apabila ditangani dengan metode terapi lain, terbukti tidak memberi hasil yang memuaskan.
2. Fraktur leher femoralis, fraktur lengan bawah distal, dan fraktur intraartikular disertai pergeseran.
3. Fraktur avulsi mayor yang disertai oleh gangguan signifikan pada struktur otot tendon.

Kontraindikasi tindakan pembedahan ORIF :

1. Tulang osteoporotik terlalu rapuh menerima implan.
2. Jaringan lunak diatasnya berkualitas buruk.
3. Terdapat infeksi.
4. Adanya fraktur comminuted yang parah yang menghambat rekonstruksi.
5. Pasien dengan penurunan kesadaran.

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

d. Keuntungan dan Kerugian ORIF

Keuntungan dilakukan tindakan pembedahan ORIF :

1. Mobilisasi dini tanpa fiksasi luar.
2. Ketelitian reposisi fragmen-fragmen fraktur.
3. Kesempatan untuk memeriksa pembuluh darah dan saraf di sekitarnya.
4. Stabilitas fiksasi yang cukup memadai dapat dicapai.
5. Perawatan di RS yang relatif singkat pada kasus tanpa komplikasi.
6. Potensi untuk mempertahankan fungsi sendi yang mendekati normal serta kekuatan otot selama perawatan fraktur.

Kerugian dilakukan tindakan pembedahan ORIF

1. Setiap anastesi dan operasi mempunyai resiko komplikasi bahkan kematian akibat dari tindakan tersebut.
2. Penanganan operatif memperbesar kemungkinan infeksi dibandingkan pemasangan gips atau traksi.
3. Penggunaan stabilisasi logam interna memungkinkan kegagalan alat itu sendiri.
4. Pembedahan itu sendiri merupakan trauma pada jaringan lunak, dan struktur yang sebelumnya tak mengalami cedera

mungkin akan terpotong atau mengalami kerusakan selama tindakan operasi.

e. Perawatan Post Operasi ORIF

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

1. Mempertahankan reduksi dan imobilisasi.
2. Meninggikan bagian yang sakit untuk meminimalkan pembengkakan.
3. Mengontrol kecemasan dan nyeri (biasanya orang yang tingkat kecemasannya tinggi, akan merespon nyeri dengan berlebihan).
4. Latihan otot Pergerakan harus tetap dilakukan selama masa imobilisasi tulang, tujuannya agar otot tidak kaku dan terhindar dari pengecilan massa otot akibat latihan yang kurang.
5. Memotivasi klien untuk melakukan aktivitas secara bertahap dan menyarankan keluarga untuk selalu memberikan dukungan kepada klien.

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan proses tahap awal dalam proses keperawatan. Disini semua data di kumpulkan secara sistematis guna menentukan status kesehatan pasien saat ini. Pengkajian harus dilakukan secara

komprehensif terkait dengan aspek biologis, psikologis, sosial maupun spiritual.

Menurut Tarwoto (2016). Secara umum pengkajian pada pasien dengan gangguan fraktur meliputi:

a. Identitas Pasien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, agama, status perkawinan, suku bangsa, tanggal masuk, no registrasi, dan diagnosa.

b. Keluhan Utama

Menurut padilah, (2019) Keluhan utama pada kasus fraktur adalah nyeri, rasa nyeri tersebut bisa akut atau kronik tergantung jenis dan lamanya serangan. Untuk memperoleh pengkajian yang lengkap tentang rasa nyeri pasien digunakan:

- 1) *Provoking Incident*: apakah ada peristiwa yang menjadi faktor presifitasi nyeri.
- 2) *Quality of Pain*: seperti apa rasa nyeri di rasakan atau di gambarkan pasien. Apakah seperti terbakar, berdenyut atau tertusuk.
- 3) *Region: radiation*, reflek, apakah rasa sakit bisa reda, apakah rasa sakit menjalar atau menyebar, dan dimana rasa sakit terjadi.
- 4) *Severity (Scale) of Pain*: Seberapa jauh rasa nyeri di rasakan pasien, bisa berdasarkan skala nyeri atau pasien bisa

menerangkan seberapa jauh rasa nyeri mempengaruhi kemampuan fungsinya.

- 5) *Time*: berapa lama nyeri berlangsung, kapan, bertambah buruk pada malam hari atau siang hari.

c. Riwayat Penyakit Sekarang

Riwayat penyakit sekarang berisi mengenai pengumpulan data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari fraktur, yang nantinya membantu dalam membuat intervensi keperawatan terhadap pasien. Ini bisa berupa kronologi hingga terjadinya penyakit tersebut sehingga nantinya bisa ditentukan kekuatan yang terjadi dan bagian tubuh mana yang terkena. Selain itu, dengan mengetahui kronologi terjadinya kecelakaan maka kita bisa mengetahui perkiraan luka kecelakaan yang lain (Padilah, 2019)

d. Riwayat Penyakit Dahulu

Bagaimana riwayat kejadian ini terjadi, kemudian apakah pasien pernah mengalami patah tulang sebelumnya, apakah pasien pernah mengalami penyakit berat atau penyakit menurun sebelumnya. Apakah ada masalah dalam riwayat intake makanan dan aktivitasnya. Apakah pasien memiliki penyakit osteoporosis/arthritis atau penyakit lain yang sifatnya menurun atau menular (Muttaqin, 2015).

e. Riwayat Penyakit Keluarga

Penyakit keluarga dengan fath tulang adalah salah satu faktor predisposisi terjadinya fraktur, seperti hipertensi dan diabetes melitus yang sering terjadi pada beberapa keturunan serta kanker tulang yang cenderung diturunkan secara genetic (Padilah, 2019).

f. Riwayat Alergi

Identifikasi adanya alergi obat maupun makanan terutama antibiotik untuk keamanan pasien (Samosir, 2020).

g. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik adalah mengukur tanda-tanda vital dan pengukuran lainnya serta pemeriksaan semua bagian tubuh dengan menggunakan teknik inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi. Sepanjang pemeriksaan fisik, data di ukur terhadap standar yang merupakan peraturan yang telah ditetapkan atau dasar pembandingan dalam pengukuran atau penilaian kapasitas, kuantitas kandungan dan nilai dari objek. Pemeriksaan fisik dilakukan dengan cara sistematis seperti halnya pada tujuan sistem dalam riwayat kesehatan (Samosir, 2020).

Pemeriksaan fisik menurut Padilah, (2019) yaitu:

- 1) Keadaan umum: berupa keadaan kesadaran pasien, apakah pasien dalam keadaan sadar, apatis, somnolen, sopor atau koma.

- 2) Tanda-tanda vital: untuk mendapatkan data objektif dari keadaan pasien, pemeriksaan ini meliputi tekanan darah, respirasi, suhu, denyut nadi dan nilai saturasi oksigen
- 3) Pemeriksaan fisik: bisa di lakukan dengan head to toe atau persistem, antarlain:
 - a) Sistem pernafasan: dimulai dari bentuk simetris atau tidak, apakah terdapat pernapasan cuping hidung atau alat bantu nafas dan pergerakan retraksi dinding dada, apakah ada sumbatan pada hidung pasien, hitung frekuensi nafas pasien, apakah ada benjolan atau nyeri tekan, pada sistem pernapasan pasien apakah ada suara tambahan atau tidak, perkusi apakah ada penumpukan cairan pada sistem pernafasan pasien.
 - b) Sistem Kardiovaskular
Apakah terdapat udemata pada are tubuh pasien, apakah ada distensi vena jugularis. ada atau tidaknya nyeri tekan atau benjolan, palpasi denyut nadi pasien, akral, CRT, konjungtiva anemis atau tidak. bunyi jantung, apakah ada suara tambahan S3/S4. Perkusi area jantung apakah abnormal atau tidak.
 - c) Sistem pencernaan
lihat bentuk dan keadaan mulut, gigi dan lidah apakah ada tanda-tanda dehidrasi, apakah ada tanda-tanda infeksi.

apakah terdapat nyeri tekan atau benjolan pada sistem pencernaan pasien. dengarkan bunyi peristaltik usus pasien, ketuk sistem pencernaan pasien apakah abnormal atau tidak, normalnya suaranya timpani.

d) Sistem Perkemihan

Apakah ada tanda-tanda infeksi saluran kemih. palpasi keadaan kandung kmih pasien, apakah ada nyeri tekan atau benjolan pada sistem perkemihan.

e) Sistem Endokrin

Apakah terdapat pemebesaran kelenjar thiroid atau tanda tanda kanker, adakah nyeri telan atau benjolan.

f) Sistem Muskulokeletal

Bentuk, posisi, apakah ada deformitas, bekas oprasi, apakah ada luka, atau alat yang dipasang pada sisitem muskulos keletal pasien, apakah mengguankan alat bantu jalan atau tidak. apakah terdapat benjolan atau nyeri tekan, kekuatan otot, ROM. Periksa reflek hamer.

Skala kekuatan otot nilai 1 sampai 5 digunakan untuk menilai kemampuan kontraksi otot secara manual dengan kriteria sebagai berikut :

0 : Tidak ada kontraksi otot sama sekali.

1 : Kontraksi otot minimal terasa, tetapi tidak ada gerakan yang terlihat.

2 : Gerakan otot terjadi, tetapi hanya jika pengaruh gravitasi dihilangkan (gerakan pasif).

3 : Gerakan otot melawan gravitasi tanpa adanya resistensi tambahan.

4 : Gerakan otot melawan gravitasi dengan resistensi ringan sampai sedang.

5 : Kekuatan otot normal, mampu melawan resistensi maksimal.

g) Sistem Persyarafan

Adakah gerakan-gerakan yang tidak disengaja atau respon persyarafan yang abnormal pada pasien. Periksa seluruh tubuh pasien apakah ada sistem persyarafan yang abnormal atau tidak.

h) Sistem Pendengaran

Bentuk sistem pendengaran pasien. Adakah masalah pada sistem pendengaran pasien dengan menggunakan garpu tala.

i) Sistem penglihatan

Bentuk, adakah tanda-tanda katarak. keadaan pupil, sklera, dan konjungtiva, visus dan lapang pandang.

j) Sistem Integumen: Keadaan rambut, kuku, warna kulit dan kebersihan kulit.

k) Sistem Reproduksi

apakah ada atau tidaknya masalah pada sistem reproduksi pasien.

h. Riwayat psikososial

Merupakan respon emosi pasien terhadap penyakit yang di derita pasien dan peran pasien dalam keluarga dan masyarakat yang mempengaruhi dalam kehidupan sehari-hari.

i. Pola-pola fungsi kesehatan

1) Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat Pada *fracture*

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

2) Pola nutrisi dan metabolisme pasien

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

3) Pola eliminasi

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

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

4) Pola tidur dan istirahat

Pasien biasanya merasa nyeri dan gerakannya terbatas sehingga dapat mengganggu pola dan kebutuhan tidur pasien.

5) Pola aktifitas

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

6) Pola hubungan dan peran

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

7) Pola persepsi dan konsep diri

Pasien fraktur akan timbul ketakutan akan kecacatan akibat fraktur, rasa cemas, rasa ketidak mampuan melakukan aktifitas secara optimal dan gangguan citra tubuh.

8) Pola sensori dan kognitif

Berkurangnya daya raba terutama pada bagian distal fraktur.

9) Pola reproduksi seksual

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

10) Pola penanggulangan stress

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

11) Pola tata nilai dan keyakinan

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

j. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan radiologi akan membantu menegaskan diagnose secara tepat yaitu pemeriksaan foto thorax, dari fraktur bertujuan untuk menentukan Lokasi, bentuk, dan luasnya.

k. Analisa Data

Tabel 2. 1 Analisa Data

NO	Data	Etiologi	Problem
1	DS: -Biasanya pasien mengeluh nyeri pada luka oprasi DO: - Biasanya pasien tampak meringis -pasien bersikap protektif - adanya nyeri tekan, kemudian nyerinya biasanya bertambah pada saat di gerakan, kemudian biasanya sekala nyerinya tinggi lebih dari 6 dari rentan sekala (1 -10). -Kemudian biasanya terdapat peningkatan	Fraktur Fisiologis Fraktur Patologis ↓ Ruksaknya/terputusnya kontinuitas jaringan ↓ Fraktur ↓ Prosedur Pembedahan ↓ Pembedahan ↓ Luka Insisi ↓ Post oprasi ORIF ↓ Syaraf di daerah fraktur ↓ Implus nyeri dikirim melalui serabut ↓	Nyeri Akut D.0077

	tekanan darah dan nadi meningkat.	Stimulus nyeri mencapai korteks ↓ Pasien meringis dan mengeluh nyeri	
2	DS: - Pasien biasanya mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas DO: - Kekuatan Otot biasanya menurun - Kemudian rentan gerak (ROM) biasanya menurun - Serta biasanya pergerakan pada bagian luka operasi kaku - gerakan terbatas	Fraktur Fisiologis Fraktur Patologis ↓ Ruksaknya/terputusnya kontinuitas jaringan tulang ↓ Fraktur ↓ Proses pembedahan ↓ Luka insisi ↓ Post operasi ORIF ↓ Deformitas ↓ Gangguan fungsi ↓ Kemampuan tulang dan otot untuk bergerak menurun	Gangguan mobilitas fisik D.0054
3	DS:- DO: - Biasanya Pasien terlihat meringis nyeri, hematoma - Kemudian biasanya warna kulit pada area operasi berwarna kemerah –merahan	Fraktur Fisiologis Fraktur Patologis ↓ Ruksaknya/terputusnya kontinuitas jaringan tulang ↓ Fraktur ↓ Proses pembedahan ↓ Luka insisi	Gangguan integritas kulit/jaringan D.0129
4	DS:- DO: Biasanya: - Terdapat luka terbuka akibat trauma, atau prosedur invasif - Terdapat	Fraktur Fisiologis Fraktur Patologis ↓ Ruksaknya/terputusnya kontinuitas jaringan tulang ↓ Fraktur ↓	Resiko Infeksi 0142

	peningkatan suhu tubuh di atas 37,5°C - Peningkatan leukosit lebih dari 10.600/mm ³ - Adanya tanda-tanda infeksi rubor, dolor, calor, tumor.	Proses pembedahan ↓ Luka insisi ↓ Post operasi ORIF ↓ Mikroorganisme masuk ke dalam tubuh	
5	DS: - Biasanya menanyakan tentang masalah yang sedang dihadapi DO: - Biasanya menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran - Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah	Fraktur Fisiologis Fraktur Patologis ↓ Ruksaknya/terputusnya kontinuitas jaringan tulang ↓ Fraktur ↓ Proses pembedahan ↓ Luka insisi ↓ Post operasi ORIF ↓ Pasien bertanya-tanya tentang perawatan pasca operasi ↓ Kurang terpapar informasi mengenai prosedur pembedahan	Defisit Pengetahuan D.0111

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah pernyataan yang menggambarkan respon aktual atau potensial klien terhadap masalah kesehatan yang ditangani oleh perawat. Alasan perumusan diagnosis keperawatan adalah untuk mengidentifikasi masalah kesehatan pada klien dan melibatkan keluarga serta untuk menentukan arah atau rencana asuhan keperawatan selanjutnya. Dalam menyusun sebuah diagnose keperawatan seharusnya perlu diperhatikan urutan dan disesuaikan dengan kebutuhan yang

berlandaskan hirarki Maslow (kecuali untuk kasus kegawat daruratan menggunakan prioritas berdasarkan “yang mengancam jiwa”). Dalam menegakkan sebuah diagnosis keperawatan dan meningkatkan otonomi perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan, dalam menegakan diagnose untuk dilihat isi dalam SDKI yaitu : Tanda & Gejala Faktor Risiko (Mahmudah, 2022).

Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien post oprasi ORIF fraktur clavícula antara lain:

a. Nyeri Akut

1) Definisi

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

2) Penyebab

Agen pencedera fisik (mis, abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat badan, prosedur oprasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

3) Gejala dan tanda mayor

Data subjektif:

a) Mengeluh nyeri

Data objektif:

a) Tampak meringis

- b) Bersikap protekrif (mis, waspada, posisi menghindari nyeri)
- c) Gelisah
- d) Frekuensi nadi meningkat
- e) Sulit tidur

4) Gejala tanda minor

Data subjektif: *(tidak tersedia)*

Data Objektif:

- a) Tekanan darah meningkat
- b) Pola nafas berubah
- c) Nafsu makan berubah
- d) Proses berfikir terganggu
- e) Menarik diri
- f) Berfokus pada diri sendiri
- g) Diaforesis

5) Kondisi klinis terkait

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

b. Gangguan Mobilitas Fisik D.0054

1) Definisi

Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri

2) Penyebab

- a) Gangguan muskulokeletal
- b) Nyeri
- c) Kerusakan integritas struktur tulang

3) Gejala tanda mayor:

Data Subjektif:

- a) Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

Data Objektif:

- a) Kekuatan otot menurun
- b) Rentan gerak (ROM) menurun

a. Gejala tanda minor:

Data Subjektif:

- a) Nyeri saat bergerak
- b) Enggan melakukan pergerakan
- c) Merasa cemas saat bergerak

Data Objektif:

- a) Sendi kaku
- b) Gerakan tidak terkordinasi
- c) Gerakan terbatas
- d) Fisik lemah

c. Gangguan integritas kulit/jaringan D.0129

1) Definisi:

Kerusakan kulit dermis dan atau epidermis atau jaringan membran mukosa, kornea, fasciae, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan atau ligamen

2) Penyebab:

Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/ melindungi integritas jaringan

3) Gejala tanda mayor

Data subjektif:-

Data Objektif:

Kerusakan jaringan atau lapisan kulit

4) Gejala tanda minor

Data subjektif:-

Data objektif:

a) Nyeri

b) Pendarahan

c) Kemerahan

d) Hematoma

e) Konsentrasi urine meningkat

f) Berat badan turun tiba-tiba

d. Resiko Infeksi 0142

1) Definisi:

Berisiko mengalami peningkatan/ terserang organisme patogenik

2) Faktor resiko:

- a) Efek prosedur invasif
- b) Peningkatan paparan organisme pantogen lingkungan
- c) Ketidak adekuatan pertahanan tubuh primer

e. Defisit Pengetahuan D.0111

1) Definisi:

Ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.

b. Penyebab

- a) Keteratasa Kognitif
- b) Gangguan Fungsi Kognitif
- c) Kekeliruan mengikuti anjuran
- d) Kurang terpapar informasi
- e) Kurang minat dalam belajar
- f) Kurang mampu mengingat
- g) Ketidaktahuan menemukan sumber informasi

b) Gejala dan Tanda Mayor

Data Subjektif : Menanyakan masalah yang dihadapi

Data Objektif :

- Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran
- Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah

c) Gejala dan Tanda Minor

Data Subjektif: -

Data Objektif :

- Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat
- Menunjukkan perilaku berlebihan

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 2 Intervensi Keperawatan

NO	Diagnosa Keperawatam	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil. 1. Keluhan nyeri menurun 2. meringis menurun, 3. gelisah menurun, 4. bersikap protektif menurun (PPNI, SLKI, 2018).	Intervensi menurut PPNI, (2018): adalah manajemen nyeri (SLKI, I.08238) Observasi: a. Observasi katakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. b. Identifikasi skala nyeri. c. Identifikasi responsnyeri non-verbal. d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Terapetik: e. Berikan teknik nonframakologis untuk memngurangi rasa nyeri f. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri g. Fasilitasi istirahat	1. Untuk menggambarkan pengalaman nyeri,menganalisis manajemen nyeri,dan mengevaluasi efektivitas manajemen nyeri 2. Untuk Memonitor skala nyeri secara teratur 3. Untuk mengetahui adanya pengalaman rasa nyeri atau respon terhadap rasa nyeri 4. Untuk mengetahui faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Untuk mengurangi atau mengalihkan pasien dari rasa nyeri. 6. Lingkungan yang asing, Tingkat kebisingan yang tinggi, dapat memperberat nyeri .

			dan tidur Edukasi: h. Jelaskan penyebab, priode dan pemicu nyeri i. Jelaskan strategi meredakan nyeri j. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri k. Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi: l. Kolaborasi pemberian analgetic jika perlu	7. nyeri muskulokeletal dapat dikurangi dengan istirahat 8. Memberi informasi kepada pasien bahwa nyeri dapat disebabkan oleh efek dari Tindakan atau pemeriksaan 9. Melakukan komunikasi dengan edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai cara untuk mengatasi nyeri 10. Agar Pasien dan keluarga tahu mengenai tujuan dan prosedur dari terapi nonfarmakologis dengan tarik nafas dalam 11. Untuk Mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri yang dirasakan pasien
2.	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan muskulokeletal	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 1x24 jam, diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas kekuatan otot meningkat. 2. rentan gerak ROM meningkat.	Intervensi menurut PPNI, (2018): Dukungan Ambulasi dalam (SLKI,1.06171). Observasi: a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. b. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi c. Monitor frekuensi dan	a. Untuk menganalisis factor risiko dan factor yang mempengaruhi keluhan utama b. Untuk Mengetahui manajemen fraktur berfokus pada manajemen nyeri yang adekuat dan mobilisasi dini c. Tanda vital

		3. nyeri menurun, kecemasan menurun. 4. kaku sendi menurun. (PPNI, 2018).	tekanan darah sebelum ambulasi d. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi Terapeutik: e. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis, tongkat, kruk). f. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik jika perlu g. Libatkan keluarga dalam membantu pasien untuk meningkatkan ambulasi Edukasi: h. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi i. Anjurkan melakukan ambulasi dini	merupakan cara yang cepat dan efisien dalam memantau kondisi pasien atau mengidentifikasi masalah dan mengevaluasi respon pasien terhadap intervensi yang diberikan d. Untuk memonitor kondisi pasien selama melakukan ambulasi e. Memberikan bantuan kepada pasien yang mengalami kesulitan dalam melakukan aktifitas f. memberikan kesempatan kepada pasien untuk menciptakan lingkungan penyembuhan internalnya sendiri g. Agar klien tetap berada dalam pengawasan yang aman h. Memberikan komunikasi terafetik dengan pasien dan keluarga untuk memudahkan melakukan implementasi yang sesuai dengan rencana tindakan sebelumnya
--	--	---	---	---

				i. Melakukan mobilisasi dini merupakan poin penting dalam manajemen perawatan dengan fraktur.
3.	Gangguan integritas kulit/jaringan b.d kurang terpapar informasi tentang upaya pertahankan atau melindungi integritas jaringan	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien Setelah dilakukan integritas kulit/jaringan membaik dengan kriteria hasil SLKI (L.07056) : 1. Penyatuan kulit meningkat. 2. Tingkat infeksi menurun. 3. Kemerahan menurun	Intervensi menurut setandar intervensi keperawatan Indonesia (PPNI,SIKI, 2018). Adalah Perawatan Luka (I.14564) Observasi: a. Monitor karakterinsik luka b. Monitor tanda tanda infeksi Terapeutik: c. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan d. Bersihkan luka dengan Cairan NaCl atau pembersih non toksik e. Bersihkan jaringan nekrotik f. Berikan salep yang sesuai kekulit/lesi jika perlu g. Pasang balutan Sesuai jenis luka h. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka i. Jelaskan tanda dan gejala infeksi j. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein	a. Untuk mengetahui karakteristik luka b. Untuk mengetahui apakah ada atau tidaknya tanda-tanda infeksi c. Untuk meminimalisir rasa nyeri d. untuk menjaga kelembaban dan mempercepat proses penyembuhan luka e. mempercepat proses penyembuhan luka f. mempercepat proses penyembuhan luka dan menjaga luka dari mikroorganisme g. mempercepat proses penyembuhan luka dan menjaga luka dari mikroorganisme dan dunia luar h. Untuk mencegah terjadinya infeksi i. Agar pasien dan keluarga tahu mengenai tanda dan gejala infeksi j. Untuk mempercepat

				penubuhan sel-sel jaringan
4.	Resiko Infeksi	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan resiko infeksi menurun dengan kriteria hasil: 1. infeksi menurun (PPNI, 2018).	Observasi: a. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sisternik Terapeutik: b. Berikan perawatan kulit pada area edema c. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan klien Edukasi: d. Jelaskan tanda dan gejala infeksi e. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar Kolaborasi: f. Kolaborasi dengan dokter mengenai terapi.	a. Untuk mengetahui tanda dan gejala infeksi b. Untuk mempercepat proses penyembuhan c. Untuk menjaga agar tidak terjadi infeksi nosocomial d. Agar pasien dan keluarga mengetahui tanda dan gejala infeksi e. Untuk mengurangi terjadinya infeksi f. Untuk mempercepat proses penyembuhan
5.	Defisit Pengetahuan b.d kurang terpapar informasi	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan status tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil: 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 3. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun	Observasi a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi b. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat c. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan d. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan e. Berikan kesempatan	a. Untuk mengetahui Kesiapan dan kemampuan dalam menerima informasi b. Untuk mengidentifikasi faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi kesehatan c. Agar penyampaian informasi lebih jelas dan menarik d. Agar mengetahui faktor resiko

			untuk bertanya Edukasi f. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan g. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat	kesehatan e. Agar pasien mengetahui tentang perilaku hidup bersih dan sehat
--	--	--	--	---

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dalam mengatasi status kesehatan yang di hadapinya ke status kesehatan yang baik sesuai kriteria hasil yang di harapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan pasien, factor-faktor yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, kegiatan komunikasi (Leniwita, 2023).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah di terapkan tercapai atau belum, atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dan rencana dalam pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien (Laily, 2016).

Terdapat dua jenis evaluasi menurut Hidayah, (2019) antara lain:

a. Evaluasi Formatif:

Yaitu evaluasi yang berfokus kepada aktifitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan, evaluasi formatif ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasi rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah di laksanakan. Perumusan evaluasi formatif ini meliputi komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subjektif, objektif, analisis data dan perencanaan.

1) S (Subjektif) :

Yaitu informasi berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diberikan.

2) O (Objektif) :

Yaitu informasi yang di dapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat.

3) A (Analisis) :

Yaitu membandingkan antara informasi subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi , teratasi sebagian, atau tidak teratasi.

4) P (Perencanaan) :

Yaitu rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa. (apakah di lanjutkan, atau tidak).

5) I (Implementasi)

Yaitu tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan intruksi yang telah ter identifikasi dalam komponen P (perencanaan).

6) E (Evaluasi)

Yaitu respons pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan

b. Evaluasi Sumatif (hasil):

Yaitu evaluasi yang dilakukan setelah semua aktifitas proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi sumatif ini bertujuan menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah di berikan. Ada 3 kemungkinan evaluasi yang terkait dengan pencapaian tujuan, yaitu :

- 1) Tujuan tercapai atau masalah teratasi jika pasien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang telah di tentukan.
- 2) Tujuan teratasi Sebagian atau masalah gteratasi Sebagian atau pasien masih dalam proses pencapaian tujuan jika pasien menunjukkan perubhan pada sebgaian kriteria yang telah di tetapkan.

Tujuan tidak tercapai atau masih belum teratasi jika pasien hanya menunjukkan sedikit perubahan dan tidak ada kemajuan sama sekali

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Identitas

1). Identitas Pasien

Nama	: Tn.P
Tanggal Lahir	: Garut 28 April 1992
Umur	: 33 Tahun
Alamat	: Perum Cempaka Indah
Pendidikan	: SMA
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Setatus Perkawinan	: Menikah
Agama	: Islam
Suku Bangsa	: Sunda
Pekerjaan	: Wiraswasta
Tanggal Masuk	: 21 April 2025
Tanggal Oprasi	: 22 April 2025
Tanggal Pengkajian	: 22 April 2025
No.CM	: 241172
No.Kamar	: 04

Diagnosa Medis : Post Op ORIF Fraktur Clavicula
Dextra

2). Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny.S
Tanggal Lahir : Garut 6 Juli 1967
Umur : 58 Tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Perum Cempaka Indah
Pendidikan : SMP
Suku Bangsa : Sunda
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Status Hubungan : Ibu

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Klien mengeluh nyeri

2) Riwayat Kesehatan Saat Ini

Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 22 April 2025 jam 14.30 WIB di ruang Flamboyan kamar 4B, terdapat luka Post Operasi ORIF Clavicula Dextra, klien mengatakan nyeri luka operasi, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyerinya meningkat pada saat di gerakan dan menurun pada saat di diamkan, klien juga mengatakan nyeri hanya dirasakan pada bagian tulang selangka kanan dengan skala nyeri 7 (1-10),

dirasakan secara hilang timbul. Selain itu juga klien mengatakan kaku dalam bergerak pada bagian luka operasi.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan bahwa klien tidak mempunyai riwayat penyakit menular, penyakit keturunan dan penyakit lainnya, klien juga mengatakan tidak memiliki riwayat alergi baik alergi obat, makanan ataupun cuaca.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan bahwa anggota keluarganya tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit yang sama seperti yang saat ini sedang dialami klien, klien juga mengatakan bahwa anggota keluarganya tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit keturunan, penyakit berat dan riwayat operasi.

c. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum

Kesadaran	: Compos Mentis
GCS	: 15 E:4 M:6 V:5
Penampilan	: Lemah

2) Tanda-tanda Vital

Tekanan Darah	: 130 /80 mmhg
Nadi	: 82x/menit
Respirasi	: 20x/menit

SPO2 : 98%

Suhu : 36,5 C

BB : 50 Kilogram

3) Pemeriksaan Persistem

a. Sistem Muskuloskeletal

Ekstremitas atas pada bagian kiri tampak normal, tidak ada kelainan bentuk, pembengkakan ataupun kemerahan, tidak ada nyeri tekan, tidak kaku dalam bergerak, sedangkan pada bagian eskstremitas atas kanan terdapat luka pasca oprasi pada bagian clavicula dengan panjang luka jahit 10 cm Klien tampak meringis, nyeri saat ditekan, rentan gerak terbatas. Sedangkan pada ekstremitas bawah kanan dan kiri tampak normal, keduanya simetris, tidak ada keluhan nyeri, rentang

5	4
5	5

gerak aktif.
Kekuatan otot

b. Sistem Kardiovaskuler

Konjungtiva tidak tampak anemis, bibir berwarna kemerahan, akral teraba hangat CRT < 3 detik, kekuatan denyut nadi teraba kuat, bunyi jantung normal S1/S2 lup dup murni reguler.

c. Sistem Pernafasan

Dada tampak simetris, pergerakan dada kanan dan kiri sama tidak terdapat pernafasan cuping hidung, tidak tampak

adanya alat bantu nafas, frekuensi nafas 20 x/menit, lubang hidung simetris, tidak ada nyeri tekan, suara paru-paru terdengar sonor, suara nafas terdengar vesikuler, tidak terdapat suara tambahan lainnya.

d. Sistem Pencernaan

Tidak ada sulit menelan, tidak ada lesi di rongga mulut, area mulut tampak bersih, gigi putih bersih, suara perkusi pada abdomen timpani, bising usus pasien 18x/menit, BAB 1 kali perhari, konsistensi padat, warna khas peses.

e. Sistem Endokrin

Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid serta benjolan lainnya pada tubuh klien, tidak ada nyeri tekan pada area leher, klien tidak mempunyai riwayat Diabetes Melitus.

f. Sistem Integumen

Warna kulit klien sawo matang, warna rambut hitam pekat, terdapat lesi/luka jahit serta kemerahan pada bagian kulit bahu kanan, tidak ada nyeri tekan di daerah kepala, turgor kulit kembali dalam < 3 detik.

g. Sistem Perkemihan

Tidak terpasang kateter, tidak terdapat distensi kandung kemih, warna urine kuning, bau khas urine, tidak terdapat tanda-tanda infeksi pada sistem perkemihan klien.

h. Sistem Neurologis

1) Nervus Olfaktorius

Fungsi penciuman baik, terbukti klien dapat membedakan bau kayu putih dan kopi.

2) Nervus Optik

Fungsi penglihatan klien baik, bisa membaca tanpa alat bantu.

3) Nervus Okulomotor

Pupil isokor di buktikan dengan saat di beri rangsangan cahaya pupil miosis dengan diameter 3 cm

4) Nervus Troklear

Pergerakan bola mata ke bawah ke atas, refleks pupil baik, terbukti pupil mengecil saat di berikan rangsangan cahaya.

5) Nervus Trigemini

Klien dapat menggerakkan rahangnya, klien bisa mengunyah dan menelan dengan baik.

6) Nervus Abdusen

Klien dapat menggerakkan mata dengan baik ke samping kiri dan kanan.

7) Nervus Fasialis

Otot wajah baik, dapat menggerakkan alis dan dahi, klien dapat merasakan sensasi rasa asin, manis, dan pahit.

8) Nervus Vestibulokoklearis

Fungsi pendengaran klien baik, terbukti klien dapat menjawab semua pertanyaan.

9) Nervus Glosofaringeal

Refleks menelain klien baik

10) Nervus Vagus

Refleks muntah klien baik, klien bisa merasakan sensasi pahit pada 1/3 pangkal lidah, berbicara klien jelas.

11) Nervus Aksesorius

Klien dapat menggerakkan kepala dengan mengangguk, menoleh ke kanan dan kiri serta menggerakkan bahu saat berbincang.

12) Nervus Hipoglosus

Klien dapat menggerakkan lidahnya ke samping kiri dan kanan.

d. Aspek Psikologis

1) Status Emosional

Saat dikaji setatus emosi Tn.P setabil, dan kooperatif dan jelas padasaat diajak untuk bicara.

2) Konsep Diri

a. Citra Tubuh/*Body Image*

Klien mengatakan tidak merasa malu dengan kondisinya saat ini, klienn juga percaya setelah oprasi proses penyembuhannya akan cepat.

b. Identitas dan Pera Diri

Saat dikaji klien mengatakn bahwa dirinya bernama Tn.P berumur 33 Tahun, klien juga mengatakan sudah menikah dan memiliki seorang istri yang bernama Ny. L dan memiliki seorang anak. Dalam keluarganya Tn.P berkedudukan sebagai kepala keluarga dan sekaligus tulang punggung keluarganya.

c. Ideal Diri

Klien mengatakan ingin segera sembuh dari keadaan saat ini, klien juga percaya optimis bahwa proses penyembuhannya akan cepat, pasien juga percaya bahwa pasien mampu melewati pasekehidupan saat ini.

d. Harga Diri

klien mengatakan saat ini klien merasa kasian kepada keluarganya karena dirinya belum bisa kembali mencari nafkah buat keluarganya saat ini. Namun klien tetap

optimis bisa kembali sembuh seperti semula dan bisa mencari nafkah untuk keluarga seperti biasa.

3) Mekanisme Koping

Klien mengatakan selalu terbuka kepada istrinya ketika klien memiliki masalah, istri dan anak klien merupakan orang paling terdekat yang selalu memotivasi klien memberikan dukungan kepada klien untuk kesembuhannya.

4) Tingkat Kecemasan

Pada saat dikaji klien mengatakan sedikit cemas dengan kondisinya saat ini karena pasien belum bisa bekerja seperti biasa untuk menafkahi keluarga.

e. Data Psikososial

1) Pola Interaksi

Klien bersikap kooperatif, terbuka dan humble, jelas dan dimengerti, cepat dan tanggap pada saat perawat dan dokter menjelaskan sesuatu, klien juga menanyakan mengenai cara perawatan luka kepada perawat.

2) Gaya Komunikasi

klien berkomunikasi menggunakan bahasa sunda, klien dapat berkomunikasi dengan baik, baik dengan keluarga, perawat maupun dokter serta pasien lain.

f. Data Spritual

1) Konsep Ketuhanan

Klien mengatakan klien beragama islam, klien percaya adanya Tuhan yaitu Allah SWT. klien mengatakan bahwa peristiwa ini merupakan takdir, ujian dari Allah SWT agar kita selalu mengingat yang maha dari segalanya, klien mengatakan dengan kondisinya saat ini tidak dijadikan hambatan bagi klien dalam beribadah.

2) Falsafah Hidup

klien mengatakan selalu ber do'a untuk kesembuhannya, dan klien juga percaya bahwa Allah memberikan ujian kepada hambanya sesuai dengan porsinya.

g. Aktivitas Sehari-hari

Tabel 3. 1 Aktivitas Hidup Sehari-hari

No	Jenis	Sebelum Sakit	Sakit
1	Pola Nutrisi a. Makan Jenis makan Frekuensi Porsi Cara b. Minum Jenis minuman Frekuensi Cara	Nasi, lauk pauk dan sayur 3x/ hari 1 Porsi habis Mandiri Air putih Tidak menentu Mandiri	bubur 3x/ hari ½ Porsi Dibantu Air putih Tidak menentu Dibantu
2	Eliminasi a. BAB Frekuensi Konsistensi	1x1 /hari Khas peses	1x/2 hari Khas peses

	Bau Warna b. BAK Frekuensi Warna	Khas peses Kuning khas peses Ketika mau Jernih kekuning- Kuningan	Khas peses Jernih kekuning- kuningan Ketika mau Jernih kekuning- Kuningan
3	Pola istirahat dan tidur Tidur siang Tidur malam Kualitas Masalah	$\pm$ 1 jam $\pm$ 7 jam Nyenyak Tidak ada	$\frac{1}{2}$ jam $\pm$ 4 jam Sering terbangun Nyeri
4	Personal Hygiene Mandi Gosok gigi Keramas Ganti pakian Masalah Mandiri/dibantu	2x/hari 2x/hari 1x2 hari 2x/hari Tidak ada Mandiri	Waslap 1x1 hari Tidak 2x1 hari Nyeri luka oprasi Dibantu
5	Aktivitas Kegiatan Penggunaan alat Kesulitan Mandiri/dibantu	Bekerja Tidak ada Tidak ada Mandiri	Bedrest Menggunakan arm sling Kakudalam menggerakan bahu nya Di bantu

h. Pemeriksaan Laboratorium

Nama : Tn.P

NRM : 241174

Tanggal Pemeriksaan : 21 April 2025

Tabel 3. 2 Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai normal
Hematologi:			
Hemoglobin	18,4	gr/dl	Pria : 14-18 Wanita : 12-16
Jumlah lekosit	9.300	gr/dl	4.000-10.000/m ³
LED		mm/1 jam	< 10 mm < 20 mm
Jumlah trombosit	235.000	per mm ³	150.000-450.000
Hematokrit	58,5	%	34-35
Eritrosit		Juta/mm ³	4,5-6,0
Bleding time	1'00	Menit	1-3 menit
Cloting time	5'00		5-15 menit
Hitung jenins leukosit			0-1/1-4/3-5/40- 70/20-40/2-10
Golongan darah	O (+)		
KIMIA DARAH			
Gula darah sewaktu	82	Mg/dl	100-140

i. Therapy Medis

Tabel 3. 3 Terapi Medis

No	Nama Obat	Dosis Yang diberikan	Rute Pemberian	Golongan Obat dan Efek Obat
1	Ringel Laktat :	20 tetes per menit	Intra vena	Golongan (K). Untuk pengganti cairan dalam tubuh.
2	Cefotaxime :	2x1 1gr	Intra vena	Golongan Antibiotik Golongan (K) Untuk mengobati sejumlah infeksi bakteri.
3	Ketrolac :	2x1 30 mg	Intra vena	Golongan obat (K) antiinflamasi non-steriod. Untuk mengatasi nyeri sedang maupun berat.
4	Ranitidine :	2 x50 mg	Intra Vena	Merupakan obat (K) yang berkerja untuk menurunkan produksi asam lambung.

2. Analisa Data**Tabel 3. 4 Analisa Data**

NO	Data	Etiologi	Problem
1	DS: a. Klien mengatakan nyeri pada luka oprasi b. Nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk c. Nyerinya meningkat pada saat digerakan dan menurun pada saat	Fraktur Fisiologis Fraktur Patologis ↓ Ruksaknya/terputusnya kontinuitas jaringan ↓ Fraktur ↓ Prosedur Pembedahan ↓ Pembedahan	Nyeri Akut D.0077

	di diamankan d. Nyeri hanya dirasakan pada bagian luka oprasi dengan skala nyeri 7 (1-10) e. Klien juga mengatakan nyerinya dirasakan secara hilang timbul DO: a. Klien tampak meringis b. Klien bersikap protektif TD. 130/80 mmHg N. 82x/menit R. 20x/menit S. 36 C SPO2. 98%	↓ Luka Insisi ↓ Post oprasi ORIF ↓ Syaraf di daerah fraktur ↓ Implus nyeri dikirim melalui serabut ↓ Stimulus nyeri mencapai korteks ↓ Pasien meringis dan mengeluh nyeri							
2	DS: Klien mengatakan bahu kanan klien terasa lemas dan kaku dalam bergerak DO: -Kekuatan <table><tr><td>Otot</td><td>5</td><td>3</td></tr><tr><td></td><td>5</td><td>5</td></tr></table> -Rentan gerak (ROM) menurun	Otot	5	3		5	5	Fraktur Fisiologis Fraktur Patologis ↓ Ruksaknya/terputusnya kontinuitas jaringan tulang ↓ Fraktur ↓ Proses pembedahan ↓ Luka insisi ↓ Post oprasi ORIF ↓ Deformitas ↓ Gangguan fungsi ↓ Kemampuan tulang dan otot untuk bergerak menurun	Gangguan mobilitas fisik D.0054
Otot	5	3							
	5	5							
3	DS: a. Klien mengatakan terdapat luka oprasi	Fraktur Fisiologis Fraktur Patologis ↓	Gangguan integritas kulit/jaringan D.0129						

pada bahu kanan DO: a. Terdapat luka operasi terbalut perban b. Terdapat kemerahan pada bagian atas luka operasi c. terdapat rembesan pada bagian luka operasi d. Terdapat warna kulit kemerahan – merahan pada area luka operasi	Ruksaknya/terputusnya kontinuitas jaringan tulang ↓ Fraktur ↓ Proses pembedahan ↓ Luka insisi	
--	--	--

3. Diagnosa Keperawatan

- a. Nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan prosedur invasif teraktivitasnya pusat nyeri di talamus akibat terputusnya kontinuitas jaringan ditandai dengan:

DS:

- 1) pasien mengeluh nyeri luka operasi
- 2) Nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk
- 3) Nyeri bertambah pada saat di gerakan
- 4) Sekala nyeri 7 dari (1-10)
- 5) Nyeri dirasakan secara hilang timbul

DO:

- 1) Tampak meringis
- 2) Bersikap protektif

- b. Gangguan mobilitas fisik (D.0054) berhubungan dengan penurunan kekuatan otot akibat terputusnya kontinuitas jaringan ditandai dengan:

DS:

- 1) Pasien mengatakan bahu kanan terasa lemas
- 2) Nyeri saat bergerak

DO

- 1) Kekuatan otot menurun
- 2) Rentan gerak (ROM) menurun

- c. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan ditandai dengan:

DS:-

DO:

- 1) Terdapat luka invasif operasi
- 2) Terdapat luka operasi , sepanjang 10 cm
- 3) Terdapat rembesan
- 4) kulit area operasi berwarna kemerahan

4. Intervensi Keperawatan

Tabel 3. 5 Intervensi Keperawatan

NO	Diagnosa Keperawatam	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisik DS:	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun, dengan	Intervensi menurut PPNI, (2018): adalah manajemen nyeri (SLKI, I.08238) Observasi: 1. Observasi	1. Untuk menggambarkan pengalaman nyeri, menganalisis manajemen

	a. Klien mengatakan nyeri pada luka operasi b. Nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk c. Nyerinya meningkat pada saat digerakan dan menurun pada saat di diamkan d. Nyeri hanya dirasakan pada bagian luka operasi dengan skala nyeri 7 (1-10) e. Klien juga mengatakan nyerinya dirasakan secara hilang timbul DO : a. Klien tampak meringis b. Klien bersikap protektif TD. 130/80 mmHg N. 82x/menit R. 20x/menit S. 36 C SPO2. 98%	kriteria hasil. 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun, 3. gelisah menurun, 4. bersikap protektif menurun (PPNI, SLKI, 2018).	karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri. 3. Identifikasi respons nyeri non-verbal. 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Terapeutik: 5. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 6. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 7. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi: 8. Jelaskan penyebab, pemicu dan pemicu nyeri 9. Jelaskan strategi meredakan nyeri 10. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 11. Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi: 12. Kolaborasi pemberian analgetik jika perlu	nyeri, dan mengevaluasi efektivitas manajemen nyeri 2. Untuk Memonitor skala nyeri secara teratur 3. Untuk mengetahui adanya pengalaman rasa nyeri atau respon terhadap rasa nyeri 4. Untuk mengetahui faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. pemberian kompres hangat untuk mengurangi atau mengalihkan pasien dari rasa nyeri. 6. Lingkungan yang asing, Tingkat kebisingan yang tinggi, pencahayaan, dan aktivitas yang tinggi di lingkungan tersebut dapat memperberat nyeri. 7. nyeri muskulokeletal dapat dikurangi dengan istirahat 8. Memberi informasi kepada pasien bahwa nyeri dapat disebabkan oleh efek dari Tindakan atau pemeriksaan 9. Melakukan komunikasi
--	--	---	---	---

				dengan edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai cara untuk mengatasi nyeri 10. Agar pasien tahu dan mampu melakukan assessment dan pengelolaan rasa nyeri 11. Agar Pasien dan keluarga tahu mengenai tujuan dan prosedur dari terapi nonfarmakologis dengan kompres hangat 12. Untuk Mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri yang dirasakan pasien				
2.	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan muskulokeletal DS: Klien mengatakan bahu kanan klien terasa lemas dan kaku dalam bergerak DO: -Kekuatan Otot <table><tr><td>5</td><td>4</td></tr><tr><td>5</td><td>5</td></tr></table> - Rentan gerak	5	4	5	5	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 1x24 jam, diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas kekuatan otot meningkat. 2. rentan gerak ROM meningkat. 3. kaku sendi menurun. (PPNI, 2018).	Intervensi menurut PPNI, (2018): Dukungan Ambulasi dalam (SLKI,1.06171). Observasi: 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 3. Monitor frekuensi dan tekanan darah sebelum ambulasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi Terapeutik: 5. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat	1. Untuk menganalisis factor risiko dan factor yang mempengaruhi keluhan utama 2. Untuk Mengetahui manajemen fraktur berfokus pada manajemen nyeri yang adekuat dan mobilisasi dini 3. Untuk memantau kondisi pasien ataumengidentifik asi masalah dan mengevaluasi respon pasien terhadap intervensi yang diberikan 4. Untuk memonitor kondisi pasien
5	4							
5	5							

	(ROM) menurun		bantu 6. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik jika perlu 7. Libatkan keluarga dalam membantu pasien untuk meningkatkan ambulasi Edukasi: 8. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi 9. Anjurkan melakukan ambulasi dini	selama melakukan ambulasi 5. Memberikan bantuan kepada pasien yang mengalami kesulitan dalam melakukan aktifitas 6. memberikan kesempatan kepada pasien untuk menciptakan lingkungan penyembuhan internalnya sendiri 7. untuk memudahkan melakukan implementasi yang sesuai dengan rencana tindakan sebelumnya 8. Untuk Melakukan mobilisasi dini dalam manajemen perawatan dengan fraktur. 9. Untuk mempercepat penyembuhan kaku pada tubuh klien
3.	Gangguan integritas kulit/jaringan b.d kurang terpapar informasi tentang upaya pertahankan atau melindungi integritas DS:	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan pasien Setelah dilakukan integritas kulit/jaringan membaik dengan kriteria hasil SLKI (L.07056) : 1. Penyatuan kulit meningkat.	Intervensi menurut setandar intervensi keperawatan Indonesia (PPNI,SIKI, 2018). Adalah Perawatan Luka (I.14564) Observasi: 1. Monitor karakterinsik luka 2. Monitor tanda tanda infeksi Terapeutik:	1. Untuk mengetahui karakteristik luka 2. Untuk mengetahui apakah ada atau tidaknya tanda-tanda infeksi 3. Untuk meminimalisir rasa nyeri 4. untuk menjaga kelembaban dan mempercepat

	a. Klien mengatakan terdapat luka operasi pada bahu kanan DO: a. Terdapat luka operasi terbalut perban b. Terdapat kemerahan pada bagian atas luka operasi c. terdapat rembesan pada bagian luka operasi d. Terdapat warna kulit kemerahan pada area luka operasi	2. Kemerahan menurun	3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 4. Bersihkan luka dengan Cairan NaCl atau pembersih non toksik 5. Bersihkan jaringan nekrotik 6. Berikan salep yang sesuai kekulit/lesi jika perlu 7. Pasang balutan Sesuai jenis luka 8. Pertahankan teknik sterilsaat melakukan perawatan luka 9. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 10. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein	proses penyembuhan luka 5. untuk mempercepat proses penyembuhan luka 6. untuk mempercepat proses penyembuhan luka dan menjaga luka dari mikroorganisme 7. mempercepat proses penyembuhan luka dan menjaga luka dari mikroorganisme dan dunia luar 8. Untuk mencegah terjadinya infeksi 9. Agar pasien dan keluarga tahu mengenai tanda dan gejala infeksi 10. Untuk mempercepat penyembuhan sel-sel jaringan
--	--	-----------------------------	---	---

5. Implementasi Keperawatan

Tabel 3. 6 Implementasi Keperawatan

No	Hari/Tanggal	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi Sumatif
1	Rabu, 23 April 2025 09.00 WIB	Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisik	1. Mengobservasi tanda vital R : TD: 130/80 mmhg 2. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik durasi, kualitas intensitas nyeri: R : nyeri luka operasi,	S: - Pasien mengatakan nyerinya sudah Berkurang O: - Pasien tampak tidak meringis

			nyerinya dirasakan seperti tertusuk-tusuk dan nyerinya dirasakan secara hilang timbul 3. Mengidentifikasi Sekala nyeri R: Sekala nyeri 7 dari (1-10) 4. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal R: Pasien meringis dan bersikap protektif 5. Mengidentifikasi paktor yang memperberat dan memperingan nyeri R: nyeri meningkat pada saat bergerak dan menurun pada saat di diamkan 6. Memberikan Teknik non framakologis teknik nafas dalam R: Klien merasa nyaman 7. Mempasilitasi istirahat dan tidur dengan melakukan perbeden 8. Menjelaskan strategi Meredakan nyeri R: mengetahui strategi meredakan nyeri 9. Memberikan terapi keterolak 2x1 ampul Drif IV	Lagi - Pasien tidak gelisah - Sekala nyeri 4 dari (1-10) - Bersikap protektif menurun - TD: 120/80 mmhg - N: 80x/menit - R: 20x/menit - S: 36,7°C - Spo2: 99% A: - Nyeri Akut Teratasi P: - Intervensi dihentikan				
2	Rabu,23 April 2025 09.15 WIB	Gangguan Mobilitas fisik b.d gangguan muskuloskeletal	1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik R: Klien mengeluh nyeri luka oprasi, pada bahu kanan dan kaku dalam bergerak 2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan Pergerakan R: Klien bersikap protektif,	S: - Pasien mengatakan pergerakan pada bahu nya sudah tidak terlalu kaku lagi O: - Kekuatan otot <table><tr><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>5</td><td>5</td></tr></table>	5	5	5	5
5	5							
5	5							

			3. Mengukur kekuatan Otot $\frac{5}{5} \mid \frac{4}{5}$ 4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan R: keluarga bersedia 5. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi R: Pasien dan keluarga mengerti 6. Mengajukan melakukan mobilisasi dini R: pasien bersedia	A: - Gangguan mobilitasi fisik teratasi sebagian P: - Intervensi dihentikan - Mengajukan pasien untuk melakukan mobilisasi sederhana secara bertahap - Mengajukan keluarga untuk selalu mendampingi pergerakan pasien
3	Rabu, 23 April 2025 09.30 WIB	Gangguan Integritas Kulit/Jaringan	1. Mengobservasi karakteristik luka R: Terdapat rembesan Pada balutan luka, area luka berwarna kemerahan, panjang luka 10 cm. 2. Memonitor tanda- Tanda infeksi R: Area luka berwarna kemerahan, terdapat rembesan pada area luka 3. Melepaskan balutan dan plester secara perlahan 4. Membersihkan luka dengan Cairan NaCl atau Pembersih Non Toksik 5. Membersihkan Jaringan Nekrotik 6. Memasang balutan Sesuai jenis luka	S: - O: - Luka operasi terbalut perban - Keadaan luka kering - Penyatuan kulit dan jaringan luka membaik - Warna kemerahan kulit pada area Operasi sudah membaik A: - Gangguan integritas kulit dan jaringan Teratasi sebagian P: - Intervensi dihentikan - Pasien rencana kontrol - Melakukan perawatan luka steril - Membersihkan area luka

			7. Mempertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka 8. Menjelaskan tanda Dan gejala infeksi R: Pasien dan keluarga mengerti tanda dan gejala infeksi	dengan cairan NaCl - Memasangkan supratul pada luka pasien - Melakukan pemasangan perban elastis sesuai jenis luka dan tidak boleh terlalu longgar dan terlalu ketat - Menganjurkan pasien untuk meningkatkan nutrisi kalori dan protein - Menganjurkan kepada pasien untuk menjaga keadaan luka untuk selalu kering
--	--	--	--	--

6. Catatan Perkembangan

Tabel 3. 7 Catatan Perkembangan POD 2

No	Diagnosa	Jam	Catatan Perkembangan	Paraf
1	Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisik	24 April 2025 16.00 WIB	S: - Klien mengatakan nyeri sedikit berkurang O: - Klien tampak meringis - Klien bersikap protektif - Skala nyeri 6 dari (1-10) - TD : 120/80 - N : 82x/menit - R : 22x/menit - S : 36,7 C - SPO2 : 98%	Eka

			A: -Nyeri Akut P: Lanjutkan Intervensi - Observasi tanda-tanda vital - Identifikasi skala nyeri - Ajarkan teknik distraksi relaksasi I: - Mengobservasi tanda-tanda vital - Mengidentifikasi skala nyeri - Mengajarkan teknik distraksi relaksasi E: - Masalah teratasi sebagian	
2	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan muskuloskeletal	24 April 2025 16.15 WIB	S: - Klien mengatakan bahu nya masih kaku dan pegal O: - Klien sudah mampu menggerakkan bahunya namun terbatas - Klien masih bersikap protektif A: - Gangguan Mobilitas Fisik P: - Ukur kekuatan otot - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi - Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi - Ajarkan mobilisasi dini I: - Mengukur kekuatan otot - Mengidentifikasi adanya keluhan fisik lainnya	Eka

			- Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi - Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi - Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan. E: - Masalah belum teratasi - Kekuatan otot 5 4 5 5 - Pasien bersikap protektif - Pergerakan masih kaku - Klien mampu dan bersedia melakukan mobilisasi sederhana secara bertahap R: Intervensi dilanjutkan	
3	Gangguan Integritas kulit/jaringan	24 April 2025 16.35 WIB	S: - Pasien mengatakan belum dilakukan perawatan luka O: - Terdapat luka terbalut perban - Terdapat rembes pada luka operasi - Terdapat warna kemerahan pada luka Operasi A: - Gangguan integritas kulit/jaringan P: Lanjutkan intervensi - Monitor karakteristik luka - Monitor tanda-tanda infeksi - Lepaskan balutan secara perlahan	Eka

			- Bersihkan dengan cairan NaCl - Berikan supratul pada luka pasien - Pasang balutan sesuai jenis luka dan tidak boleh terlalu longgar dan terlalu ketat - Pertahankan teknik steril pada saat perawatan luka I: - Memonitor karakteristik luka - Memonitor tanda-tanda infeksi - Melepaskan balutan secara perlahan - Membersihkan area luka dengan cairan NaCl - Memasangkan supratul pada luka pasien - Melakukan pemasangan balutan sesuai jenis luka - mempertahankan teknik steril pada saat perawatan luka E: - Terdapat rembesan pada luka operasi - Kulit area operasi berwarna kemerahan - Terdapat luka jahit sepanjang 10 cm - Luka kembali tertutup perban -R: - Lanjutkan intervensi	
--	--	--	--	--

Tabel 3. 8 Catatan Perkembangan POD 3

No	Diagnosa	Jam	Catatan perkembangan	Paraf
1	Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisik	25 April 2025 09.00 WIB	S: - Klien mengatakan nyeri sudah berkurang O: - Ekspresi meringis menurun - Sekala nyeri 5 dari (1-10) - TD: 120/70 mmhg - N: 80x/menit - R: 20x/menit - S: 36,5 C - Spo2: 99% A: - Nyeri Akut P: - Lanjutkan intervensi - Observasi tanda-tanda vital - Identifikasi sekala nyeri - Ajarkan teknik distraksi relaksasi - Kolaborasi pemberian obat I: - Mengobservasi tanda tanda vital - Mengidentifikasi sekala nyeri - Mengajarkan teknik distraksi relaksasi E: - Nyeri akut teratasi sebagian - Sekala nyeri 5 dari (1-10) - Pasien bisa melakukan teknik relaksasi nafas dalam R: - Lanjutkan intervensi	Eka
2	Gangguan mobilitas fisik b.d	25 April 2025 09.15	S: - Klien mengatakan bahu nya sudah	Eka

	gangguan muskuloskeletal	WIB	mulai bisa di gerakan sedikit sedikit O: - Klien sudah mampu menggerakkan bahunya namun terbatas - Klien masih bersikap protektif A: - Gangguan Mobilitas Fisik P: - Ukur kekuatan otot - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi - Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi - Ajarkan mobilisasi dini I: - Mengukur kekuatan otot - Mengidentifikasi adanya keluhan fisik Lainnya - Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi - Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi - Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan. E: - Masalah belum teratasi - Kekuatan otot <table><tr><td>5</td><td>4</td></tr><tr><td>5</td><td>5</td></tr></table> - Pasien bersikap protektif - Pergerakan masih kaku	5	4	5	5	
5	4							
5	5							

			- Klien mampu dan bersedia melakukan mobilisasi sederhana secara bertahap R: Intervensi dilanjutkan	
3	Gangguan Integritas kulit/jaringan	25 April 2025 09.25 WIB	S: - Pasien mengatakan belum dilakukan perawatan luka O: - Terdapat luka terbalut perban - Terdapat warna kemerahan pada luka Oprasi A: - Gangguan integritas kulit/jaringan P: Lanjutkan intervensi - Monitor karakteristik luka - Monitor tanda-tanda infeksi - Lepaskan balutan secara perlahan - Bersihkan dengan cairan NaCl - Berikan supratul pada luka pasien - Pasang balutan sesuai jenis luka dan tidak boleh terlalu longgar dan terlalu ketat - Pertahankan teknik steril padasaat perawatan luka I: - Memonitor karakteristik luka - Memonitor tanda-tanda infeksi - Melepaskan balutan secara perlahan - Membersihkan area luka dengan cairan NaCl - Memasangkan supratul pada luka pasien - Melakukan pemasangan balutan sesuai	Eka

			jenis luka - mempertahankan teknik steril pada saat perawatan luka E: - Kulit area operasi berwarna kemerahan - Terdapat luka jahit sepanjang 10 cm - Luka kembali tertutup perban -R: - Lanjutkan intervensi	
--	--	--	--	--

Tabel 3. 9 Catatan Perkembangan POD 4

No	Diagnosa	Jam	Catatan Perkembangan	Paraf
1	Nyeri Akut	26 April 2025 15.00 WIB	S: - Pasien mengatakan nyerinya sudah Berkurang O: - Pasien tampak tidak meringis Lagi - Pasien tidak gelisah - Skala nyeri 4 dari (1-10) - Bersikap protektif menurun - TD: 120/80 mmhg - N: 80x/menit - R: 20x/menit - S: 36,7°C - Spo2: 99% A: - Nyeri Akut Teratasi P: - Intervensi dihentikan	Eka
2	Gangguan mobilitas fisik	26 April 2025	S: - Pasien mengatakan pergerakan pada bahu	Eka

		15.10 WIB	nya sudah tidak terlalu kaku lagi O: - Kekuatan otot <table> <tr> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </table> A: - Gangguan mobilitasi fisik teratasi sebagian P: - Intervensi dihentikan - Menganjurkan pasien untuk melakukan mobilisasi sederhana secara bertahap - Menganjurkan keluarga untuk selalu mendampingi pergerakan pasien	5	5	5	5	
5	5							
5	5							
3	Gangguan integritas kulit dan jaringan	26 April 2025 15.30 WIB	S: - O: - Luka oprasi terbalut perban - Keadaan luka kering - Penyatuan kulit dan jaringan luka membaik - Warna kemerahan kulit pada area Oprasi sudah membaik A: - Gangguan integritas kulit dan jaringan Teratasi sebagian P: - Intervensi dihentikan - Pasien rencana kontrol - Melakukan perawatan luka steril - Membersihkan area luka dengan cairan NaCl - Memasangkan supratul pada luka pasien - Melakukan pemasangan perban elastis	Eka				

			sesuai jenis luka dan tidak boleh terlalu longgar dan terlalu ketat - Menganjurka pasien untuk meningkatkan nutrir kalori dan protein - Menganjurkan kepada pasien untuk menjaga keadaan luka untuk selalu kering	
--	--	--	---	--

B. Pembahasan

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Tn.P dengan gangguan sistem muskulokeletal post operasi ORIF fraktur clavicula dextra di ruangan Flamboyan Rumah Sakit TK.IV Guntur Garut mulai pada tanggal 22 April sampai 26 April 2025. Penulis akan melakukan langkah-langkah proses asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi. Penulis akan membandingkan dari kajian teoritis dengan kasus di lapangan melalui tahap pengkajian, penegakan diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi. Berikut uraian hasil dari asuhan keperawatan yang di lakukan oleh penulis kepada Tn.P dimulai dari pengkajian sampai tahap evaluasi.

1. Pengkajian

Tahap ini merupakan tahap awal dari proses keperawatan dimana penulis melakukan suatu pendekatan terlebih dahulu kepada keluarga dan pasien secara keseluruhan yang meliputi bio psiko-sosial dan spiritual dengan memperkenalkan diri terlebih dahulu dan menjelaskan maksud dan tujuan dilakukannya asuhan keperawatan. Pasien Tn.P

dengan gangguan sistem muskulokeletal pos operasi ORIF fraktur clavicula dextra, maka penulis dapat mewawancarai dan mengobservasi pasien secara partisipatif. Pengumpulan data ini dilakukan dengan cara pengumpulan data secara objektif dari hasil observasi dan subjektif yang didapat dari pernyataan yang dikatakan oleh pasien dan keluarga serta data sekunder yang didapat dari status pasien selama pasien dirawat di rumah sakit.. Berdasarkan hasil pengkajian Tn.P dengan mengeluh nyeri setelah tindakan post operasi ORIF pada ekstremitas atas bagian clavicula dextra, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri bertambah saat digerakan dan berkurang pada saat di diamkan, nyeri dirasakan pada bagian luka post operasi dengan skala nyeri 7 (1-10) dan nyeri di rasakan secara hilang timbul. klien juga tampak meringis dan bersikap protektif, keluarga klien dan klien tidak mempunyai riwayat hipertensi, dan klien juga mengatakan tekanan darah klien biasanya normal, namun pada saat pengkajian ditemukan nilai tekanan darah klien yaitu 130/80 mmhg, hal ini biasa terjadi karena respon tubuh terhadap nyeri yang mengakibatkan naiknya tekanan darah pada tubuh.

Gejala yang sering ditemukan pada pasien post operasi fraktur adalah nyeri dan gangguan muskulokeletal. Hal ini sesuai dengan temuan (Utami, 2024). Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan yang aktual dan potensial. Nyeri bisa terjadi karena adanya rangsangan mekanika atau

kimia pada daerah kulit di ujung-ujung syaraf bebas disebut nosireseptor. Nyeri dirasakan pada pasien dengan post oprasi pada saat terjadi respons inflamasi, mediator inflamasi, seperti sitokin, bradikinin, dan prostaglandin, dilepaskan pada jaringan yang mengalami kerusakan, akibatnya nyeri nosiseptif dirasakan. Selain itu, respons inflamasi menyebabkan terjadinya perubahan plastisitas reversibel pada reseptor nosiseptor yang membuat ambang rangsang reseptor nosiseptor menurun. hal tersebut menyebabkan sensitivitas terhadap nyeri meningkat pada daerah yang mengalami kerusakan jaringan, sehingga rangsangan ringan saja dapat menimbulkan nyeri (Andri,2020)

Selain itu pada saat pengkajian pasien ditemukan perubahan bentuk/deformitas pada bahu kanan pasien, pasien juga mengeluh bahu kanan terasa sakit dan lemah saat di gerakan, pergerakan pada bagian persendian luka oprasi pasien kaku, rentan gerak ROM pasien menurun, kemudian penurunan kekuatan otot. Penurunan kekuatan otot menyebabkan gangguan mobilitas fisik. Hal ini sesuai dengan teori Sasongko *et all*, (2019). Mengajarkan mobilisasi secara bertahap, dengan mengukur kekuatan otot dan mengajarkan ROM. Dengan indikasi ROM Pasif dan ROM aktif, bertujuan untuk mempertahankan atau memelihara kekuatan otot, memelihara mobilisasi persendian, merangsang sirkulasi darah, mencegah kelainan bentuk tulang, mencegah kekakuan sendi, dan memperbaiki tonus otot.

Kemudian pada pemeriksaan fisik didapatkan luka post operasi ORIF fraktur clavicula dextra dengan terdapat luka insisi 10 cm, kemudian ditemukannya rembesan dan warna kulit di sekitar luka berwarna merah-kemerahan, dan kerapatan pada luka jahit rapat tidak ada yang putus, ketika terjadi fraktur tidak hanya tulang yang mengalami kerusakan, akan tetapi jaringan di sekitarnya juga akan terpengaruh, termasuk kulit, otot, persendian, saraf, dan pembuluh darah, biasanya pada area fraktur keadaan kulitnya berubah warna kemudian terdapat pembengkakan di daerah fraktur, hal ini merupakan reaksi radang karena jaringan

Pada tahap ini penulis tidak menemukan faktor penghambatan melainkan penulis mendapatkan bantuan, dukungan serta arahan dari pembimbing akademik, perawat ruangan, dan juga partisipasi aktif dari keluarga pasien, sehingga penulis dapat melaksanakan pengkajian kepada pasien.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon pasien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Respon yang muncul tidak selalu dengan rumusan masalah yang di tegakan oleh SDKI, hal ini karena setiap individu memiliki data

pengkajian yang berbeda, berikut adalah diagnosa yang mungkin muncul pada pasien post op ORIF fraktur clavicula dextra berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia dalam (SDKI,2018).

Adapun masalah keperawatan yang berdasarkan hasil pengkajian pasien post operasi ORIF adalah: Nyeri akut (D.0077) b.d agen pencedera fisik d.d DS: pasien mengeluh nyeri luka operasi, nyeri bertambah pada saat di gerakan, skala nyeri 7 dari (1-10) DO: Tampak meringis, bersikap protektif. tekanan darah meningkat 130/80 mmhg. Kemudian masalah Gangguan mobilitas fisik (D.0054) b.d gangguan muskulokeletal d.d DS: Pasien mengatakan pada bagian bahu kanan terasa lemah dan kaku, nyeri saat di gerakan DO: gerak (ROM) menurun, sendi kaku, kemudian kekuatan otot menurun.

Kemudian masalah Gangguan integritas kulit/jaringan b.d kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan atau melindungi integritas jaringan d.d DO: Terdapat luka invasif operasi, Luka operasi tertutup perban, Terdapat rembesan, kulit area operasi berwarna kemerahan. Diagnosa tersebut penulis prioritaskan karena sesuai dengan keluhan yang dirasakan pasien saat itu dan apabila masalah itu tidak segera ditangani maka akan menimbulkan ketidaknyamanan bagi pasien dan bisa mengganggu aktivitas pasien serta bisa menimbulkan masalah lain yang tidak diinginkan. Tindakan Pada kasus nyata diagnosa keperawatan yang penulis temukan pada pasien Tn.P antara lain:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan DS: Pasien mengeluh nyeri luka operasi, nyeri bertambah pada saat di gerakan, skala nyeri 7 dari (1-10). DO: Pasien tampak meringis, bersikap protektif, tekanan darah meningkat 130/80 mmhg
diagnosa ini diangkat sesuai dengan pathway dari fraktur fisiologis dan patologis, kemudian ruksaknya atau terputusnya jaringan tulang, yang menyebabkan fraktur hingga memerlukan proses pembedahan dan menimbulkan luka insisi, post operasi ORIF, kemudian syaraf di daerah fraktur terputus maka implus nyeri dikirim melalui serabut syaraf perifer sampai stimulus nyeri mencapai korteks serebral dan munculah respon pasien meringis dan mengeluh nyeri dan menimbulkan nyeri akut.
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskulokeletal ditandai dengan DS: Pasien mengatakan bahu kanan terasa lemah dan kaku, nyeri saat bergerak DO: gerak (ROM) menurun, sendi kaku, kemudian kekuatan otot menurun.
Ini terjadi dari fraktur fisiologis dan patologis, kemudian ruksaknya atau terputusnya jaringan tulang, yang menyebabkan fraktur hingga memerlukan proses pembedahan dan menimbulkan luka insisi, post operasi ORIF, menimbulkan deformitas dan gangguan fungsi yang menjadikan kemampuan tulang dan otot untuk bergerak menurun dan menimbulkan gangguan mobilitas fisik.

- c. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan integritas kulit dan jaringan. Ditandai dengan DO: Terdapat luka invasif operasi Luka operasi tertutup perban, terdapat rembesan, kulit area operasi berwarna kemerahan hal ini terjadi dari fraktur fisiologis dan patologis, kemudian ruksaknya atau terputusnya jaringan tulang, yang menyebabkan fraktur hingga memerlukan proses pembedahan dan menimbulkan luka insisi yang bisa menimbulkan masalah gangguan integritas pada kulit dan jaringan.

3. Intervensi Keperawatan

Pada tahap perencanaan penulis menyusun rencana tindakan keperawatan disesuaikan dengan permasalahan yang timbul. Penyusunan rencana tindakan keperawatan disesuaikan dengan kondisi dan situasi pasien. dalam tahap perencanaan ini penulis tidak mengalami hambatan sebab didukung oleh teori serta kerjasama perawat ruangan untuk melaksanakan tindakan keperawatan yang dibutuhkan pasien. untuk setiap perencanaan tindakan pada dasarnya sesuai dengan teori. Upaya mengatasi perencanaan nyeri akut penulis mengambil setandar intervensi keperawatan dengan manajemen nyeri. Kemudian untuk mengatasi gangguan mobilitas penulis mengambil setandar intervensi keperawatan indonesia yaitu dukungan mobilisasi. Dan untuk mengatasi masalah gangguan integritas kulit penulis mengambil setndar intervensi keperawatan

indonesia perawatan luka dan perawatan area insisi. rencana tindakan keperawatan semua ini penulis ambil dari (PPNI, 2018).

Intervensi yang dilakukan untuk nyeri akut seperti observasi tanda-tanda vital, identifikasi skala nyeri, ajarkan teknik distraksi relaksasi kolaborasi untuk pemberian analgetik. untuk diagnosa gangguan mobilitas fisik observasi Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor kondisi umum selama melakukan pergerakan. Terapeutik: Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Edukasi: Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, anjurkan melakukan mobilisasi dini. Bagi gangguan integritas kulit rencana tindakan yang dilakukan adalah Observasi: Monitor Karakteristik luka, monitor tanda tanda infeksi. Terapeutik: Lepaskan balutan dan plester secara perlahan, bersihkan dengan Cairan NaCl atau Pembersih Non toksik, bersihkan jaringan nekrotik, pasang balutan sesuai jenis luka, pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka. Edukasi: Jelaskan tanda dan gejala infeksi, anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein. Perawatan area insisi Observasi: Periksa lokasi insisi adanya kemerahan, atau pembengkakan, Identifikasi karakteristik Drainase, monitor penyembuhan area insisi, monitor tanda dan gejala infeksi. Terapeutik: Bersihkan area insisi dengan pembersih yang tepat, ganti balutan sesuai jadwal. Edukasi: Ajarkan cara merawat luka insisi

4. Implementasi Keperawatan

Pada tahap pelaksanaan atau implementasi secara keseluruhan dari tahap perencanaan telah dilaksanakan oleh penulis kepada pasien dengan sesuai perencanaan. Adapun kegiatan atau pelaksanaan yang dilakukan penulis selama 4 hari pada pasien untuk mengatasi nyeri, penulis memberikan tindakan kolaborasi dengan dokter pemberian analgetik DRIF ketrolac 30mg IV dan ranitidine 25mg IV pungsi ranitidine ini adalah sebagai penetral efek dari obat analgetik yang berefek ke gastrointestinal, pemberian analgetik ini bertujuan untuk mengatasi masalah nyeri pasien. Hal ini sesuai dengan temuan, (Carebra, *et all* 2020). Bahwa ketrolac sering jadi pilihan utama untuk menangani nyeri akut karena dapat bekerja dengan cepat dalam mengatasi nyeri yang di alami oleh pasien, efek samping obat ini yaitu gangguan gastrointestinal, kardiovaskuler dan ginjal. Kemudian penulis melakukan tindakan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri. Sesuai dengan temuan (Sehono,2019). Yang telah menunjukkan bahwa relaksasi nafas dalam sangat efektif dalam menurunkan nyeri pasca operasi. Kemudian penulis memberikan tindakan ROM pasif dan ROM aktif, tindakan latihan ROM ini bertujuan untuk mempertahankan atau memelihara kekuatan otot, memelihara mobilisasi persendian merangsang sirkulasi darah, mencegah kelainan bentuk tulang, mencegah kekakuan sendi, dan memperbaiki tonus otot. Hal ini

sesuai dengan temuan (Rudi,2019). Mengajarkan mobilisasi secara bertahap, dengan mengukur kekuatan otot dan mengajarkan ROM. Dengan indikasi ROM pasif dan ROM aktif, bertujuan untuk mempertahankan atau memelihara kekuatan otot, memelihara mobilisasi persendian, merangsang sirkulasi darah, mencegah kelainan bentuk tulang, mencegah kekakuan sendi, dan memperbaiki tonus otot. Kemudian implementasi untuk mengatasi gangguan integritas kulit penulis melakukan tindakan perawatan luka, perawatan luka bertujuan untuk mempercepat penyembuhan luka penyatuan jaringan dan untuk mencegah luka menjadi lebih buruk dan menjadi luka kronis, infeksi dan kondisi berbahaya lainnya sesuai dengan temuan (Saintika, 2022)

5. Tahap Evaluasi Keperawatan

Merupakan akhir dari proses keperawatan setelah intervensi dan implementasi. Setelah dilakukan keperawatan selama 4 hari di rumah sakit, penulis mengevaluasi pasien dan di dapatkan hasil. Hasil evaluasi pada nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik yang di dapatkan setelah perawatan selama 4 hari pada data DS: Pasien mengatakan nyeri luka operasi sudah membaik DO: Sekala nyeri 4 dari (1-10), Pasien tidak meringis, pasien tidak gelisah, bersikap protektif menurun yang berarti nyeri pasien sudah berkurang, masalah teratasi sesuai dengan kriteria hasil yang ada.

Evaluasi pada gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan muskulokeletal hasil DS: Pasien mengatakan bahu kanan pasien sudah bisa digerakan secara perlahan DO: Kekuatan otot meningkat teratasi sebagian, Rentan gerak (ROM) meningkat teratasi sebagian, kekakuan teratasi sebagian, masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian sesuai dengan kriteria hasil.

Evaluasi pada gangguan integritas kulit dan jaringan hasil DO: Penyatuan kulit luka meningkat teratasi sebagian, penyatuan tepi luka teratasi sebagian, warna kemerah-merahan teratasi. Masalah gangguan integritas kulit dan jaringan teratasi sesuai sebagian sesuai dengan kriteria hasil.

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan Asuhan Keperawatan Pada Tn.P Dengan Gangguan Sistem Muskulokeletal: Post ORIF Atas Indikasi *Closed* Fraktur Clavicula Dextra *Post Operative Day 1* Di Ruangan Flamboyan Rumah Sakit TK.IV Guntur Garut, yang di mulai tanggal 22 April sampai 28 April 2025, dengan menggunakan 5 tahapan proses keperawatan yang terdiri dari: Pengkajian, penegakan diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi, dengan mencakup berbagai aspek yang meliputi aspek bio, psiko, sosial dan spritual yang selanjutnya di dokumentasikan dalam bentuk karya tulis ilmiah. maka penulis dapat mengambil beberapa kesimpulan sebagai berikut:

Penulis mampu melakukan pengkajian secara komprehensif dan data-data yang ditemukan pada saat pengkajian adalah pasien sudah dilakukan oprasi pemasangan pen pada bagian bahu/tulang selangka kanan, pasien mengeluh nyeri, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyerinya meningkat pada saat di gerakan dan menurun pada saat di diamkan, nyeri hanya dirasakan pada bagian luka oprasi dengan skala nyerinya 7 dari (1-10) dan rasa nyerinya dirasakan hilang timbul. Selain itu pada tanda-tanda vital pasien terdapat peningkatan tekanan darah meningkat 130/80 mmhg. Pada pemeriksaan fisik ditemukan luka post oprasi ORIF Clavicula dextra, dengan panjang 10 cm, pada POD 1 sampai

POD 3 terdapat rembesan balutan, dan terjadi penurunan rentan gerak ROM dan penurunan kekuatan otot.

Terdapat 3 diagnosa keperawatan yang sesuai prioritas respon dan keadaan pasien, diantaranya:

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan teraktivitasnya pusat nyeri di talamus akibat terputusnya kontinuitas jaringan ditandai dengan pasien mengeluh nyeri dengan skala 7 dari (1-10).
- b. Gangguan Mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot akibat terputusnya kontinuitas jaringan ditandai dengan pasien mengeluh kaku dalam menggerakkan ekstremitas atas pada tulang selangka bagian kanannya.
- c. Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan ditandai dengan terdapat luka insisi post operasi ORIF pada bagian tulang selangka kanan pasien.

Kemudian penulis mampu membuat perencanaan tindakan keperawatan pada Tn.P dengan meliputi prioritas masalah, adapun intervensi utama yang penulis susun untuk mengatasi diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan teraktivitasnya pusat nyeri di talamus akibat terputusnya kontinuitas jaringan, yaitu dengan mengobservasi tanda- tanda vital, mengidentifikasi skala nyeri, memberikan teknik non farmakologis teknik nafas dalam.

Gangguan Mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot akibat terputusnya kontinuitas jaringan yaitu mengukur

kekuatan otot, menjelaskan tujuan prosedur mobilisasi dini pada pasien dan keluarga, melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, menganjurkan melakukan mobilisasi dini, mengajarkan mobilisasi dini ROM pasif dan aktif yang harus dilakukan.

Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan monitor karakteristik luka Drain warna ukuran dan bau, monitor tanda tanda infeksi rubor, dolor, calor, tumor, melakukan perawatan lukasteril, memberikan supratul, mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan, menjelaskan tanda dan gejala infeksi, mengajarkan cara perawatan luka dan menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein, berikan antibiotik cefotaxime 1gr iv 2x1/hari.

Kemudian penulis dapat melakukan evaluasi dari setiap tindakan, terdapat 3 masalah keperawatan, yaitu terdapat 1 masalah keperawatan yang teratasi sepenuhnya dan 2 masalah keperawatan yang teratasi sebagian yaitu:

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan teraktivitasnya pusat nyeri di talamus akibat terputusnya kontinuitas jaringan dapat teratasi pada hari ke tiga
- b. Gangguan Mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot akibat terputusnya kontinuitas jaringan teratasi sebagian pada hari ke tiga

- c. Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan teratasi sebagian pada hari ke tiga

B. Saran

Setelah penulis memberikan asuhan keperawatan pada Tn.P secara sistematis dan komprehensif penulis akan mengemukakan beberapa saran yang tentunya bersifat membangun ke arah perbaikan bagi pihak-pihak yang terkait. Saran-saran tersebut diantaranya ditujukan kepada:

1. Untuk Pasien dan Keluarga

Diharapkan pasien dan keluarga mengetahui dan bisa melakukan tata cara penyembuhan masalah yang di alami oleh pasien

2. Bagi Rumah Sakit

Bagi perawat semoga dapat lebih meningkatkan pelayanan yang optimal terutama dalam standar oprasional prosedur, kemudian diharapkan rumah sakit lebih meningkatkan melengkapi peralatan-peralatan yang terbaru untuk perawatan.

3. Untuk Institusi Pendidikan

Institusi Pendidikan diharapkan dapat meningkatkan program pembelajaran dan bimbingan bagi seluruh mahasiswa. Terutama dalam pembelajaran laboratorium. Selain itu institusi diharapkan dapat meningkatkan sarana dan prasarana pada perpustakaan yang sudah berjalan dengan baik. Khususnya pada buku ajar keperawatan medical bedah II yang masih menggunakan edisi yang lama.

DAFTAR PUSTAKA

- Alifah. (2020). *11 Terapi ROM Aktif dalam meningkatkan Mobilisasi Fisik Fraktur*. 2018, 1–7.
- Apriliani. (2022). Asuhan Keperawatan Pada Ny. R Dengan Multiple Fraktur di Ruang Cendana 1 RSUP DR. Sardjoto Yogyakarta. *Jurnal Poltekkes Kemenkes Yogyakarta*, 1(12), 1–101.
- Andri. (2020). Nyeri pada Pasien Post Op Fraktur dengan Pelaksanaan Mobilisasi dan Ambulasi Dini. This Work Is Licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License., sue Vol. 2 No. 1 (2020): Journal of Telenursing (JOTING).
<https://doi.org/10.31539/joting.v2i1.1129>
- Apley, A. G., And Solomon, L. (2017). *system of orthopaedics and trauma: princples of fractures. 10th edn. Florida: CRS Press*. (Vol. 16, Issue 2).
- Asikin. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah Sistem Muskuloskeletal*. Jakarta: Erlangga.
- Cahyati, Y. (2023). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Jilid II*. Jakarta: Maha Karya Citra Utama.
- Hidayah, Nur (2019). *Proses Keperawatan Pendekatan Teori Dan Praktik*. Gowa: Yayasan Pemberdayaan Masyarakat Indonesia Cerdas.
- Hosseinzadeh, S. (2023). Clavicle Fractures. *National Library of Medicine*, 11-17.
- Khairunnisa. (2023). Penerapan Tindakan Relaksasi Nafas Dalam Untuk Mengurangi Nyeri Pada Pasien Tn.T Dengan Fraktur Clavicula Post Orif Di Ruang Paviliun Eri Soedewo Lantai V Rspad Gatot Soebroto. *Yayasan Wahana Bhakti Karya Husada*, 19(5), 1–23.
- Leniwita, H.,& Anggraini, Y., (2019). *Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta: Untiversitas Keristen Indonesia, 1-182.

- Limbong, M. (2024). implementasi terapi musik terhadap nyeri pada pasien dengan gangguan sistem muskuloskeletal pasca operasi fraktur. *Jurnal Kesehatan Surya Nusantara*.
- Laily (2016), Modul Dokumentasi Keperawatan. Kementrian Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia.
- Mahmudah. (2022). SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia). *Rumah Sakit Daerah Provinsi Kepulauan Bangka Belitung*, 50-62
- Mardiana. (2024). Penerapan Kompres Dingin Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman Nyaman Nyeri Pada Pasien Post ORIF Fraktur Clavicula. RSUP DR.Soeradji Tirtonegoro Klaten
- Medical Record* Rumah Sakit Guntur Garut. (2025), Laporan tahunan rekam medis fraktur di Rumah Sakit TK.IV Guntur Garut.
- Muttaqin (2015). Osteoporosis dan penyakit Generatif Lainnya. Bogor.Generasi Medis
- Padilah, (2019). Nyeri & Penanganan pada Pasien Fraktur. Bandung: Ilmu Medika
- Pelawi,A., & Purba, J. S. (2019). Teknik Pemeriksaan Fraktur Wrist Join Dengan Fraktur Sepertiga Medial Tertutup Intlasi Radiologi Rumah Sakit Efarina Etaham Berastagi Kabupaten Koro. Morenal Unefa: Jurnal Radiologi, 7(1). 22-27. Retrived from
- Rahma Amelia, Ahmad Zakiudin, & Tati Karyawati. (2024). Asuhan Keperawatan pada An. E dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal :Post Operasi Open Reduction Internal Fixation Fraktur Klavikula Dextra di Ruang Mawar 2 RSUD Dr. Soeselo Kabupaten Tegal. *Jurnal Mahasiswa Ilmu Kesehatan*, 2(4), 124–134. <https://doi.org/10.59841/jumkes.v2i4.1826>
- Rudi. (2017). Revista Española de Cirugía Ortopédica dan Traumatologia. <https://doi.org/DOI: 10.1016/j.recot.2022.10.010>
- Sasongko *et all* (2020). Latihan Range of Motion terhadap Intensitas Nyeri pada Pasien Post Operasi Fraktur di RSUD Dr. Pirngadi Medan. Jurnal Riset Hesti Medan Akper Kesdam I/BB Medan, 7(2): 105-111.

- Jurnal Harian Regional, Volume 11,.
<https://doi.org/https://doi.org/10.34008/jurhesti.v7i2.273>.
- Sugion et al., (2022). (2020). Jurnal Penelitian Perawat Profesional Pencegahan.
British Medical Journal, 2(5474), 1333–1336.
- Samosir, E. (2020). Konsep Pengkajian Sebagai Elemen Kunci Asuhan Keperawatan Berkualitas. <https://doi.org/10.31219/osf.io/c4u5f>
- Sehono, EnDrayani. (2020). *Pengaruh Teknik Relaksasi Guided Imagery Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien Pasca Operasi Fraktur Di RSUD DR. Moewardi*. [Http://std.epints.ums.ad.id/10412/](http://std.epints.ums.ad.id/10412/)
- Tarwoto & wartonah (2020). Pengantar Konsep Asuhan Keperawatan. Jakarta: Pustaka Keperawatan.
- Tribrata News Polda Jabar. (2024). Data Kecelakaan Lalu Lintas Polda Jawa Barat
<https://tribratanews.jabar.polri.go.id>
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2018). *Setandar Diagnosa Keperawatan Indonesia*. Edisi I, Cetak II: Jakarta
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2018). *Setandar Luaran Keperawatan Indonesia*. Edisi I, Cetak II: Jakarta
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018). *Setandar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Edisi I, Cetak II: Jakarta
- Utami. (2024). Penatalaksanaan Farmakologis Nyeri Akut sedang hingga berat pasca operasi muskuloskeletal 13(6), 1351–1376.
<https://doi.org/10.1007/s40122-024-00645-y>
- Wilujeng, I., Prajayanti, E. D., & Widodo, P. (2023). Penerapan Exercise Range Of Motion (ROM) Terhadap Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Fraktur Ektermas Di Rsud Pandan Arang Boyolali Di Ruang Binahong. *Termometer: Jurnal Ilmiah Ilmu Kesehatan Dan Kedokteran*, 1(4), 121–130. <https://doi.org/10.55606/termometer.v1i4.2411>
- Zuriati, M. &. (2020). *Buku ajar Asuhan keperawatan medikal bedah pada sistem muskuloskeletal*.

Zefrianto, D., Sari, S. A., & Inayati, A. (2024). Penerapan Relaksasi Benson terhadap Skala Nyeri Pasien Post Operasi Fraktur di Ruang Bedah Khusus RSUD Jend. Ahmad Yani Kota Metro Tahun 2023. *Jurnal Cendikia Muda*, 4(2), 218–219.
<https://jurnal.akperdharmawacana.ac.id/index.php/JWC/article/download/583/388>

TEKNIK RELAKSASI TARIK NAFAS DALAM

A. Latar Belakang

Nyeri adalah sensasi tidak menyenangkan yang bersifat subjektif dan dapat memengaruhi kualitas hidup pasien, terutama pada periode post-operative. Setelah operasi, nyeri menjadi salah satu keluhan utama yang sering dialami pasien. Pengelolaan nyeri yang efektif sangat penting untuk mempercepat pemulihan, mengurangi komplikasi, dan meningkatkan kenyamanan pasien.

Berbagai pendekatan dapat digunakan untuk mengatasi nyeri, mulai dari farmakologis hingga non-farmakologis. Salah satu metode non-farmakologis yang efektif dan mudah diterapkan adalah teknik napas dalam. Teknik napas dalam bekerja dengan mengaktifkan sistem saraf parasimpatis, yang membantu tubuh menjadi lebih rileks. Ketika pasien rileks, ambang batas nyeri dapat meningkat, dan persepsi nyeri dapat berkurang. Selain itu, napas dalam yang teratur dapat meningkatkan suplai oksigen ke jaringan, melancarkan peredaran darah, dan membantu mengurangi ketegangan otot yang sering menyertai kondisi nyeri.

Teknik ini juga memberikan efek distraksi kognitif, mengalihkan perhatian pasien dari fokus pada nyeri. Karena sifatnya yang non-invasif, tanpa efek samping, dan dapat diajarkan secara mandiri kepada pasien, teknik napas dalam sangat direkomendasikan sebagai intervensi awal atau tambahan dalam manajemen nyeri pada pasien post-op.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum:

Setelah mengikuti penyuluhan, pasien mampu memahami dan mempraktikkan teknik tarik napas dalam sebagai cara non-farmakologis untuk mengurangi nyeri pasca operasi.

2. Tujuan Khusus:

Setelah sesi edukasi, di harapkan pasien dapat:

- a. Menyebutkan pengertian teknik tarik napas dalam.
- b. Menjelaskan manfaat teknik tarik napas dalam pasca operasi.
- c. Menunjukkan langkah-langkah melakukan teknik tarik napas dalam dengan benar.
- d. Melakukan teknik dengan mandiri minimal 3 kali sehari.

C. Sub Pokok Bahasan

1. Pengertian tarik napas dalam
2. Manfaat tarik napas dalam
3. Tahap-tahap tarik napas dalam.

Topik:

Teknik Deep Breathing Exercise (Tarik Napas Dalam) untuk
Mengatasi Nyeri Pasca Operasi

D. Pelaksanaan

1. Sasaran:

Pasien post operasi di ruang rawat inap

2. Metode Penyuluhan:

- a. Ceramah
- b. Demonstrasi
- c. Tanya jawab
- d. Latihan langsung

3. Media

- a. Leaflet

4. Tempat

- a. Ruang Perawatan

5. Waktu

- a. 15–20 menit

E. Kegiatan Penyuluhan

Waktu	Kegiatan	Penjelasan
5 Menit	Pembukaan	Menyapa pasien, menjelaskan tujuan penyuluhan
10 Menit	Penyampaian Materi	Menjelaskan dan demonstrasi teknik tarik napas dalam
5 Menit	Latihan dan Evaluasi	Pasien melakukan praktik tarik napas dalam, tanya jawab, evaluasi pemahaman

F. Evaluasi

Formatif: Tanya jawab setelah edukasi

Sumatif: Pasien mampu mempraktikkan dengan benar

CARA MELAKUKAN NYA

- ★ Duduk tegak atau setengah duduk
Letakan Tangan di perut
- ★ Tarik napas secara perlahan lewat
hidung selama 3-4 detik
- ★ Rasakan perut mengembang
- ★ Tahan napas selama 2 - 3 detik
- ★ Hembuskan perlahan lewat mulut
selama 4-5 detik

Ulangi 3 - 5 kali setiap sesi-nya



APA ITU TARIK NAPAS DALAM?

Yaitu Latihan pernapasan yang dilakukan secara perlahan dan dalam, untuk membantu tubuh menjadi relaks dan dapat mengurangi rasa nyeri

MANFAATNYA :

- ✓ Mengurangi Nyeri
- ✓ Membuat tubuh menjadi relaks
- ✓ Meningkatkan Oksigen dalam Tubuh
- ✓ Mencegah Komplikasi Paru Paru

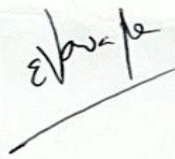
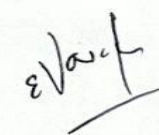
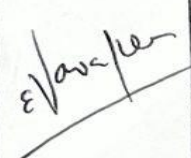


TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM

UNTUK MENGURANGI NYERI SETELAH OPRASI

LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Eka Rahma Aulia
 Nim : KHGA22090
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn.P Dengan Gangguan
 Sistem Muskuloskeletal *Post ORIF Atas Indikasi*
Closed Fraktur Clavicula Dextra Post Operative Day 1
 Di Ruangan Flamboyan Rumah Sakit TK. IV Guntur Garut
 Pembimbing : Eldesa Vava Rilla M.Kep

No	Hari/ Tanggal	Materi yang diajukan	Catatan pembimbing	Paraf Pembimbing	Paraf Mahasiswa
1	2/ Juni		Diskusi KTI		
2	3/ Juni	Bob I	- Posisi - Penulisan - Pengukuran - Dampak - Mekanisme		
3	4/ Juni	Bob I	- Posisi - Sub - Bob II		

	11 Juni / 2016	Bab II	- Peny. - Bab II - Supl. Bab III	E/Nov/pe
	18 / Juni - 2016	Bab III	- Peny. Bab III - Supl. Bab IV	E/Nov/pe
	23 / Juni 2016	Bab III/IV	Peny.	E/Nov/pe
	26 / Juni - 2016	Bab I, II, III, IV Draf khsng.	Acc sidang. KTI - PAT.	E/Nov/pe