



Asuhan Keperawatan Pada Tn. S Dengan Gangguan Sistem Musculoskeletal : Post Op Fraktur 1/3 Distal Radius Ulna Di Ruang Mawar 2 RSUD dr. Soeselo Kabupaten Tegal

Asri Hidayatun Nasiha

Akademi Keperawatan Al Hikmah 2 Brebes

Ahmad Zakiudin

Akademi Keperawatan Al Hikmah 2 Brebes

Yusriani Saleh Baso

Akademi Keperawatan Al Hikmah 2 Brebes

Abstract. *The musculoskeletal system is part of the body system which is responsible for movement actions and as support for the body, consisting of joints, skeletal muscles, tendons, ligaments, bursae, and other tissues that connect these structures (Kalengkongan, et al, 2021). There are several different musculoskeletal tissues and systems, the musculoskeletal system often experiences various kinds of disorders including carpal tunnel syndrome, gout, osteoarthritis, osteomyelitis, osteoporosis and fractures (Kalengkongan, et al, 2021).*

Keywords: *Musculoskeletal System Disorders, Nursing, musculoskeletal post orif fracture of 1/3 distal radius ulna*

Abstrak. Sistem muskuloskeletal bagian dari sistem tubuh yang bertanggung jawab terhadap aksi gerak dan sebagai penopang tubuh yang terdiri dari tulang sendi, otot rangka, tendon ligamen, bursa, jaringan-jaringan lain yang menghubungkan struktur tersebut (Kalengkongan, dkk, 2021). Ada beberapa jaringan dan sistem muskuloskeletal beraneka ragam, sistem muskuloskeletal tersebut sering mengalami berbagai macam gangguan diantaranya sindrom carpal tunnel, gout, osteoarthritis, osteomyelitis, osteoporosis dan fraktur (Kalengkongan, dkk, 2021).

Kata Kunci : *Gangguan Sistem Musculoskeletal, Keperawatan, musculoskeletal post orif fraktur 1/3 distal radius ulna*

LATAR BELAKANG

Fraktur adalah patah tulang yang biasanya disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik. Kekuatan dan sudut dari tenaga tersebut, keadaan tulang dan jaringan lunak disekitar tulang akan menentukan apakah fraktur yang terjadi itu lengkap atau tidak lengkap (Purnama dan Susanti, 2021). Fraktur adalah bentuk pada suatu tulang yang disebabkan oleh tekanan langsung atau tidak langsung oleh permukaan tulang. Fraktur ekstermitas atas sering terjadi karena kecelakaan lalu lintas, cedera dan fraktur radius ulna sendiri disebabkan oleh cedera pada lengan bawah baik trauma langsung maupun trauma tidak langsung (Raditya, 2022). Adapun tanda dan gejala yang di timbulkan oleh penderita fraktur radius ulna yaitu nyeri hebat, perubahan warna pada jari atau bantalan kuku, pembengkakan, mati rasa atau kesemutan pada jari, atau penurunan rentan gerak jari. (I Gusti Ngurah, dkk, 2022).

Salah satu tanda dan gejala fraktur adalah nyeri, nyeri merupakan sensasi sensori yang tidak menyenangkan baik secara sensori maupun emosional bagi penderitanya (Made Suryani, dkk, 2020). Masalah keperawatan yang muncul pada kasus rumah sakit menunjukkan masalah keperawatan diantaranya, nyeri, mobilitas fisik, risiko infeksi, perubahan perfusi jaringan, risiko gangguan integritas kulit, perawatan diri (mandi), ansietas dan kurang pengetahuan (MA Kurniawan, dkk, 2021).

Penanganan atau penatalaksanaan fraktur dapat dilakukan dengan metode konservatif atau non operatif adalah penanganan fraktur berupa reduksi atau reposisi dan metode operatif adalah penanganan fraktur dengan reduksi terbuka yaitu membuka daerah yang mengalami fraktur dan memasang fiksasi internal maupun eksternal. Penanganan secara operatif yaitu dengan pemasangan Open Reduction and Internal Fixtation (ORIF) berupa plat and screw (Nuryanto, 2019). Orif adalah suatu bentuk pembedahan medis yang bertujuan untuk mengatur posisi tulang dengan pemasangan internal fiksasi plat and screw untuk mengaktifkan atau memfasilitasi penyembuhan (Nuryanto, 2019).

World Health Organization (WHO) menjelaskan bahwa kejadian fraktur di dunia pada tahun 2013-2018 sekitar 21 juta orang dengan prevalensi 6,5%. Menurut data kepolisian, di Indonesia rata-rata 3 orang meninggal setiap 3 jam akibat kecelakaan yang komplikasi fraktur (Kemenkes RI, 2017). Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah didapatkan sekitar 2.700 orang mengalami insiden fraktur dengan prevalensi 5,6%. Berdasarkan data pada Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal tahun 2019, jumlah prevalensi kejadian fraktur karena kecelakaan terdapat 149 orang (8,35%). Berdasarkan data rekam medik RSUD dr. Soeselo Kabupaten Tegal, jumlah penderita fraktur radius ulna tahun 2022 sebesar 164 orang (5,9%).

Menurut Orem peran perawat sangat penting untuk meningkatkan derajat kesehatan manusia diantaranya yaitu, situasi dimana individu tidak dapat melakukan tindakan self care (wholly compensatory system) yaitu perawatan diri seseorang dibantu oleh perawat rumah sakit, sistem dibantu sebagian (partly compensatory system) perawatan diri pasien yang masih bisa terpenuhi secara mandiri, namun ada sebagian pasien tidak mampu melakukan secara mandiri dan harus dibantu oleh perawat atau keluarga, sistem mendukung secara edukasi atau pendidikan kesehatan (supportive educative system) mampu memenuhi perawatan diri secara mandiri, namun kurangnya pengetahuan tentang hal itu atau kurangnya motivasi dalam memenuhi kebutuhannya, peran perawat dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien fraktur yaitu sebagai supportlive educative sistem sehingga peran perawat sangat penting memberi pengetahuan tentang mobilitas atau melakukan pergerakan pada pasien fraktur. (Bahtiar, 2018).

KAJIAN TEORI

Pengertian Fraktur Radius Ulna

Fraktur atau patah tulang adalah kerusakan pada tulang atau terputusnya kontinuitas tulang rawan yang umumnya bisa disebabkan oleh benturan keras dari luar, setelah terjadi pertahanan tersebut biasanya menyebabkan posisi dan bentuk tulang berubah (Manurung, 2018). Yang dimaksud radius ulna (colles) adalah pergelangan tangan. Atau fraktur colles adalah fraktur melintang pada radius tepat di atas pergelangan tangan, dengan pergeseran dorsal fregmen distal (Noor, 2016).

Fraktur 1/3 distal radius dan ulna adalah tulang yang mengalami pergeseran yang terjadi pada di lengah bawah area mendekati wrist. Fraktur radius ulna yaitu terputusnya hubungan tulang secara melintang pada radius tepatnya diatas pergelangan tangan, dengan pergeseran dorsal fragmen distal. Fraktur colles terjadi pada 50 mm dari distal tulang radius (Raditnya, 2022).

Untuk penanganan fraktur Penanganan fraktur terbagi menjadi dua jenis yaitu secara konservatif (tanpa pembedahan) dan dengan pembedahan. Tindakan pembedahan salah satunya pemasangan Open Reduction Internal Fixation (ORIF). ORIF adalah suatu jenis operasi dengan pemasangan internal fiksasi yang dilakukan ketika fraktur tersebut tidak dapat direduksi secara cukup dengan close reduction, untuk mempertahankan posisi yang tepat pada fragmen fraktur. Masalah utama yang paling umum disebabkan oleh post ORIF adalah nyeri akut (Fikri Erwanto, 2021).

Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI, PPNI, 2017).

Menurut SDKI (2017) diagnosa yang akan muncul pada klien post operasi fraktur radius ulna yaitu :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post operasi) yaitu pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Dengan penyebab agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemik, neoplasma), agen pencedera kimiawi (mis, Terbakar, bahan kimia iritan), agen pencedera fisik (mis, Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan). Tanda gejala : mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, nafsu makan berubah, sulit tidur. Dengan data subjektif : Klien mengatakan nyeri pada lutut kaki kanan dan lengan tangan kanan P: nyeri saat bergerak Q: nyeri sedang R: nyeri berada di pergelangan tangan kanan dan lutut kaki kanan S: skala nyeri 6 T: nyeri hilang timbul. Data objektif: klien tampak meringis dan menahan kaki kanan dan tangan kanannya.
- b. Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif (pembedahan) yaitu berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Dengan faktor risiko : penyakit kronis, efek prosedur invasif, malnutrisi, peningkatan paparan organisme, ketidak adekuatan pertahanan tubuh. Dengan data subjektif: klien mengatakan nyeri pada luka operasinya. Data objektif : klien terdapat luka 5 cm di tangan kanan akibat pembedahan, keadaan luka tertutup balut sudah 24 jam dengan hasil leukosit 23,8 10³/uL.
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang. Yaitu keterbatasan dalam gerakan fisik atau lebih ekstermitas secara mandiri. Dengan penyebab kerusakan integritas struktur tulang, perubahan metabolisme, ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, penurunan massa otot, penurunan kekuatan otot, keterlambatan perkembangan, kekuatan sendi, kontraktur, malnutrisi, gangguan muskuloskeletal, gangguan neuromuskular, indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia, efek agen farmakologis, program pembatasan, nyeri, kurang terpaparnya

informasi tentang aktivitas fisik, kecemasan, gangguan kognitif, keengganan melakukan pergerakan, gangguan sensori persepsi. Tanda gejala : mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas, kekuatan otot menurun, rentan gerak (ROM) menurun, nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, sendi kaku, gerakan terbatas, fisik lemah. Dengan data subjektif: klien mengatakan sulit bergerak. Data subjektif: Klien mengatakan sulit menggerakkan kaki kanan dan tangan kanannya karena post fraktur, klien mengatakan tidak bisa beraktivitas normal seperti biasanya karena fraktur tersebut. Data objektif : Terdapat luka post op orif pada klien di tangan kanan dan terpasang gips di lutut kaki kanan klien.

- d. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi. Yaitu ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik. Penyebabnya keterbatasan kognitif, gangguan fungsi kognitif, kekeiruan mengikuti anjuran, kurang terpaparnya informasi, kurang minat dalam belajar, kurang mampu mengingat, ketidaktahuan menemukan sumber informasi. Dengan tanda gejala : menanyakan masalah yang dihadapi, menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran, menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah, menunjukkan perilaku. Data subjektif: Klien mengatakan tidak tahu atau tidak paham mengenai fraktur/patah tulang. Data objektif: Klien tampak tidak mengetahui dan bertanya tentang masalah kesehatan yang sedang dialaminya (fraktur/patah tulang).

Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (SIKI, PPNI, 2018).

Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah kategori serangkaian perilaku perawat yang berkoordinasi dengan klien, keluarga dan anggota tim kesehatan lain untuk membantu masalah kesehatan klien yang sesuai dengan perencanaan dan kriteria hasil yang telah ditentukan dengan cara mengawasi dan mencatat respon klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan (Rizka Safitri, 2018)

Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. Penilaian keberhasilan adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai. Dalam perumusan evaluasi keperawatan menggunakan SOAP yaitu :

- a. S (subjektif) merupakan data yang dikeluhkan pasien
- b. O (objektif) merupakan hasil dari pemeriksaan
- c. A (analisa data) pembandingan data dengan teori
- d. P (perencanaan) tindakan selanjutnya yang akan dilakukan oleh perawat (Rahmatia Sitanggang, 2018)

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode deskriptif yang berbentuk studi kasus dengan teknik pengumpulan data dengan melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, studi dokumentasi, studi kepustakaan. menanyakan langsung kepada klien, keluarga, perawat, dan dokter yang menangani dan mengetahui masalah atau keluhan klien (R Deni, dkk, 2021).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI, PPNI, 2017).

Dari hasil pengkajian yang telah dilakukan diagnosis keperawatan yang muncul sebagai berikut:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Nyeri adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional. Tanda dan gejala nyeri yaitu : klien mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah frekuensi nadi meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, menarik diri (SDKI, PPNI, 2017). Tindakan bedah menjadi ancaman potensial ataupun aktual terhadap integritas pasien baik biopsikososial serta spiritual yang bisa memunculkan respon berbentuk nyeri. Nyeri adalah pengalaman

emosional dan sensori yang tidak menyenangkan yang berhubungan dengan risiko atau aktual kerusakan jaringan. Nyeri timbul sebab pada proses operasi dilakukan insisi, yaitu terputusnya kontinuitas jaringan, kejadian tersebut diterima saraf sensorik menjadi nyeri (Amrik Guntama et al., 2022).

Dari hasil pengkajian yang didapatkan dari klien Tn.S mengatakan mengatakan nyeri pada lutut dan pergelangan tangan kanan, P: Nyeri saat bergerak Q: nyeri sedang R: Nyeri berada di kaki/lutut bagian kanan dan pergelangan tangan bagian kanan karena ada luka operasi S: skala nyeri 6 T: nyeri hilang timbul.

Menurut data pengkajian disesuaikan tanda dan gejala diagnosis maka terdapat kesamaan data sehingga penulis mengangkat diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang

Gangguan imobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerak fisik dari suatu atau lebih ekstermitas secara mandiri. Ada beberapa tanda dan gejala dari gangguan imobilitas fisik yaitu: mengeluh sulit untuk menggerakkan ekstermitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak menurun, nyeri saat bergerak, merasa cemas, sendi kaku, gerakan terbatas, fisik lemah (SDKI,PPNI,2017).

Gangguan mobilitas fisik merupakan suatu keadaan dimana seseorang mengalami keterbatasan pergerakan fisik satu atau lebih ekstermitas. Gangguan mobilitas fisik terjadi pada penderita fraktur yang mengalami kekakuan pada ototnya sehingga otot menjadi lemah dan lunglai karena tidak digunakan dalam jangka waktu yang lama dan terjadi perubahan pada struktur tulang (Inesia Nur Alita 1,Shobirun,2022).

Menurut data pengkajian disesuaikan dengan tanda dan gejala diagnosa maka terdapat kesamaan data sehingga penulis mengangkat diagnosa Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang.

3. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi

Defisit pengetahuan adalah ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu. Ada beberapa tanda dan gejala defisit pengetahuan yaitu: menanyakan masalah yang dihadapi, menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran, menunjukkan persepsi keliru terhadap masalah, menjalani pemeriksaan yang tidak tepat, menunjukkan perilaku berlebihan (SDKI,PPNI,2017). Identifikasi masalah keperawatan defisit pengetahuan dilakukan dengan mengkaji tanda dan gejala mayor dan minor. Identifikasi masalah defisit pengetahuan dari kedua subjek studi kasus sesuai dengan gejala dan tanda mayor dari defisit pengetahuan (Anita Maryani et al.,2019).

Menurut data pengkajian disesuaikan dengan tanda dan gejala maka terdapat kesamaan data sehingga penulis mengangkat diagnosis Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi.

4. Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif

Risiko infeksi adalah sesuatu yang beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik dan ketidakadekuatan pertahanan tubuh. Beberapa faktor yang mempengaruhi resiko infeksi antara lain adalah penyakit kronis, efek prosedur invasif, malnutrisi, paparan organisme patogen, ketidakadekuatan pertahanan tubuh (SDKI,PPNI,2017)

Dari hasil pengkajian yang didapatkan data dari klien Tn.S mengatakan nyeri pada luka operasi dan terdapat luka operasi yang cukup besar akibat pembedahan.

Menurut data pengkajian disesuaikan dengan beberapa faktor yang mempengaruhi maka terdapat kesamaan data sehingga penulis mengangkat diagnosa Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif.

Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (SIKI, PPNI, 2018).

Berdasarkan diagnosa yang penulis tetapkan maka di rumuskan intervensi keperawatan sebagai berikut :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Tujuan keperawatan pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik yaitu: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2×24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: keluhan nyeri sedang, meringis cukup menurun, gelisah menurun.

Rencana tindakan penulis untuk diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik sebagai berikut : identifikasi, lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, identitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, kolaborasi pemberian analgetik.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang

Tujuan keperawatan pada diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang yaitu : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2×24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : kekuatan otot meningkat, peningkatan rentan gerak ROM , keluhan nyeri menurun.

Rencana tindakan penulis untuk diagnosa defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi sebagai berikut : identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi, monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi, jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi, anjurkan ambulasi dini.

3. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi

Tujuan keperawatan pada diagnosa defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi yaitu: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1×24 jam diharapkan tingkat pengetahuan membaik dengan kriteria hasil : perilaku sesuai anjuran meningkat, kemampuan menjelaskan suatu topik meningkat, perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat.

Rencana tindakan penulis pada diagnosa defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi yaitu: . identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, berikan kesempatan untuk bertanya, jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan.

4. Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif

Tujuan keprawatan pada diagnosa risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif sebagai berikut : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2×24jam diharapkan tidak terjadi infeksi dengan kriteria hasil : Nafsu makan cukup meningkat, nyeri menurun, kemerahan menurun, klien bebas dari tanda dan gejala infeksi.

Rencana tindakan penulis pada diagnosa risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif yaitu : . monitor tanda dan gejala infeksi, berikan perawatan kulit pada area luka, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan klien, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara memeriksa kondisi luka.

Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah kategori serangkaian perilaku perawat yang berkoordinasi dengan klien, keluarga dan anggota tim kesehatan lain untuk membantu masalah kesehatan klien yang sesuai dengan perencanaan dan kriteria yang telah ditentukan dengan cara mengawasi dan mencatat respon klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan (Rizka Safitri,2018).

Dari data pengkajian pada Tn.S penulis memunculkan empat diagnosa sehingga penulis melakukan tindakan keperawatan sebagai berikut :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Sesuai rencana yang sudah direncanakan, tindakan yang dilakukan pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik yaitu : melakukan injeksi, TTV, identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, menganjurkan manajemen nyeri dengan cara teknik tarik nafas dalam, mengidentifikasi faktor yang memperberat nyeri.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang

Sesuai rencana yang sudah di rencanakan, tindakan yang dilakukan pada diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang yaitu : mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi, mengajarkan teknik mobilisasi dan ROM, monitor keadaan kondisi umum selama melakukan ambulasi.

3. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi

Sesuai rencana keperawatan yang sudah direncanakan, tindakan yang dilakukan pada diagnosa defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi yaitu : mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan, menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, memberikan kesempatan untuk bertanya, menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan.

4. Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif

Sesuai rencana yang sudah direncanakan, tindakan yang dilakukan pada diagnosa risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif yaitu : melakukan tindakan perawatan luka dengan mengganti balut, monitor tanda gejala infeksi, mengajarkan cara memeriksa kondisi luka.

Evaluasi keperawatan

Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan (Rahmatia Sitanggang,2018).

Setelah penulis melakukan beberapa tindakan terhadap Tn.S dengan post op orif pada tanggal 12 Desember 2022 didapatkan hasil evaluasi sebagai berikut :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Evaluasi pada diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik pada tanggal 12 Desember 2022. Didapatkan data subjektif sebagai berikut : Klien mengatakan nyeri pada lutut dan pergelangan tangan kanan karena terdapat luka operasi dan tidak bisa digerakkan karena nyeri. Data objektif : klien tampak meringis P: Nyeri saat bergerak Q: nyeri sedang R: Nyeri berada di kaki/lutut bagian kanan dan pergelangan tangan bagian kanan karena ada luka operasi S: skala nyeri 6 T: nyeri hilang timbul.

Melihat kriteria hasil dengan data evaluasi yang ada pada tanggal 14 Desember 2022 maka dapat disimpulkan masalah nyeri teratasi belum karena skala nyeri berkurang menjadi 5 sesuai hasil yang ditetapkan maka penulis lanjutkan intervensi dengan memberikan kolaborasi pemberian analgetik

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan integritas struktur tulang

Pada evaluasi gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan integritas struktur tulang pada tanggal 12 Desember 2022 didapatkan data subjektif : Klien mengatakan sulit bergerak kaki kanan dan tangan kanan bagian pergelangan tangan karena post fraktur, klien mengatakan tidak bisa beraktivitas normal seperti biasanya karena fraktur tersebut. Dan data objektif : Klien menderita fraktur pada kaki di bagian lutut sebelah kanan dan pada pergelangan tangan kanan.

Evaluasi pada tanggal 14 Desember 2022 penulis menemukan data subjektif: klien mengatakan nyeri saat bergerak dan sulit untuk digerakkan. Data objektif : klien terlihat meringis dan menahan tangan kanan dan kaki kanan.

Melihat kriteria hasil dengan data evaluasi yang ada maka dapat disimpulkan masalah mobilisasi dan intoleransi aktivitas teratasi sebagian karena sesuai kriteria hasil yang ditetapkan, maka penulis melanjutkan intervensi.

3. Defisi pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi

Pada evaluasi defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi pada tanggal 12 Desember 2022, penulis menemukan data subjektif : Klien mengatakan tidak tahu atau tidak paham mengenai fraktur. Data objektif : Klien tampak kurang mengetahui dan bertanya tentang masalah kesehatan yang sedang dialaminya.

Evaluasi pada tanggal 14 Desember 2022 penulis mendapatkan data subjektif : klien mengatakan cukup memahami materi yang disampaikan perawat. Data objektif : klien mampu menjawab pertanyaan yang diberikan perawat.

Melihat kriteria hasil dengan data evaluasi yang ada maka dapat disimpulkan masalah pengetahuan teratasi sesuai kriteria hasil yang ditetapkan, maka penulis menghentikan intervensi.

4. Risiko infeksi di buktikan dengan efek prosedur invasif

Pada evaluasi resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif pada tanggal 12 Desember 2022, didapatkan data objektif : terdapat luka operasi di pergelangan tangan kanan.

Evaluasi pada tanggal 14 Desember 2022, penulis menemukan data subjektif : klien mengatakan nyaman setelah diganti balut dan dibersihkan lukanya. Data objektif : luka klien terlihat bersih tidak ada gejala tanda tanda infeksi.

Melihat kriteria hasil dengan evaluasi yang ada maka dapat disimpulkan masalah risiko infeksi teratasi karena sesuai kriteria hasil yang ditetapkan, maka penulis menghentikan intervensi.

KESIMPULAN SARAN

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Tn.S dengan gangguan sistem musculoskeletal : post orif fraktur 1/3 distal radius ulna di ruang mawar 2 RSUD dr. Soeselo Kabupaten Tegal pada tanggal 12 sampai 14 Desember 2022, sebagai tahapan terakhir dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini maka penulis dapat mengambil simpulan :

1. Pengkajian yang dilakukan pada Tn.S dengan gangguan sistem musculoskeletal : post orif fraktur 1/3 distal radius ulna pada tanggal 12 Desember 2022 didapatkan data sebagai berikut : Klien mengatakan nyeri pada lutut dan pergelangan tangan kanan karena terdapat luka operasi dan tidak bisa digerakkan karena nyeri. Data objektif : klien tampak meringis P: Nyeri saat bergerak Q: nyeri sedang R: Nyeri berada di kaki/lutut bagian kanan dan pergelangan tangan bagian kanan karena ada luka operasi S: skala nyeri 6 T:

nyeri hilang timbul . dan terdapat luka operasi di bagian pergelangan tangan kanan, klien terlihat terbaring di tempat tidur.

2. Diagnosis keperawatan yang di angkat pada klien Tn.S ada empat yaitu : nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisi, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan integritas struktur tulang, defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi, risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif.
3. Intervensi yang dapat dilakukan penulis pada tanggal 12 sampai 14 Desember 2022 yang berfokus pada empat diagnosis yang muncul sehingga kriteria hasil dapat terpenuhi dan masalah keperawatan teratasi, intervensi yang ditegakkan diantaranya yaitu : Identifikasi lokasi, identitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non- verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, kolaborasi pemberian analgetik, identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi, monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi, jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi, anjurkan ambulasi dini, identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, berikan kesempatan untuk bertanya, jelaskan faktor yang memengaruhi kesehatan, monitor tanda dan gejala infeksi, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara memeriksa kondisi luka.
4. Implementasi atau tindakan keperawatan yang telah penulis lakukan pada tanggal 12 sampai 14 Desember 2022 yaitu: mengajarkan manajemen nyeri, mengidentifikasi faktor yang memperberat nyeri, identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, frekuensi, kualitas, identitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi mengajarkan teknik mobilisasi (ROM), identifikasi keadaan kondisi umum selama melakukan ambulasi, identifikasi kesiapan dan kemampuan untuk menerima informasi, sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, berikan kesempatan untuk bertanya, jelaskan faktor yang dapat mempengaruhi kesehatan, perawatan luka dengan mengganti balut, monitor tanda dan gejala infeksi, mengajarkan cara memeriksa kondisi luka.
5. Evaluasi keperawatan pada Tn.S dengan gangguan sistem musculoskeletal post orif fraktur 1/3 distal radius ulna ke empat diagnosis keperawatan yang muncul dua teratasi sebagian dan dua teratasi, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik teratasi sebagian, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan struktur tulang

teratasi sebagian, defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi teratasi, risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif teratasi

Saran

Adapun saran penulis karya tulis ini adalah :

1. Bagi akademis

Diharapkan menjadi bahan evaluasi akademik dalam menilai pengetahuan dan keterampilan mahasiswa dalam pembuatan asuhan keperawatan bedah dengan fraktur.

2. Bagi penulis

Dapat menambah ilmu pengetahuan dan meningkatkan keterampilan dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan fraktur

3. Bagi pasien dan anggota keluarga pasien

Diharapkan dapat menambah ilmu pengetahuan tentang pengertian, penyebab, tanda gejala dan perawatan pada pasien dengan fraktur dan sebaiknya klien ketika sudah berada di rumah menjaga kebersihan luka post operasi, harus mematuhi aturan untuk minum obat, dan apabila obat pemberian dokter habis, klien harus segera meminta obat kembali kepada dokter agar mempercepat pemulihan serta rutin kontrol keadaannya di rumah sakit.

4. Bagi rumah sakit

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien fraktur hendaknya menggunakan pendekatan proses keperawatan secara komprehensif dan perawat diharapkan ketika berkomunikasi dengan klien dengan suara yang lembut dan mudah di mengerti agar klien tidak bingung dan dapat memahami dengan baik saat berkomunikasi dengan perawat, dan untuk meningkatkan keamanan dan kenyamanan klien di harapkan petugas keamanan rumah sakit agar supaya menbatasi atau melarang penjenguk yang masuk keruangan ketika klien sedang dilakukan tindakan keperawatan sehingga implementasi yang diberikan lebih efektif.

DAFTAR REFERENSI

- Anita Maryani, P. T. (2019). Upaya Penyelesaian Masalah Defisit Pengetahuan Tentang Program Diet pada Pasien. DIII Keperawatan Alkautsar .
- Bahtiar, S. M. (2018). Penerapan Askep pada Pasien Ny.N dengan Post Operasi Fraktur Femur Dextra dalam Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas. Jurnal Media Keperawatan , 131 - 137.
- I Gusti Ngurah Kusuma Yadna, I. M. (2022). Epidemiologi dan Terapi pada Fraktur Colles. Ganesha Medicina Journal .
- Noor. (2016). Buku Ajar Gangguan Muskulokeletal (Edisi 2). Jakarta: Salemba Medika.
- Nuryanto, A. (2019). Pengaruh Touch Healing Terhadap Skala Nyeri pada Pasien Post Operasi Orif Dibangsal Rawat Inap RS Orthopedi Dr Soeharso Surakarta. Stikes Kusuma Husada .
- Raditya, H. Y. (2022). Penatalaksanaan Fisioterapi dengan Infrared, Streching dan Strengthening pada Post Orif Fraktur 1/3 Distal Radius dan Ulna Sinistra. Universitas Widya Husada Semarang .