

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Fraktur

1. Pengertian fraktur

Fraktur merupakan suatu patahan pada kontinuitas struktur jaringan tulang atau tulang rawan yang umumnya disebabkan trauma, baik trauma langsung ataupun tidak langsung. Akibat dari suatu trauma pada tulang dapat bervariasi tergantung pada jenis, kekuatan dan arahnya trauma. Patahan tadi mungkin tidak lebih dari suatu retakan, suatu pengisutan atau perimpilan korteks, biasanya patahan itu lengkap dan fragmen tulang bergeser. Kalau kulit atasnya masih utuh, keadaan ini disebut fraktur tertutup (fraktur sederhana), kalau kulit atau salah satu dari rongga tulang tertembus keadaan ini disebut fraktur terbuka (fraktur Compound) yang cenderung mengalami kontaminasi dan infeksi. (Manurung, Nixson 2018).

Fraktur adalah gangguan komplek atau tidak komplek pada struktur tulang dan didefinisikan sesuai dengan jenis dan keluasannya. Fraktur terjadi ketika tulang menjadi subjek tekanan yang lebih besar dari yang dapat diserapnya (Smeltzer, 2016). Fraktur adalah terputusnya kontinuitas jaringan tulang yang umumnya disebabkan oleh rudapaksa atau tekanan eksternal yang datang lebih besar dari yang diserap oleh tulang. (Nugraha, dkk 2016). Fraktur *phalank* merupakan terputusnya hubungan tulang jari-jari yang diakibatkan trauma langsung maupun tidak langsung (Helmi 2013 dalam Aprilia 2014)

2. Penyebab

Menurut Nixson Manurung (2018) penyebab dari fraktur yaitu :

a. Kekerasan langsung

Kekerasan langsung menyebabkan patah tulang pada titik terjadinya kekerasan. Fraktur demikian sering bersifat fraktur terbuka dengan garis patah melintang atau miring.

b. Kekerasan tidak langsung

Kekerasan tidak langsung menyebabkan patah tulang ditempat yang jauh dari tempat terjadinya kekerasan. Fraktur yang patah biasanya adalah bagian yang paling lemah dalam jalur hantaran vektor kekerasan. Adapun menurut Nugraha, dkk (2016) etiologi dari fraktur adalah sebagai berikut :

- 1) Traumatik : cedera langsung, cedera tidak langsung, dan tarikan otot.
- 2) Patologis : tumor tulang (jinak atau ganas)

3. Tipe Fraktur

Menurut Smeltzer (2016) Tipe dari fraktur yaitu :

- a. Fraktur Komplet : patah di seluruh penampang lintang tulang, yang sering kali tergeser.
- b. Fraktur Inkomplet : patah terjadi hanya pada sebagian dari penampang lintang tulang.
- c. Fraktur remuk (*comminuted*) : patah dengan beberapa Fragmen tulang.
- d. Fraktur tertutup : patah yang tidak menyebabkan robekan di kulit.
- e. Fraktur terbuka : patah dengan luka pada kulit atau membran mukosa meluas ke tulang yang fraktur. fraktur terbuka diberi peringkat sebagai berikut :
 - 1) Derajat I : luka bersih sepanjang kurang dari 1 cm.
 - 2) Derajat II : luka lebih luas tanpa kerusakan jaringan lunak yang luas.
 - 3) Derajat III : luka sangat terkontaminasi dan menyebabkan jaringan lunak yang luas (tipe paling berat).
- f. Fraktur dapat juga dideskripsikan menurut penempatan fragmen secara anatomik, terutama jika fraktur tergeser atau tidak tergeser.
- g. Fraktur intra-artikular meluas kepermukaan sendi tulang.

4. Tanda dan gejala

Menurut Nugraha,dkk (2016) tanda dan gejala dari fraktur yaitu :

- a. Deformitas, yaitu fragmen tulang berpindah dari tempatnya.
- b. Bengkak, yaitu edema muncul secara cepat dari lokasi dan ekstrasvasasi darah terjadi dalam jaringan yang berdekatan dengan fraktur.
- c. Ekimosis.
- d. Spasme otot, yaitu spasme involunter dekat fraktur.
- e. Nyeri tekan.
- f. Nyeri.
- g. Kehilangan sensasi (mati rasa, mungkin terjadi akibat kerusakan saraf/perdarahan).
- h. Pergerakan abnormal.
- i. Hilangnya darah.
- j. Krepitasi.

5. Patofisiologis

Fraktur adalah gangguan pada tulang yang disebabkan oleh trauma, stres, gangguan fisik, gangguan metabolik, dan proses patologis. Kerusakan pembuluh darah pada fraktur mengakibatkan perdarahan sehingga volume darah menurun dan terjadi perubahan perfusi jaringan. Hematoma yang terjadi mengeksudasi plasma dan berpoliferasi menjadi edema lokal sehingga terjadi penumpukan di dalam tubuh. Fraktur terbuka atau tertutup mengenai serabut saraf yang menimbulkan gangguan rasa nyaman nyeri. Setelah terjadi fraktur, periosteum dan pembuluh darah serta saraf dalam korteks, sumsum, dan jaringan lunak yang membungkus tulang rusak. Perdarahan terjadi karena kerusakan tersebut dan terbentuk hematoma di rongga medula tulang. Jaringan tulang segera berdekatan ke bagian tulang yang patah. Jaringan yang mengalami nekrosis ini menstimulasi terjadinya respons inflamasi yang ditandai dengan vasodilatasi, eksudasi plasma dan leukosit, dan infiltrasi sel darah putih. Kejadian ini merupakan dasar dari proses penyembuhan tulang nantinya. (Nugraha,dkk. 2016).

6. Penatalaksanaan

Menurut Bararah & Jauhar (2013) penatalaksanaan fraktur meliputi:

- a. Reduksi untuk memperbaiki kesegaran tulang (menarik).
- b. Immobilisasi untuk mempertahankan posisi reduksi, memfasilitasi union seperti :
 - 1) Eksternal : gips, traksi
 - 2) Internal : nail, plate
- c. Rehabilitasi, mengembalikan ke fungsi semula.

Menurut Smeltzer (2016) penatalaksanaan keperawatan fraktur yaitu :

- a. Penatalaksanaan fraktur tertutup
 - 1) Informasikan pasien mengenai metode pengontrolan edema dan nyeri yang tepat (misalkan, meninggikan ekstremitas setinggi jantung, menggunakan analgesik sesuai resep)
 - 2) Ajarkan latihan untuk mempertahankan kesehatan otot yang tidak terganggu dan memperkuat otot yang diperlukan untuk berpindah tempat dan untuk menggunakan alat bantu.
 - 3) Ajarkan pasien tentang cara menggunakan alat bantu dengan aman.
 - 4) Bantu pasien memodifikasi lingkungan rumah mereka sesuai kebutuhan dan mencari bantuan personal jika diperlukan.
 - 5) Berikan pendidikan kesehatan kepada pasien mengenai perawatan diri, informasi medikasi, pemantauan kemungkinan komplikasi, dan perlunya supervisi layanan kesehatan yang berkelanjutan.
- b. Penatalaksanaan fraktur terbuka
 - 1) Sasaran penatalaksanaan adalah untuk mencegah infeksi luka, jaringan lunak, dan tulang serta untuk meningkatkan pemulihan tulang dan jaringan lunak. Pada kasus fraktur terbuka, terdapat risiko osteomyelitis, tetanus, dan gangren.
 - 2) Kolaborasi pemberian antibiotik dengan segera saat pasien tiba di rumah sakit bersama dengan tetanus toksoid jika diperlukan.
 - 3) Lakukan irigasi luka dan debridemen.
 - 4) Tinggikan ekstremitas untuk meminimalkan edema.
 - 5) Kaji status neurovaskular dengan sering.

- 6) Ukur suhu tubuh pasien dalam interval teratur, dan pantau tanda – tanda vital.

7. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan radiologi bertujuan untuk menentukan keparahan kerusakan tulang dan jaringan lunak yang berhubungan dengan derajat energi dari trauma itu sendiri. Bayangan udara di jaringan lunak merupakan petunjuk dalam melakukan pembersihan luka atau irigasi dalam melakukan debridement. Bila bayangan udara tersebut tidak berhubungan dengan daerah fraktur maka dapat ditentukan bahwa fraktur tersebut adalah fraktur tertutup (Manurung Nixson, 2018).

Menurut Bararah & Jauhar (2013) pemeriksaan diagnostik yang sering dilakukan pada fraktur adalah :

- a. X-ray : menentukan lokasi/luasnya fraktur.
- b. Scan tulang : mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak pada tulang.
- c. Arteriogram : memastikan ada tidaknya kerusakan vaskuler.
- d. Hitung darah lengkap : hemokonsentrasi mungkin meningkat, menurun pada perdarahan, peningkatan leukosit sebagai respon terhadap peradangan.
- e. Kreatinin : trauma otot meningkatkan beban kreatinin untuk klirens ginjal.
- f. Profilkoagulasi : perubahan dapat terjadi pada kehilangan darah, transfusi atau cidera.

8. Komplikasi

Menurut Nugraha, dkk (2016) komplikasi yang dapat timbul dari fraktur ialah :

- a. Komplikasi awal, yaitu kerusakan arteri, sindrom kompartemen, fat embolism syndrome, infeksi, syok, dan nekrosis avaskular.
 - 1) Kerusakan arteri : pecahnya arteri karena trauma bisa ditandai dengan tidak adanya nadi, CRT menurun, sianosis bagian distal, hematoma melebar, dan dingin pada ekstermitas akibat tindakan

darurat splinting, perubahan posisi pada yang sakit, tindakan reduksi, dan pembedahan.

- 2) Sindrom kompartemen : merupakan komplikasi serius yang terjadi karena terjebaknya otot, tulang, saraf, dan pembuluh darah dalam jaringan parut. Ini disebabkan oleh edema atau perdarahan yang menekan otot, saraf, dan pembuluh darah. Selain itu karena tekanan dari luar seperti gips yang terlalu kuat
 - 3) Fat embolism syndrome : adalah komplikasi serius yang sering terjadi pada kasus fraktur tulang panjang. FES terjadi karena sel-sel lemak yang dihasilkan sumsum tulang masuk ke aliran darah dan menyebabkan tingkat oksigen dalam darah kondisi yang ditandai dengan gangguan pernapasan, takikardia, hipertensi, takipnea, dan demam.
 - 4) Infeksi : trauma pada jaringan dapat menurunkan sistem pertahanan tubuh. Pada trauma ortopedik, infeksi dimulai pada kulit dan masuk kedalam tubuh bisa juga karena penggunaan bahan asing dalam pembedahan seperti pin dan plat .
 - 5) Syok : terjadi karena kehilangan banyak darah dan meningkatnya permeabilitas kapiler yang bisa menyebabkan menurunnya oksigenasi.
- b. Komplikasi dalam waktu lama.
- 1) Delayed union (kegagalan fraktur berkonsolidasi sesuai dengan waktu yang dibutuhkan untuk menyambung).
 - 2) Nonunion (kegagalan fraktur berkonsolidasi dan memproduksi sambungan yang lengkap, kuat, dan stabil setelah 6-9 bulan).
 - 3) Malunion (penyembuhan tulang yang ditandai dengan peningkatan kekuatan dan perubahan bentuk (deformitas). Malunion diperbaiki dengan pembedahan dan reimobilisasi yang baik.

B. Konsep *Open Reduction Internal Fixation* (ORIF)

1. Definisi ORIF

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

2. Tindakan pembedahan ORIF

Tindakan pembedahan pada ORIF dibagi menjadi 2 jenis metode yaitu meliputi :

a. Reduksi terbuka

Insisi dilakukan pada tempat yang mengalami cedera dan diteruskan sepanjang bidang anatomi menuju tempat yang mengalami fraktur. Fraktur diperiksa dan diteliti. Fragmen yang telah mati dilakukan irigasi dari luka. Fraktur direposisi agar mendapatkan posisi yang normal kembali. Sesudah reduksi fragmen-fragmen tulang dipertahankan dengan alat ortopedik berupa: pin, skrup, plate, dan paku (Wim de Jong,m, 2000).

1) Keuntungan

Reduksi akurat, stabilitas reduksi tertinggi, pemeriksaan struktur neurovaskuler, berkurangnya kebutuhan alat imobilisasi eksternal, penyatuan sendi yang berdekatan dengan tulang yang patah menjadi lebih cepat, rawat inap lebih singkat, dapat lebih cepat kembali ke pola ke kehidupan normal (Barbara, 1996)

2) Kerugian

Kemungkinan terjadi infeksi dan osteomielitis tinggi (Barbara, 1996).

b. Fiksasi internal

Metode alternatif manajemen fraktur dengan fiksasi internal, biasanya pada ekstremitas dan tidak untuk fraktur lama post eksternal fiksasi, dianjurkan penggunaan gips. Setelah reduksi, dilakukan insisi perkutan untuk implantasi pen ke tulang. Lubang kecil dibuat dari pen metal melewati tulang dan dikuatkan penna. Perawatan 1-2 kali sehari secara khusus, antara lain : bservasi letak pen dan area, observasi kemerahan, basah dan rembes, observasi status neurovaskuler. Fiksasi internal dilaksanakan dalam teknik aseptis yang sangat ketat dan pasien untuk beberapa saat mendapatkan antibiotik untuk pencegahan setelah pembedahan (Barbara, 1996).

C. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Definisi Asuhan Keperawatan Perioperatif

Keperawatan perioperatif adalah merupakan istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien. Istilah perioperatif adalah suatu istilah gabungan yang mencakup tiga tahap dalam suatu proses pembedahan yaitu tahap pra operasi, tahap intra operasi dan pasca operasi. Masing-masing tahap mencakup aktivitas atau intervensi keperawatan dan dukungan dari tim kesehatan lain sebagai satu tim dalam pelayanan pembedahan (Majid, 2011).

Keperawatan perioperatif adalah suatu proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan di kamar bedah yang langsung diberikan pada pasien dengan menggunakan metodologi proses keperawatan. Keperawatan periopertif berpedoman pada standar keperawatan dilandasi oleh etika keperawatan dalam lingkup tanggung jawab keperawatan. Perawat yang bekerja di kamar operasi harus memiliki kompetensi dalam memberikan asuhan keperawatan perioperatif (HIPKABI, 2012)

2. Tahap –Tahap Keperawatan Perioperatif

Ada beberapa tahapan dalam keperawatan perioperatif dan keberhasilan dari suatu pembedahan tergantung dari setiap tahapan tersebut. Masing-masing tahapan dimulai pada waktu tertentu dan berakhir pada waktu tertentu pula. Adapun tahap-tahap keperawatan perioperatif adalah (Hamlin, 2009) :

a. Tahap pra operasi.

Tahap ini merupakan tahap awal dari keperawatan perioperatif. Kesuksesan tindakan pembedahan secara keseluruhan sangat tergantung pada tahap ini, kesalahan yang dilakukan pada tahap ini akan berakibat fatal pada tahap berikutnya. Bagi perawat perioperatif tahap ini dimulai pada saat pasien diserahkan dikamar operasi dan berakhir pada saat pasien dipindahkan ke meja operasi.

b. Tahap intra operasi.

Tahap ini dimulai setelah pasien dipindahkan ke meja operasi dan berakhir ketika pasien dipindahkan ke ruang pemulihan. Aktivitas di ruang operasi difokuskan untuk perbaikan, koreksi atau menghilangkan masalah-masalah fisik yang mengganggu pasien tanpa mengenyampingkan psikologis pasien. Diperlukan kerjasama yang sinergis antar anggota tim operasi yang disesuaikan dengan peran dan tanggung jawab masing-masing.

c. Tahap pasca operasi.

Keperawatan pasca operasi adalah tahap akhir dari keperawatan perioperatif. Selama tahap ini proses keperawatan diarahkan pada upaya untuk menstabilkan kondisi pasien. Bagi perawat perioperatif perawatan pasca operasi di mulai sejak pasien dipindahkan ke ruang pemulihan sampai diserahkan kembali kepada perawat ruang rawat inap atau ruang intensif.

3. Peran Perawat Perioperatif.

Perawat perioperatif sebagai anggota tim operasi, mempunyai peran dari dari tahap pra operasi sampai pasca operasi. Secara garis besar maka peran perawat perioperatif adalah :

a. Perawat administratif.

Perawat administratif berperan dalam pengaturan manajemen penunjang pelaksanaan pembedahan. Tanggung jawab dari perawat administratif dalam kamar operasi diantaranya adalah perencanaan dan pengaturan staf, manajemen penjadwalan pasien, manajemen perencanaan material dan manajemen kinerja. Oleh itu karena tanggung jawab perawat administratif lebih besar maka diperlukan perawat yang mempunyai pengalaman yang cukup di bidang perawatan perioperatif. Kemampuan manajemen, perencanaan dan kepemimpinan diperlukan oleh seorang perawat administratif di kamar operasi (Muttaqin, 2009)

b. Perawat instrumen.

Perawat instrumen adalah seorang tenaga perawat profesional yang diberikan wewenang dan ditugaskan dalam pengelolaan alat atau instrumen pembedahan selama tindakan dilakukan. Optimalisasi dari hasil pembedahan akan sangat di dukung oleh peran perawat instrumen. Beberapa modalitas dan konsep pengetahuan yang diperlukan perawat instrumen adalah cara persiapan instrumen berdasarkan tindakan operasi, teknik penyerahan alat, fungsi instrumen dan perlakuan jaringan (HIPKABI, 2012).

c. Perawat sirkuler.

Perawat sirkuler adalah perawat profesional yang diberi wewenang dan tanggung jawab membantu kelancaran tindakan pembedahan. Peran perawat dalam hal ini adalah penghubung antara area steril dan bagian kamar operasi lainnya. Menjamin perlengkapan yang dibutuhkan oleh perawat instrumen merupakan tugas lain dari perawat sirkuler (Majid, 2011).

d. Perawat ruang pemulihan.

Menjaga kondisi pasien sampai pasien sadar penuh agar bisa dikirim kembali ke ruang rawat inap adalah satu tugas perawat ruang pemulihan. Perawat yang bekerja di ruang pemulihan harus mempunyai keterampilan dan pengetahuan tentang keperawatan gawat darurat karena kondisi pasien bisa memburuk sewaktu-waktu pada tahap pasca operasi (Muttaqin, 2009).

e. Perawat anestesi.

Mempunyai wewenang dan tanggung jawab dalam tim anestesi untuk kelancaran pelaksanaan pembiusan adalah peran perawat anestesi. Peran perawat anestesi mulai dari tahap pra operasi, intra operasi dan pasca operasi. Pada tahap pra operasi, perawat anestesi berperan untuk melakukan sign-in bersama dengan dokter anestesi. Tahap intra operatif, perawat anestesi bertanggung jawab terhadap kesiapan instrumen anestesi, manajemen pasien termasuk posisi pasien yang aman bagi aktivitas anestesi dan efek yang ditimbulkan dari anestesi (Muttaqin, 2009).

4. Pengkajian Asuhan Keperawatan Perioperatif

a. Fase preoperatif

Pengkajian adalah tahap awal dan landasan dalam proses keperawatan oleh karena itu, diperlukan kecermatan dan ketelitian tentang masalah klien sehingga dapat memberikan arah terhadap tindakan keperawatan. Pengkajian preoperatif secara meliputi pengkajian umum, riwayat kesehatan, pengkajian psikososiosiritual, pemeriksaan fisik, dan pengkajian diagnostik (Mutaqqin, 2009).

b. Fase intraoperatif

Fase intraoperatif adalah suatu masa dimana pasien sudah berada dimeja pembedahan sampai ke ruang pulih sadar. Pengkajian yang dilakukan intraoperatif meliputi proses keperawatan pemberian anestesi umum, regional, lokal, proses keperawatan prosedur

intrabedah, dan proses keperawatan pengiriman ke ruang pemulihan (Mutaqqin, 2009).

c. Fase Pascaoperatif

Fase pascaoperatif merupakan suatu kondisi dimana pasien ke ruang pulih sadar sampai pasien dalam kondisi sadara betul untuk dibawa ke ruang rawat inap. Pengkajian yang dilakukan saat pascaoperatif meliputi keadaan umum, tanda-tanda vital, *airway*, *breathing*, *circulation*, kesadaran, brome score, aldrete score, dan keluhan (Mutaqqin, 2009).

5. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Tujuannya untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Manfaat diagnosa keperawatan sebagai pedoman dalam pemberian asuhan keperawatan dan gambaran suatu masalah kesehatan dan penyebab adanya masalah. Masalah keperawatan yang sering muncul pada klien dengan masalah fraktur adalah (SDKI, 2016) :

a. Preoperatif

- 1) Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, perubahan integritas dan struktur tulang.
- 2) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional, kurang terpapar informasi, terpapar bahaya lingkungan.

b. Intraoperatif

- 1) Gangguan integritas kulit berhubungan dengan fraktur terbuka, pemasangan traksi (pen, kawat, dan sekrub).
- 2) Hipotermia berhubungan dengan prosedur pembedahan, kombinasi anestesi umum dan regional, suhu praoperasi < 36,0°C, suhu lingkungan yang rendah.

c. Pascaoperatif

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedara fisik, pencedara kimiawi, pencedera fisik.
- 2) Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri, hambatan lingkungan, tidak familiar dengan peralatan tidur

6. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1
Intervensi Keperawatan Fraktur Menurut SIKI : 2018

Diagnosa	Intervensi Utama	Intervensi Pendukung
Hambatan mobilitas fisik b.d nyeri	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan ambulasi <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. - Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi - Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi terapeutik: - Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. tongkat, dan kruk) - Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik. - Libatkan keluarga dalam membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi. - Anjurkan untuk melakukan ambulasi dini. - Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. berjalan dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya). 2. Dukungan mobilisasi <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan lainnya. - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi. - Monitor frekuensi umum selama melakukan mobilisasi. <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur). - Fasilitasi melakukan pergerakan - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi. - Anjurkan melakukan mobilisasi dini - Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan kepatuhan program pengobatan. 2. Dukungan perawatan diri (BAB/BAK, berpakaian, makan,minum, mandi) 3. Edukasi latihan fisik 4. Edukasi teknik ambulasi 5. Edukasi teknik transfer 6. Konsultasi via telpon 7. Latihan otogenik 8. Manajemen energi 9. Manajemen lingkungan 10. Manajemen mood 11. Manajemen nutrisi 12. Manajemen nyeri 13. Manajemen medikasi 14. Manajemen program latihan 15. Manajemen sensasi ferifer 16. Pemantauan neurologis 17. Pemberian obat oral dan IV 18. Pembidaian 19. Pencegahan jatuh 20. Pencegahan luka tekan

<p>Ansietas b.d krisis situasional, kurang terpapar informasi, terpapar bahaya lingkungan.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis kondisi waktu, stresor) - identifikasi kemampuan mengambil keputusan - Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) 2. Tempeutik <ul style="list-style-type: none"> - Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan - Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan - Pahami situasi yang membuat ansietas - Dengarkan dengan penuh perhatian - Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan - Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan - Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan - Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang 3. Edukasi <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami - Infomasikan secara faktual mengenai diagnosis pengobatan dan prognosis - Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien. jika perlu - Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan - Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi - Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan - Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat - Latih teknik relaksasi 4. Kolaborasi <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bantuan kontrol marah 2. Biblioterpai 3. Dukungan emosi 4. Dukungan hipnosis diri 5. Dukungan kelompok 6. Dukungan keyakinan 7. Perisiapan pembedahan 8. Intervensi krisis 9. Teknik distraksi 10. Teknik menenangkan
--	---	---

<p>Gangguan integritas kulit b.d fraktur terbuka, pemasangan traksi (pen, kawat, dan sekreb).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem penurunan mobilitas) 2. Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> - Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring - Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang. jika pedu - Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare - Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering - Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergenik pada kulit sensitif - Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering 3. Edukasi <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan menggunakan pelembab (mis. lotion. serum) - Anjurkan minum air yang cukup - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi - Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur - Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem - Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada di luar rumah - Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan perawatan diri 2. Edukasi perawatan diri 3. Edukasi perawatan kulit 4. Edukasi perilaku upaya kesehatan 5. Edukasi Pola Perilaku kebersihan 6. Edukasi Program Pengobatan 7. Konsultasi 8. Latihan Rentang Gerak 9. Manajemen Nyeri 10. pelaporan Status Kesehatan
<p>Hipotermia perioperatif b.d prosedur pembedahan, kombinasi anestesi umum dan regional, suhu praoperasi < 36,0°C, suhu lingkungan yang rendah.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi <ul style="list-style-type: none"> - Monitor suhu tubuh - Identifikasi penyebab hipotermia (mis. terpapar suhu lingkungan yang rendah, pakaian tipis, kerusakan hipotalamus, penurunan lain metabolisme, kekurangan lemak subkutan) - Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia 2. Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan lingkungan yang hangat (mis. atur suhu lingkungan, sediakan selimut) - Ganti pakaian dan/atau linen yang basah - Lakukan penghangatan pasif (mis. selimut manutup kepala. pakaian tebal) - Lakukan penghangatan aktif eksternal (mis. kompres hangat, selimut hangat) - Lakukan penghangatan aktif internal (mis. infus cairan hangat) 3. Edukasi <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan makan/minum hangat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Edukasi efek samping obat 2. Edukasi kemoterapi 3. Edukasi pengukuran suhu tubuh 4. Edukasi pengurangan resiko 5. Edukasi praoperatif 6. Edukasi prosedur tindakan 7. Edukasi energi 8. Kompres hangat 9. Manajemen cairan 10. Pemantauan tanda vital

<p>Nyeri akut b.d agen pencedara fisik, pencedara kimiawi, pencedera fisik.</p>	<p>1. Manajemen nyeri</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri. - Identifikasi skala nyeri. - Identifikasi respon nyeri nonverbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. - Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri. - Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri. - Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas nyeri. - Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan. - Monitor efek samping penggunaan analgetik. <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan terapi nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan) - Fasilitasi istirahat dan tidur. - Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri. - Jelaskan strategi meredakan nyeri. - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri. - Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat. - Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. <p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu. - Pemberian analgesic 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aromaterapi 2. Dukungan hipnosis diri 3. Dukungan pengungkapan kebutuhan 4. Edukasi efek samping obat 5. Edukasi manajemen nyeri 6. Edukasi proses penyakit. 7. Edukasi teknik napas 8. kompres dingin 9. Kompres panas 10. Konsultasi 11. Latihan pernapasan 12. Manajemen efek samping obat 13. Manajemen kenyamanan lingkungan. 14. Manajemen medikasi. 15. Manajemen sedasi 16. Manajemen terapi radiasi. 17. Pementauan nyeri. 18. Pemberian obat. 19. Pemberian obat intravena. 20. Pemberian obat oral. 21. Pemberian obat topikal. 22. Pengaturan posisi. 23. Perawatan amputasi. 24. Perawatan kenyamanan. 25. Teknik distraksi. 26. Teknik imajinasi terbimbing. 27. Terapi akupresur. 28. Terapi akupuntur. 29. Terapi bantuan hewan. 30. Terapi humor. 31. Terapi murattal. 32. Terapi musik. 33. Terapi pemijatan. 34. Terapi relaksasi.
---	--	---

<p>Gangguan pola tidur b.d nyeri, hambatan lingkungan, tidak familiar dengan peralatan tidur.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan tidur edukasi : <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi pola aktivitas dan tidur - Identifikasi paktor pengganggu tidur fisik atau psikologis - Identifikasi makanan dan minuman mengganggu tidur (mis.teh, kopi, alkohol, dan minum banyak air sebelum tidur - Identifikasi obat tidur yang di konsumsi <p>Teraupetik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, lingkungan, bising, suhu) - Batasi waktu tidur siang - Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur - Tetapkan jadwal tidur rutin - Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis.pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur - Sesuaikan jadwal pemberian obat atau tindakan untuk menunjang siklus tidur <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit - Anjurkan menepati waktu tiduryang tidaak mengandung supresor terhadap tidur REM - Anjurkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. gaya hidup, atau psikologis) - Anjurkaan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya. 2. Edukasi aktivitas/istirahat observasi : <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Teraupetik : - Sediakan materi dan media pengaturan aktivitas dan istirahat - Jadwalkan pemberian pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan - Berikan kesempatan kepada pasien dan keuarga untu bertanya Edukasi : - Jelaskan pentingnya melakukan aktivitas fisik atau olahraga secara rutin - Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok, aktivitas bermain, dll - Anjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat - Anjurkan cara mengidentifikasi kebutuhan istirahat (mis. Kelelahan, sesak napas saat aktivitas. - Ajarkan cara mengidentifikasi target dan jenis aktivitas sesuai. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan kepatuhan program pengobatan 2. Dukungan meditasi 3. Dukungan perawatan diri BAB atau BAK 4. Poto terapi gangguan mood/tidur 5. Latihan otogenik 6. Manajemen demensia 7. Manajemen energi 8. Manajemen lingkungan 9. Manajemen meditasi 10. Manajemen nutrisi 11. Manajemen nyeri 12. Manajemen penggantian hormone 13. Pemberian obat oral 14. Pengaturan posisi 15. Promosi koping 16. Promosi latihan fisik 17. Reduksi ansietas 18. Teknik menenangkan 19. Terapi aktivitas 20. Terapi musik 21. Terapi pemijatan 22. Terapi relaksasi 23. Terapi relaksasi otot progresif
---	---	---

Sumber : Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), 2018

7. Implementasi

Implementasi merupakan pelaksanaan perencanaan keperawatan oleh perawat. Hal-hal yang perlu diperhatikan ketika melakukan implementasi intervensi dilaksanakan sesuai rencana setelah dilakukan validasi, penguasaan kemampuan interpersonal, intelektual, dan teknikal, intervensi harus dilakukan dengan cermat dan efisien pada situasi yang tepat, keamanan fisik dan fisiologi dilindungi dan didokumentasi keperawatan berupa pencatatan dan pelaporan.

8. Evaluasi

Fase akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. hal-hal yang dievaluasi adalah keakuratan, kelengkapan dan kualitas data, teratasi atau tidak masalah klien, mencapai tujuan serta ketepatan intervensi keperawatan. menentukan evaluasi hasil dibagi 5 komponen yaitu:

- a. Menentukan kriteria, standar dan pertanyaan evaluasi.
- b. Mengumpulkan data mengenai keadaan klien terbaru.
- c. Menganalisa dan membandingkan data terhadap kriteria dari standar.
- d. Merangkum hasil dan membuat kesimpulan.
- e. Melaksanakan tindakan sesuai berdasarkan kesimpulan.

