

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN POST OPERASI  
FRAKTUR EKSTREMITAS BAWAH DENGAN MASALAH  
KECEMASAN DI RUMAH SAKIT PANTI WALUYA  
SAWAHAN MALANG**



Oleh :

MIKAEL ARDHI BRAHMANANTO

NIM 181485

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PANTI WALUYA MALANG**

**2021**

**SURAT PERNYATAAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini

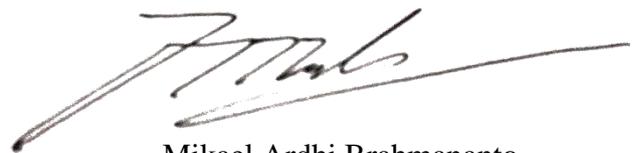
Nama mahasiswa : Mikael Ardhi Brahmananto  
NIM : 181485  
Program studi : Diploma III Keperawatan  
Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Panti Waluya Malang

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Pasien Post Operasi Fraktur Ekstremitas Bawah dengan Masalah Kecemasan di Rumah Sakit Panti Waluya Sawahan Malang” adalah bukan studi kasus orang lain baik sebagian maupun keseluruhan kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya.

Demikian surat pernyataan ini penulis buat dengan sebenar-benarnya dan apabila pernyataan ini tidak benar, penulis bersedia menerima sanksi akademik.

Malang, 20 Agustus 2021

Yang membuat pernyataan



Mikael Ardhi Brahmananto

NIM (181485)

HALAMAN PERSETUJUAN  
PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN FRAKTUR EKSTREMITAS  
BAWAH DENGAN MASALAH KECEMASAN DI RUMAH SAKIT PANTI  
WALUYA SAWAHAN MALANG

Untuk memenuhi persyaratan dilakukan sidang Karya Tulis Ilmiah  
Oleh

Mikael Ardhi Brahmananto  
NIM 181485

Telah disetujui oleh pembimbing untuk diajukan pada sidang Karya Tulis Ilmiah  
Pada tanggal 30 Juli 2021

Pembimbing I



**Ns. Wibowo, S.Kep., M.Biomed**

Pembimbing II



**Ns. Yafet Pradikatama, M.Kep**

Pembimbing III



**Ns. Kristien Teguh, S.Kep**

## HALAMAN PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN POST OPERASI FRAKTUR  
EKSTREMITAS BAWAH DENGAN MASALAH KECEMASAN DI  
RUMAH SAKIT PANTI WALUYA SAWAHAN MALANG**

Diajukan sebagai salah satu syarat mendapat gelar Ahli Madya  
Keperawatan (A.Md.Kep.) pada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan  
Panti Waluya Malang

Oleh :

Mikael Ardhi Brahmananto

NIM 181485

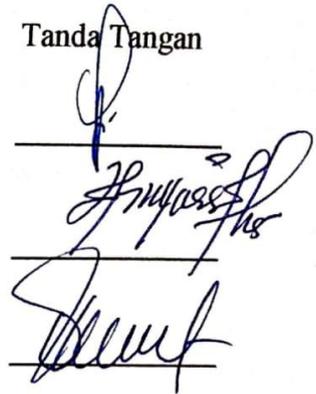
Telah diuji pada Hari/Tanggal :

Jumat, 30 Juli 2021

Tim Penguji

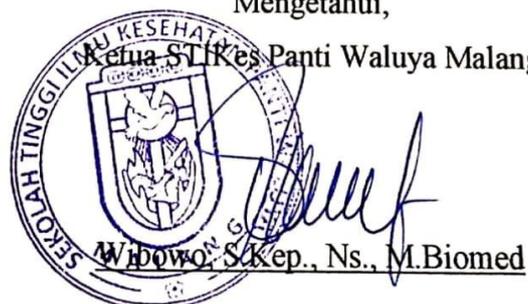
Ketua : Ns. Oda Debora, M.Kep  
Anggota : 1. Emy Sutiyarsih, S.Kep., Ns., M.Kes  
2. Wibowo, S.Kep., Ns., M.Biomed

Tanda Tangan



Mengetahui,

Ketua STIKes Panti Waluya Malang



Wibowo, S.Kep., Ns., M.Biomed

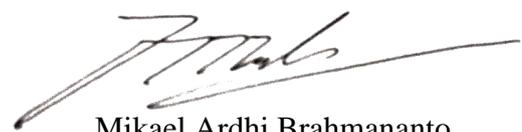
## KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan kasih-Nya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Pasien Post Operasi Fraktur Ekstremitas Bawah dengan Masalah Kecemasan di Rumah Sakit Panti Waluya Sawahan Malang”. Peneliti membuat ini untuk memenuhi sebagian persyaratan dalam memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan STIKes Panti Waluya Malang. Penyusunan ini, peneliti telah banyak mendapat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, peneliti mengucapkan terimakasih kepada :

1. Bapak Ns.Wibowo,S.Kep., M.Biomed., selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Panti Waluya Malang.
2. Dr. Linda Nurtjahja Wijasa, MARS selaku Direktur Rumah Sakit Panti Waluya Sawahan Malang yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian.
3. Bapak Ns.Wibowo,S.Kep., M.Biomed sebagai pembimbing I yang telah memberi arahan dan bimbingan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
4. Ns. Yafet Pradikatama, M.Kep selaku pembimbing II yang telah memberikan saran serta bimbingan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
5. Ns. Kristien Teguh, S.Kep selaku pembimbing klinik yang telah membimbing dan memberi arahan dalam rencana pelaksanaan penelitian.
6. Bapak Ibu dosen Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Panti Waluya Malang yang telah membimbing penulis dalam berproses dan belajar.
7. Kedua orang tua ayah dan ibu penulis yang meberikan dukungan dan bimbingan dalam proses penelitian.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini jauh dari sempurna. Oleh sebab itu, peneliti mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun demi sempurnanya Karya Tulis Ilmiah ini.

Malang, 20 Agustus 2021  
Penulis



Mikael Ardhi Brahmananto

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN POST OPERASI FRAKTUR  
EKSTREMITAS BAWAH DENGAN MASALAH KECEMASAN DI  
RUMAH SAKIT PANTI WALUYA SAWAHAN MALANG**

**Mikael Ardhi Brahmananto<sup>1</sup>, Wibowo<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Prodi DIII Keperawatan STIKes Panti Waluya Malang E-mail :

Mikhael.ardhi.b@gmail.com

<sup>2</sup>Prodi DIII Keperawatan STIKes Panti Waluya Malang E-mail :

wibowogjm21@gmail.com

**Abstrak**

Fraktur merupakan keadaan terputusnya kontinuitas tulang, retak, atau patahnya tulang yang utuh, yang diakibatkan karena adanya trauma atau tenaga fisik yang melampaui batas kemampuan tulang. Dampak yang akan terjadi pada pasien fraktur post operasi saat menjalani proses perawatan adalah edema/bengkak, nyeri, imobilisasi, keterbatasan lingkup gerak sendi, keadaan ini memicu kondisi cemas (ansietas). Penelitian ini bertujuan mengeksplorasi masalah keperawatan pada klien yang mengalami fraktur pada ekstremitas bagian bawah dengan masalah kecemasan di Rumah Sakit Panti Waluya Sawahan Malang. Penelitian ini menggunakan desain penelitian *case study* dengan pendekatan observasional deskriptif dengan sampel klien post fraktur ekstremitas bawah yang menjalani rawat inap di rumah sakit Pantiwaluya Malang. Metode pengumpulan data menggunakan Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) dan pemeriksaan fisik *head to toe* yang didapat berdasarkan data sekunder melalui rekam medis klien. Klien dengan diagnosa keperawatan Ansietas mendapat intervensi utama Reduksi Ansitas. Luaran utama yang diharapkan adalah tingkat ansietasnya menurun. Kesimpulan : Hasil yang didapatkan melalui intervensi reduksi ansietas sesuai dengan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu klien menunjukkan penurunan tingkat ansietas

Kata kunci : Fraktur, kecemasan, Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)

***NURSING CARE FOR PATIENTS POST OPERATION OF LOWER  
EXTREMITY FRACTURES WITH ANXIETY PROBLEMS IN PANTI  
WALUYA SAWAHAN HOSPITAL, MALANG***

**Mikael Ardhi Brahmananto<sup>1</sup>, Wibowo<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Prodi DIII Keperawatan STIKes Panti Waluya Malang E-mail :

Mikhael.ardhi.b@gmail.com

<sup>2</sup>Prodi DIII Keperawatan STIKes Panti Waluya Malang E-mail :

wibowogjm21@gmail.com

***Abstract***

*Fracture is a condition where the continuity of the bone is broken, cracked, or broken in an intact bone, which is caused by trauma or physical exertion that exceeds the limits of the bone's ability. The impact that will occur in postoperative fracture patients while undergoing the treatment process is edema/swelling, pain, immobilization, limited range of joint motion, this situation triggers an anxious condition (anxiety). This study aims to explore nursing problems in clients who have fractures in the lower extremities with anxiety problems at Panti Waluya Sawahan Hospital, Malang. This study uses a case study research design with a descriptive observational approach with a sample of clients with post lower extremity fractures who are hospitalized at Pantiwaluya Hospital, Malang. Methods of data collection using Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) and head to toe physical examination obtained based on secondary data through the client's medical record. Clients with nursing diagnoses of Anxiety receive the main intervention of Anxiety Reduction. The main expected outcome is a decrease in anxiety levels. Conclusion: The results obtained through the anxiety reduction intervention are in accordance with the established outcome criteria, namely the client shows a decrease in anxiety levels*

***Keywords : Fracture, anxiety, HARS***

## DAFTAR ISI

SURAT PERNYATAAN.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
ABSTRAK .....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	xi
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	3
1.3 Tujuan Studi Kasus .....	3
1.3.1 Tujuan Umum .....	3
1.3.2 Tujuan Khusus .....	4
1.4 Manfaat Studi Kasus .....	4
1.4.1 Manfaat Teoritis .....	4
1.4.2 Manfaat Praktis .....	5
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>6</b>
2.1 Anatomi Fisiologi Tulang Ektremitas Bawah .....	6
2.1.1 Tulang paha (Femur).....	6
2.1.2 Tulang tempurung lutut (patella) .....	7
2.1.3 Tulang kering (tibia) .....	7
2.1.4 Tulang betis (Fibula).....	9
2.1.5 Tulang tumit (calcaneus).....	9
2.1.6 Tulang pergelangan kaki (tarsal).....	10
2.1.7 Tulang telapak kaki (meta tarsal).....	10
2.2 Konsep fraktur .....	11
2.2.1 Definisi.....	11
2.2.2 Etiologi.....	12
2.2.3 Patofisiologi .....	14
2.2.4 Klasifikasi Fraktur.....	15

2.2.5	Gambaran Klinik.....	20
2.2.6	Komplikasi .....	22
2.2.7	Penatalaksanaan Fraktur dengan Pembedahan.....	22
2.3	Konsep Kecemasan ( <i>Anxiety</i> ).....	30
2.3.1	Definisi .....	30
2.3.2	Tingkat kecemasan.....	33
2.3.3	Tanda dan Gejala Gangguan Kecemasan ( <i>Anxiety Disorder</i> ).....	35
2.3.4	Gejala Fisik dari Gangguan Kecemasan .....	36
2.3.5	Jenis Gangguan Kecemasan.....	37
2.3.6	HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale) .....	40
2.3.7	Patofisiologi Kecemasan Berkaitan dengan Fraktur .....	41
2.3.8	Tatalaksana pada Pasien Gangguan Kecemasan.....	45
2.4	Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Kecemasan .....	47
2.4.1	Asessment Klien .....	47
2.4.2	Pengkajian Data Objektif .....	56
2.4.3	Pengkajian Data Subjectif .....	56
2.4.4	Faktor Risiko Kecemasan .....	56
2.4.5	Kondisi Klinis Terkait.....	57
2.4.6	Rencana Keperawatan Pasien dengan Kecemasan .....	57
BAB III METODOLOGI PENELITIAN.....		60
3.1	Desain Penelitian .....	60
3.2	Batasan Istilah .....	60
3.3	Partisipan .....	61
3.4	Lokasi dan Waktu Penelitian.....	61
3.5	Pengumpulan Data .....	62
3.6	Uji Keabsaha Data .....	64
3.7	Analisa Data .....	65
3.8	Etika Penelitian.....	65
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN .....		67
4.1	Hasil.....	67
4.1.1	Pengkajian .....	67
4.1.2	Pemeriksaan Penunjang .....	74

4.1.3	Terapi .....	75
4.1.4	Analisa Data .....	75
4.1.5	Diagnosis Keperawatan.....	76
4.1.6	Rencana Tindakan Keperawatan.....	76
4.1.7	Implementasi Tindakan Keperawatan.....	78
4.1.8	Evaluasi Tindakan Keperawatan.....	78
4.2	Pembahasan .....	80
4.2.1	Pengkajian .....	80
4.2.2	Diagnosis Keperawatan.....	81
4.2.3	Rencana Keperawatan .....	82
4.2.4	Implementasi Keperawatan .....	85
4.2.5	Evaluasi Keperawatan .....	86
BAB V PENUTUP.....		88
5.1	Kesimpulan.....	88
5.1.1	Pengkajian .....	88
5.1.2	Diagnosis Keperawatan.....	89
5.1.3	Rencana Keperawatan .....	89
5.1.4	Implementasi Keperawatan .....	90
5.1.5	Evaluasi Keperawatan .....	90
5.2	Saran .....	91
Daftar Pustaka .....		93

## DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Identitas Klien .....	67
Tabel 4.2 Riwayat Penyakit .....	67
Tabel 4.3. Gambaran Konsep Diri .....	68
Tabel 4.4. Gambaran Hubungan Sosial.....	68
Tabel 4.5 Gambaran Spiritual .....	69
Tabel 4.6 Gambaran Kecemasan.....	69
Tabel 4.7 Tingkat Kecemasan Klien (penilaian HARS).....	69
Tabel 4.8 Proses Kehilangan ( <i>Kubbler-Ross</i> ) .....	70
Tabel 4.10 Pemeriksaan Fisik .....	71
Tabel 4.11 Pemeriksaan Penunjang .....	74
Tabel 4.12 Pemeriksaan Penunjang Klien .....	75
Tabel 4.13 Terapi obat klien .....	75
Tabel 4.14 Analisa data klien.....	75
Tabel 4.15 Diagnosa Keperawatan .....	76
Tabel 4.16 Rencana Tindakan Keperawatan Klien.....	76
Tabel 4.17 Implementasi Keperawatan Klien.....	78
Tabel 4.18 Evaluasi Keperawatan Klien.....	78
Tabel 4.19. Pembahasan Data Pengkajian .....	80
Tabel 4.20 Pembahasan Diagnosa Keperawatan .....	81
Tabel 4.21 Pembahasan Tujuan Intervensi Keperawatan .....	82
Tabel 4.22 Pembahasan Kriteria Hasil Intervensi Keperawatan.....	82
Tabel 4.23 Pembahasan Rencana Keperawatan.....	83
Tabel 4.24 Pembahasan Implementasi Keperawatan.....	85
Tabel 4.25 Pembahasan Evaluasi Keperawatan.....	86

**DAFTAR GAMBAR**

Gambar 1. Klasifikasi fraktur femoral head berdasarkan Pipkin .....	17
Gambar 2. Klasifikasi fraktur femoral neck berdasarkan Pauwel .....	17
Gambar 3. Klasifikasi fraktur femoral neck berdasarkan Garden .....	18
Gambar 4. Klasifikasi fraktur trokanter .....	18
Gambar 5. Klasifikasi fraktur femoral shaft menurut OTA .....	19
Gambar 6. Klasifikasi fraktur femoral shaft .....	19
Gambar 7. Klasifikasi fraktur femoral distal .....	20
Gambar 8. ORIF Femoral neck dengan pemasangan pin, plate, dan screw .....	23
Gambar 9. ORIF pada femoral neck dengan arthroplasti .....	23
Gambar 10. ORIF pada fraktur femoral shaft .....	24
Gambar 11. Pemasangan Intramedullary nailing .....	27
Gambar 12. Patofisiologi fraktur dengan ansietas .....	44

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Fraktur merupakan keadaan terputusnya kontinuitas tulang, retak, atau patahnya tulang yang utuh, biasanya diakibatkan karena adanya trauma atau tenaga fisik yang melampaui batas kemampuan tulang. Fraktur ekstremitas bawah dapat terjadi pada berbagai macam usia dari usia bayi hingga lansia. Seorang dengan fraktur ekstremitas bagian bawah akan mengalami gangguan mobilitas yang lebih besar dibandingkan dengan dialami pada ekstremitas bagian atas. Pasien dengan immobilisasi akan merasakan perubahan dalam konsep diri dan kecemasan tentang kondisi kesehatannya, serta faktor lain seperti masalah menurunnya kemandirian dan otonomi dalam melakukan aktivitas hidup sehari-hari. (Asmadi, 2009)

Pasien dengan fraktur, tindakan yang akan diberikan salah satunya adalah pembedahan, dalam prosesnya pasien mengalami pengalaman emosional berupa kecemasan mulai pada saat pre hingga post operasi. Kecemasan merupakan salah satu masalah psikologis yang dialami oleh pasien fraktur ekstremitas setelah dilakukannya pembedahan (Seviya *et al*, 2015). Dalam sebuah jurnal penelitian menurut Thomas & D'Silva (2012) bahwa 87% dari 60 orang yang mengalami fraktur ekstremitas bawah dan menjalani operasi terbuka mengalami kecemasan setelah operasi. Tingkat nyeri ditemukan bahwa memiliki hubungan yang signifikan dengan terjadinya kecemasan pada pasien post operasi. (Syahputra, 2013)

Kejadian fraktur di dunia berdasarkan jurnal penelitian oleh Bergh (2020), keseluruhan insiden fraktur di dunia adalah 1.229 orang per 100.000 individu dalam satu tahun. Indonesia melalui Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2018 menyatakan data kejadian patah tulang sebesar 5,5 % dan Departemen Kesehatan Republik Indonesia menyatakan kejadian fraktur pada ekstremitas bawah merupakan fraktur yang paling sering terjadi yaitu sekitar 46,2% dari seluruh kejadian fraktur yang ada. Melalui data RISKESDAS pula didapati Propinsi Jawa Timur untuk kejadian patah tulang adalah 58 %. Data Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur tahun 2018 menyatakan angka cedera karena kecelakaan lalu lintas rata-rata 2,21% dan Kota Malang menduduki rata-rata tingkat kecelakaan tertinggi di Propinsi Jawa Timur yaitu 4,74%. Menurut data rekam medik Rumah Sakit Panti Waluya Malang mulai 1 Januari 2019 hingga 31 Desember 2019 tercatat 83 kasus fraktur pada ekstremitas bagian bawah.

Fenomena yang pernah penulis temukan di Rumah Sakit Panti Waluya Sawahan Malang diantaranya adalah seorang remaja laki-laki dengan usia 19 tahun mengalami fraktur tulang femur (*close fraktur*) bagian kanan tepatnya pada batang femur, trauma didapat karena kecelakaan lalulintas. Pada saat datang pasien tampak kesakitan, tidak banyak berbicara saat dikaji, pasien tampak protektif pada area kaki. Pasien tampak tidak tenang, tampak dengan beberapa kali menanyakan keadaan dan apa yang akan dilakukan oleh dokter maupun perawat pada orang tuanya. Pasien menjalani tindakan operatif dan menjalani perawatan. Selama masa perawatan post operasi pasien mengalami keterbatasan mobilitas fisik, gangguan istirahat

tidur dan nyeri akut. Gejala kecemasan juga tampak pada pasien berupa pasien tampak tidak fokus, khawatir dan protektif, dan sulit tidur.

Berdasarkan latar belakang tersebut peneliti hendak mengangkat diagnosis fraktur ekstremitas bawah dengan masalah kecemasan dengan judul asuhan keperawatan pada pasien post operasi fraktur ekstremitas bawah dengan masalah kecemasan di Rumah Sakit Panti Waluya Sawahan Malang.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Masalah keperawatan yang muncul sekaligus yang difokuskan pada penelitian ini pada pasien post operasi fraktur yaitu dengan masalah Kecemasan (*Anxiety*). Permasalahan dalam penelitian ini adalah “bagaimana gambaran asuhan keperawatan pada pasien post operasi fraktur ekstremitas bawah dengan kecemasan di Ruang Rawat Inap RS Panti Waluya Sawahan Malang?”

## **1.3 Tujuan Studi Kasus**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran asuhan keperawatan pada pasien post operasi fraktur ekstremitas bawah dengan kecemasan di Ruang Rawat Inap RS Panti Waluya Sawahan Malang.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

Secara lebih khusus penelitian pada pasien masa post operasi fraktur ekstremitas bawah dengan kecemasan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Panti Waluya Sawahan Malang bertujuan untuk :

- 1) Menyusun asuhan keperawatan berdasar pengkajian pada pasien post operasi fraktur pada ekstremitas bagian bawah dengan masalah kecemasan.
- 2) Menetapkan diagnosis keperawatan yang dirumuskan pada pasien post operasi fraktur dengan kecemasan.
- 3) Menyusun rencana keperawatan pasien post operasi fraktur dengan masalah kecemasan.
- 4) Mendeskripsikan implementasi yang dilakukan pada asuhan keperawatan pasien post operasi fraktur dengan masalah kecemasan.
- 5) Mendeskripsikan hasil evaluasi pada asuhan keperawatan pasien post operasi fraktur dengan masalah kecemasan.

## **1.4 Manfaat Studi Kasus**

Adapun manfaat dari penelitian ini, diharapkan dapat ditinjau dari dua aspek yaitu segi teoritis dan praktis sebagai berikut :

### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

- 1) Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan atau mengembangkan ilmu keperawatan khususnya asuhan

keperawatan pada pasien post operasi fraktur ekstremitas bawah dengan kecemasan.

- 2) Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai sumber data bagi peneliti berikutnya khususnya yang terkait dengan asuhan keperawatan pada pasien post operasi fraktur dengan kecemasan.

#### **1.4.2 Manfaat Praktis**

- 1) Bagi perawat diharapkan hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai pedoman untuk memberikan asuhan keperawatan pada pasien post operasi fraktur ekstremitas bawah dengan kecemasan.
- 2) Bagi management diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan bahan bagi kepala ruangan dalam melakukan monitoring atau supervisi tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien post operasi fraktur ekstremitas bawah dengan kecemasan.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Anatomi Fisiologi Tulang Ektremitas Bawah**

Anatomi ekstremitas bawah terdiri atas tulang pelvis, femur, tibia, fibula, tarsal, metatarsal, dan tulang-tulang *phalangs*.

Bagian-bagian tulang ekstremitas kaudalis secara spesifik terbagi atas :

##### **2.1.1 Tulang paha (Femur)**

Femur atau tulang paha adalah tulang terpanjang dari tubuh. Tulang itu bersendi dengan asetabulum dalam formasi persendian panggul dan dari sini menjulur medial ke lutut dan membuat sendi dengan tibia. Tulangnya berupa tulang pipa dan mempunyai sebuah batang dan dua ujung. Pada bagian proksimal berartikulasi dengan pelvis dan dibagian distal berartikulasi dengan tibia melalui condyles. Di daerah proksimal terdapat prosesus yang disebut trochanter mayor dan trochanter minor, yang dihubungkan oleh garis intertrochanteric. Di bagian distal anterior terdapat condyle lateral dan condyle medial untuk artikulasi dengan tibia, serta permukaan untuk tulang patella. Di bagian distal posterior terdapat fossa intercondylar.

### **2.1.2 Tulang tempurung lutut (patella)**

Patela atau tulang tempurung lutut adalah tulang baji atau tulang *sesamoid* yang berkembang di dalam tendon otot kuadripsep ekstensor. *Apeks patela* meruncing ke bawah. Permukaan anterior adalah kasar. Permukaan posteriornya halus dan bersendi dengan permukaan pateler ujung bawah femur. Letaknya ada di depan sendi lutut, tetapi tidak ikut serta di dalamnya.

### **2.1.3 Tulang kering (tibia)**

Tibia merupakan tulang tungkai bawah yang letaknya lebih medial dibanding dengan fibula. Di bagian proksimal, tibia memiliki condyle medial dan lateral di mana keduanya merupakan facies untuk artikulasi dengan condyle femur. Terdapat juga facies untuk berartikulasi dengan kepala fibula di sisi lateral. Selain itu, tibia memiliki tuberositas untuk perlekatan ligamen. Di daerah distal tibia membentuk artikulasi dengan tulang-tulang tarsal dan malleolus medial.

Tibia atau tulang kering merupakan kerangka utama tungkal bawah dan terletak medial dari fibula atau tulang betis; tibia adalah tulang pipa dengan sebuah batang dan dua ujung. ujung atas memperlihatkan adanya kondil medial dan kondil lateral. Kondil-kondil ini merupakan bagian yang paling atas dan paling pinggir dari tulang. Permukaan superiornya memperlihatkan dua

dataran permukaan persendian untuk femur dalam formasi sendi lutut. Permukaan-permukaan tersebut halus dan di atas permukaannya yang datar terdapat tulang rawan serniltmar (setengah bulan) yang membuat permukaan persendian lebih dalam untuk penerimaan kondil femur.

Kondil lateral memperlihatkan posterior sebuah faset untuk persendian dengan kepala fibula pada sendi tibio-fibuler superior. Kondil-kondil ini di sebelah belakang dipisahkan lekukan popliteum. *Tuberkel tibia* ada di sebelah depan tepat di bawah kondil-kondil ini. Bagian depan memberi kaitan pada tendon patela, yaitu tendon dari insersi otot ekstensor kuadrisep. Bagian bawah tuberkel itu adalah subkutaneus dan sewaktu berlutut menyangga berat badan.

Bagian batang pada irisan melintang bentuknya segitiga. Sisi anteriornya paling menjulang dan sepertiga sebelah tengah terletak subkutan. Bagian ini membentuk krista tibia. Permukaan medial adalah subkutaneus pada hampir seluruh panjangnya dan merupakan daerah berguna tempat pengambilan serpihan tulang untuk transplantasi (bonegraft). Permukaan posterior ditandai oleh garis soleal atau linea poplitea, yaitu garis meninggi di atas tulang yang kuat dan yang berjalan ke bawah dan medial. Ujung bawah masuk dalam formasi persendian mata kaki. Tulangnya sedikit melebar dan ke bawah sebelah medial menjulang menjadi maleolus medial atau maleolus tibiae. Sebelah depan tibia halus

dan tendon-tendon menjulur di atasnya ke arah kaki. Permukaan lateral ujung bawah bersendi dengan fibula pada persendian tibio-fibuler inferior. Tibia membuat sendi dengan tiga tulang, yaitu femur, dan talus.

#### **2.1.4 Tulang betis (Fibula)**

Fibula merupakan tulang tungkai bawah yang letaknya lebih lateral dibanding dengan tibia. Di bagian proksimal, fibula berartikulasi dengan tibia. Sedangkan di bagian distal, fibula membentuk malleolus lateral dan facies untuk artikulasi dengan tulang-tulang tarsal. Fibula merupakan tulang sebelah lateral tungkai bawah. Tulang tersebut adalah tulang pipa dengan sebuah batang dan dua ujung. Ujung atas berbentuk kepala dan bersendi dengan bagian belakang luar tibia, tetapi tidak masuk dalam formasi sendi lutut. Batangnya ramping dan terbenam dalam otot tungkai, dan memberi banyak kaitan. Ujung bawah di sebelah bawah memanjang menjadi *malleolus lateralis* atau *malleolus fibulae*.

#### **2.1.5 Tulang tumit (calcaneus)**

*Calcaneus* atau tulang tumit adalah tulang terbesar telapak kaki. Tulang itu ada di sebelah belakang membentuk tumit dan mengalihkan berat badan diatas tanah ke belakang, memberi kaitan pada otot besar dari betis dengan perantaraan *tendon*

*Achilles* atau *tendon Calcaneus*. Sebelah atas bersendi dengan talus dan di depan dengan kuboid.

*Talus* atau tulang loncat merupakan pusat dan titik tertinggi tapak kaki. Tulang itu mendukung tibia dan di setiap sisi bersendi dengan maleolus; di bawah dengan *Calcaneus*.

*Navikular*, (tulang bentuk kapal) ada di sebelah medial kaki, antara talus di sebelah belakang dan tiga tulang *kuneiformis* di depan. Tiga tulang *Kuneiformis*, tulang bentuk baji, bersendi posterior dengan navikular dan anterior dengan tiga tulang metatarsal yang medial.

#### **2.1.6 Tulang pergelangan kaki (tarsal)**

Tarsal merupakan 7 tulang yang membentuk artikulasi dengan fibula dan di proksimal dan dengan metatarsal di distal. Terdapat 7 tulang tarsal, yaitu calcaneus (berperan sebagai tulang penyanggah berdiri), talus, cuboid, navicular, dan cuneiform.

#### **2.1.7 Tulang telapak kaki (meta tarsal)**

Metatarsal merupakan 5 tulang yang berartikulasi dengan tarsal di proksimal dan dengan tulang phalangs di distal. Khusus di tulang metatarsal 1 (ibu jari) terdapat 2 tulang sesamoid.

## 2.2 Konsep fraktur

### 2.2.1 Definisi

Fraktur adalah terputusnya keutuhan tulang, umumnya akibat trauma. (Tambayong, 2012) Fraktur merupakan diskontinuitas atau terganggunya kesinambungan jaringan tulang dan atau tulang rawan karena adanya trauma. Fraktur terjadi bila daya traumanya lebih besar dari daya lentur tulang fraktur dapat terjadi karena peristiwa trauma tunggal, tekanan yang berulang-ulang, atau kelemahan abnormal pada tulang fraktur patologis. (Hardisman, 2014) Fraktur didefinisikan pula sebagai kondisi terputusnya kontinuitas jaringan tulang karena penggunaan yang berlebihan atau tekanan langsung yang berlebihan pada tulang. Fraktur bisa juga terjadi karena aktivitas sehari-hari lirik, tetapi di dalam tulang tersebut ada kondisi patologis seperti keganasan. Fraktur jarang terjadi pada anak-anak karena tingkat elastisitasnya masih tinggi, berbeda dengan lansia dimana tingkat kepadatan tulang mengalami penurunan sebagai akibat dari osteoporosis. (Ikhda dkk, 2017)

Fraktur adalah gangguan dari kontinuitas yang normal dari suatu tulang. Jika terjadi fraktur, maka jaringan lunak disekitarnya juga seringkali terganggu. Radiografi (sinar-x) dapat menunjukkan keberadaan cedera tulang, tetapi tidak mampu menunjukkan otot atau ligamen yang robek, saraf yang putus, atau Pembuluh darah yang pecah yang dapat menjadi komplikasi pemulihan pasien. (Black & Hawks, 2014) Berdasarkan beberapa definisi maka fraktur dapat

disimpulkan sebagai keadaan terputusnya kontinuitas jaringan tulang yang menyebabkan keadaan tidak normal pada tulang dimana diakibatkan oleh beban gaya yang tidak dapat di atasi oleh tulang atau trauma.

Suratun (2008) mengatakan bahwa dampak yang akan terjadi pada pasien fraktur post operasi saat sadar dan menjalani proses perawatan adalah edema/bengkak, nyeri, imobilisasi, keterbatasan lingkup gerak sendi, penurunan kekuatan otot, pemendekan ekstremitas, perubahan warna, serta penurunan kemampuan untuk ambulasi dan berjalan karena luka bekas operasi dan luka bekas trauma. Selain masalah fisik di atas, pasien baik sebelum dan yang telah menjalani pembedahan umumnya akan mengalami masalah psikologis yaitu kecemasan. (Maisyaroh, 2015) Maisyaroh (2015) melalui jurnalnya juga memaparkan bahwa lokasi fraktur bisa menjadi penentu beratnya gangguan mobilitas yang dialami oleh pasien. Gangguan mobilisasi tersebut menjadi penyebab kecemasan pada pasien.

### **2.2.2 Etiologi**

Pada seorang dengan usia produktif antara usia 15 hingga 64 tahun memiliki beban aktivitas yang tinggi, sedangkan pada usia 35 hingga 40 tahun seseorang telah mengalami pengeroposan tulang dilain sisi pada rentang usia ini juga memiliki pola aktivitas dan produktivitas yang tinggi. Seorang dengan usia produktif dengan

pola dan produktivitas tinggi ini memiliki potensi tinggi terhadap terjadinya fraktur. Singer *et al* (2011) dalam jurnal penelitiannya pada 15.000 pasien di Scotlandia, Ia membagi atas tiga golongan faktor dari fraktur: pertama pada laki - laki usia produktif, kedua adalah orang dengan usia dewasa baik laki-laki ataupun wanita, ketiga adalah wanita pada usia diatas 40 tahun. Fraktur pada usia diatas 40 tahun merupakan dampak dari proses osteoporosis dimana pengeroposan tulang sudah mulai terjadi. Pasien fraktur biasanya pada wanita tua, dan berkaitan dengan onset terjadinya menopause osteoporosis (Solomon *et al*, 2010).

Tulang bersifat relatif rapuh namun mempunyai cukup kekuatan dan gaya pegas untuk menahan tekanan. Fraktur dapat diakibatkan oleh beberapa hal yaitu :

#### 1) Fraktur akibat peristiwa trauma

Sebagian fraktur disebabkan oleh kekuatan yang tiba-tiba berlebihan yang dapat berupa pemukulan, penghancuran perubahan pemuntiran, atau penarikan. Bila tekanan kekuatan langsung tulang dapat patah pada tempat yang terkena dan jaringan lunak juga pasti akan ikut rusak. Pemukulan biasanya menyebabkan struktur melintang dan kerusakan pada kulit di atasnya penghancuran kemungkinan akan menyebabkan fraktur komunitif disertai kerusakan jaringan lunak yang luas.

2) Fraktur akibat peristiwa kelelahan atau tekanan

Retak dapat terjadi pada tulang seperti halnya pada logam dan benda lain akibat tekanan berulang-ulang. Keadaan ini paling sering dikemukakan pada Tibia, fibula, atau metatarsal terutama pada atlet, penari atau calon tentara yang berjalan berbaris-baris dalam jarak yang jauh.

3) Fraktur patologik karena kelemahan pada tulang

Fraktur dapat terjadi oleh tekanan yang normal Kalau Tulang tersebut lunak (misalnya oleh tumor) atau tulang-tulang tersebut sangat rapuh.

### **2.2.3 Patofisiologi**

Ketika patah tulang, akan terjadi kerusakan di korteks (kortikal), pembuluh darah, sumsum tulang dan jaringan lunak. Akibat dari hal tersebut adalah terjadi perdarahan, kerusakan tulang dan jaringan sekitarnya. Keadaan ini menimbulkan hematoma pada kanal medulla antara tulang di bawah periostium dengan jaringan tulang yang mengatasi fraktur. Terjadinya respon inflamasi akibat sirkulasi jaringan nekrotik adalah ditandai dengan vasodilatasi dari plasma dan leukosit. Ketika terjadi kerusakan tulang, tubuh mulai melakukan proses penyembuhan untuk memperbaiki cedera, tahap ini menunjukkan tahap awal penyembuhan tulang. Hematom yang terbentuk bisa menyebabkan peningkatan tekanan dalam sumsum tulang yang kemudian merangsang pembebasan lemak dan gumpalan

lemak tersebut masuk ke dalam pembuluh darah yang mensuplai oksigen organ yang lain. Hematom menyebabkan dilatasi kapiler di otot, sehingga meningkatkan tekanan kapiler, kemudian menstimulasi histamin pada otot yang iskemik, dan menyebabkan protein plasma hilang dan masuk ke interstisial. Hal ini menyebabkan terjadinya edema. Edema yang terbentuk akan menekan ujung saraf, yang bila berlangsung lama bisa menyebabkan *syndroma compartement*. (Musliha, 2010)

#### 2.2.4 Klasifikasi Fraktur

*Fraktur sederhana* tidak merusak kulit di atasnya. Fraktur kompleks merusak kulit di atasnya. Fraktur *komplet*, artinya keutuhan tulangnya terputus atau tidak lengkap. Bila trauma itu sampai menghancurkan tulang menjadi tiga atau lebih fragmen maka disebut fraktur kominut *Comminuted*. Pada fraktur *impak*, terdapat fragmen yang terpendam dalam substansi yang lain. Ada pula fraktur *kompresi* dimana tulang tersebut hancur, umumnya mengenai tulang vertebra. Lain lagi fraktur depresi, umumnya pada tulang tengkorak, yang masuk ke dalam. (Tambayong, 2012)

Penggolongan tipe fraktur berdasarkan kerusakannya:

- 1) *Transverse fracture* : patahan tulang hanya seperti garis lurus dimana kedua ujung tulang masih berdampingan secara utuh.
- 2) *Comminuted fracture* : Fragmen tulang pecah menjadi beberapa potongan

- 3) *Displaced fracture* : Kedua ujung tulang sudah tidak menyatu kembali
  - 4) *Greenstick fracture* : Sering terjadi pada anak-anak, tulang tidak patah hanya jaringan tulang menjadi sedikit lunak
  - 5) *Hairline fracture* : Adanya retak atau celah pada tulang karena suatu kegiatan berulang (lari)
  - 6) *Closed (simple)* : Tulang patah dengan jaringan kulit tetap utuh
  - 7) *Open (compound)* : Tulang patah dan kulit mengalami kerusakan
- (Rini, 2019)

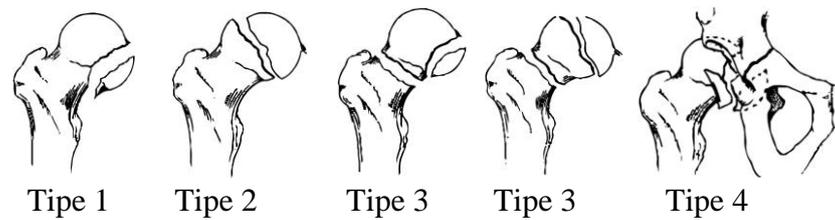
#### Fraktur Femur

Fraktur femur terdiri atas : *Femoral Head fraktur, Femoral Neck fraktur, Intertrochanteric fraktur, Subtrochanteric fraktur, Femoral shaft fraktur, Supracondylar/intercondylar Femoral fraktur (Distal Femoral fraktur).*

#### *Femoral Head fraktur*

Berdasarkan klasifikasi Pipkin :

- 1) Tipe 1 : fraktur di bawah fovea
  - 2) Tipe 2 : fraktur di atas fovea
  - 3) Tipe 3 : fraktur tipe I atau tipe II ditambah fraktur *femoral neck*
  - 4) Tipe 4 : fraktur tipe I atau tipe II ditambah fraktur acetabulum
- (Romeo, 2018)



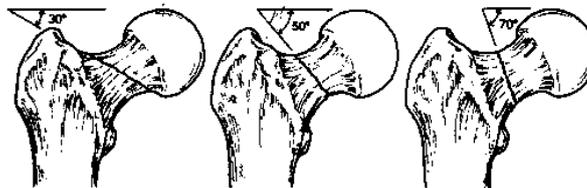
Gambar 1. Klasifikasi fraktur femoral head berdasarkan Pipkin

### *Femoral Neck fraktur*

Berdasarkan klasifikasi Pauwel :

- 1) Tipe 1 : sudut inklinasi garis fraktur  $< 30^\circ$
- 2) Tipe 2 : sudut inklinasi garis fraktur  $30 - 50^\circ$
- 3) Tipe 3 : sudut inklinasi garis fraktur  $> 70^\circ$

(Ochsner, 2010)



Gambar 2. Klasifikasi fraktur femoral neck berdasarkan Pauwel

Berdasarkan klasifikasi Garden

Garden 1 : fraktur inkomplet atau tipe abduksi / valgus atau impaksi

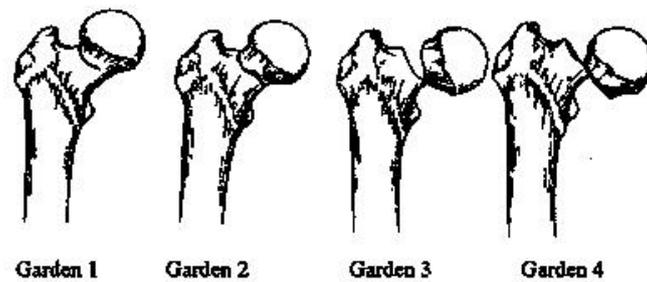
Garden 2 : fraktur lengkap, tidak ada pergeseran

Garden 3 : fraktur lengkap, disertai pergeseran tapi masih ada

perlekatan atau inkomplet disertai pergeseran tipe varus

Garden 4 : fraktur lengkap disertai pergeseran penuh

(Kazley, 2018)



Gambar 3. Klasifikasi fraktur femoral neck berdasarkan Garden

### *Trochanteric fraktur*

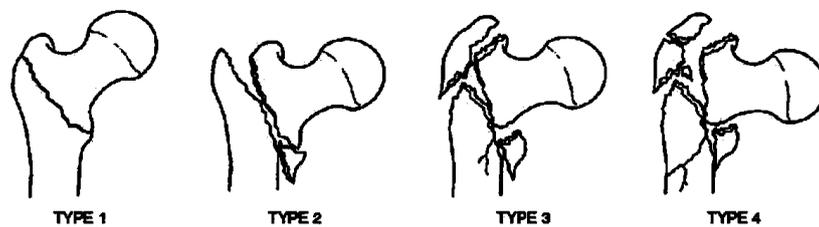
Diklasifikasikan menjadi 4 tipe

Tipe 1: fraktur melewati trokanter mayor dan minor tanpa pergeseran

Tipe 2: fraktur melewati trokanter mayor disertai pergeseran trokanter minor

Tipe 3: fraktur disertai fraktur komunitif

Tipe 4: fraktur disertai fraktur spiral



Gambar 4. Klasifikasi fraktur trokanter

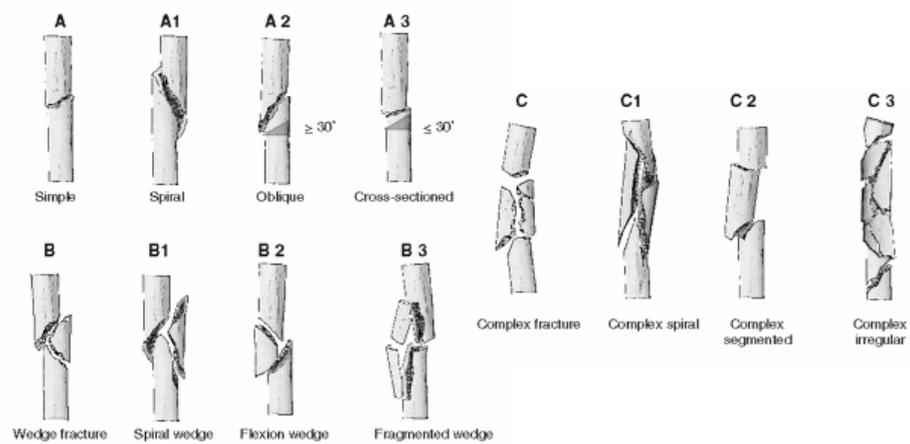
### *Femoral Shaft fraktur*

Klasifikasi OTA :

Tipe A : simple fraktur, antara lain fraktur spiral, oblik, transversal;

Tipe B : wedge/butterfly comminution fraktur;

Tipe C : Segmental comminution



Gambar 5. Klasifikasi fraktur femoral shaft menurut OTA

Klasifikasi Winquist-Hansen :

grade 0 : no comminution, tidak terjadi fraktur komunitif

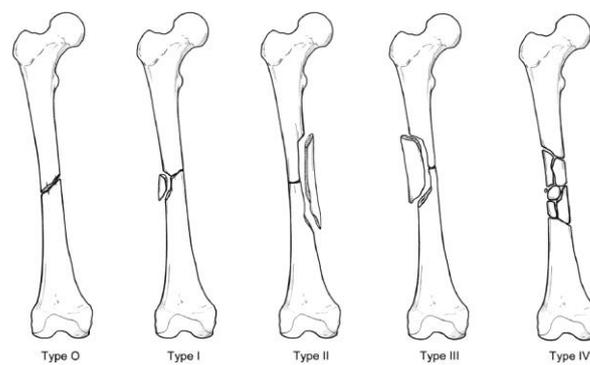
grade 1 : 25% butterfly, fragmen kecil/minimal komunitif

grade 2 : 25-50% butterfly, fragmen sedang atau fraktur segmental

grade 3 : >50% comminution, fragmen besar atau fraktur komunitif

grade 4 : segmental dengan bone loss, total fraktur komunitif shaft

dengan tanpa adanya kontak antar fragmen



Gambar 6. Klasifikasi fraktur femoral shaft

*Supracondylar / Intercondylar Femoral fraktur*

(Distal Femoral fraktur)

Klasifikasi Neer, Grantham, Shelton :

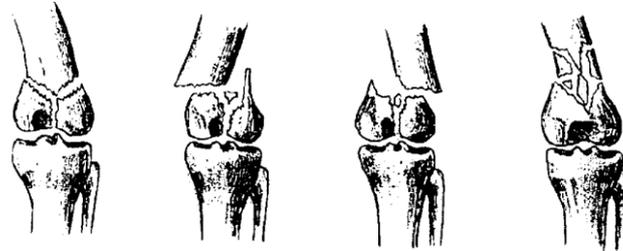
Tipe I : fraktur suprakondiler dan kondiler bentuk T

Tipe II A : fraktur suprakondiler dan kondiler dengan sebagian metafise (bentuk Y)

Tipe II B : bagian metafise lebih kecil

Tipe III : fraktur suprakondiler komunitif dengan fraktur kondiler

tidak total



Gambar 7. Klasifikasi fraktur femoral distal

### 2.2.5 Gambaran Klinik

Manifestasi klinik fraktur adalah sebagai berikut:

1) Nyeri

Nyeri dirasakan langsung setelah terjadi trauma. Hal ini dikarenakan adanya spasme otot, tekanan dari patahan tulang atau kerusakan jaringan sekitarnya.

2) Bengkak / edema

Muncul lebih cepat dikarenakan sayuran serosa yang terlokalisir pada daerah fraktur dan daerah di jaringan sekitarnya

3) Kehilangan Fungsi

Setelah terjadi fraktur, ekstremitas tidak bisa berfungsi dengan baik karena fungsi normal otot bergantung pada keutuhan tulang yang ditempeli oleh otot tersebut. Nyeri juga dapat mengakibatkan kehilangan fungsi dari ekstremitas tersebut.

4) Spasme otot

Merupakan kontraksi otot involunter yang terjadi di sekitar fraktur

5) Penurunan sensasi

Terjadi karena kerusakan saraf, terkenanya saraf karena edema.

6) Gangguan fungsi

Terjadi karena ketidakstabilan tulang yang fraktur, nyeri atau spasme otot. Paralisis dapat terjadi karena kerusakan syaraf.

7) Krepitasi

Merupakan rasa seperti retakan yang terjadi jika bagian-bagian tulang digerakan.

8) Deformitas

Posisi dari tulang sebagai hasil dari kecelakaan atau trauma dan pergerakan otot yang mendorong fragmen tulang ke posisi abnormal, menyebabkan tulang kehilangan bentuk normalnya.

9) Syok hipovolemik

Sebagai kompensasi jika terjadi perdarahan hebat

10) Gambaran x-ray menentukan fraktur

Gambaran ini akan menentukan lokasi dan tipe fraktur

### 2.2.6 Komplikasi

komplikasi akibat fraktur yang mungkin terjadi antara lain:

- 1) Shock
- 2) Infeksi
- 3) Nekrosis di vaskuler
- 4) Cedera vaskuler dan saraf
- 5) Mal Union
- 6) Borok akibat tekanan

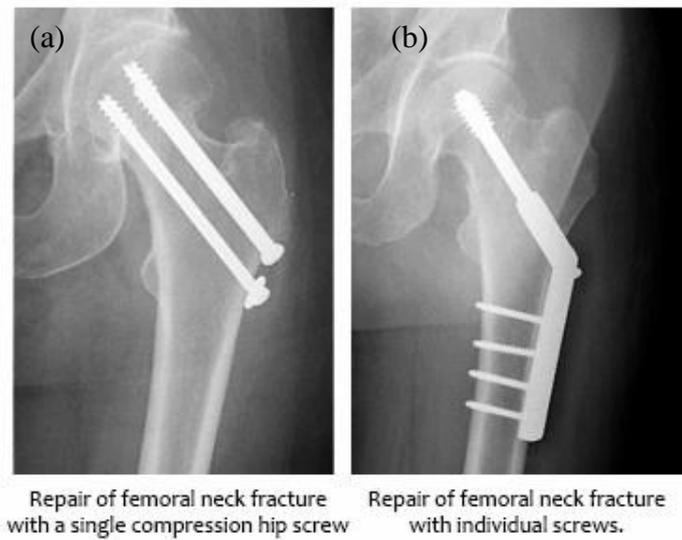
(Musliha,2010)

### 2.2.7 Penatalaksanaan Fraktur dengan Pembedahan

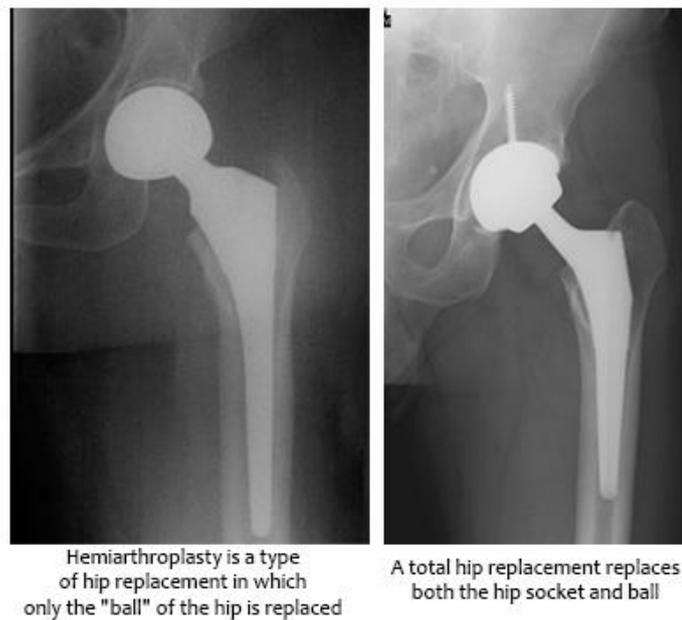
- 1) Indikasi Operasi pada fraktur Femur

Untuk fraktur femur dewasa, tipe Femoral Head, prinsipnya adalah reduksi terlebih dahulu dislokasi panggul. Pipkin 1, II post reduksi diterapi dengan *touch down weight-bearing* 4-6 minggu. Pipkin I, II dengan peranjakan >1mm diterapi dengan ORIF. Pipkin III pada dewasa muda dengan ORIF, sedangkan pada dewasa tua dengan endoprothesis. Pipkin IV diterapi dengan cara yang sama pada fraktur acetabulum.

Tipe Femoral Neck, indikasi konservatif sangat terbatas. Konservatif berupa pemasangan skin traksi selama 12-16 minggu. Sedangkan operatif dilakukan pemasangan *pin*, *plate* dan *screw* atau arthroplasti (pada pasien usia >55 tahun), berupa eksisi arthroplasti, hemiarthroplasti dan arthroplasti total.



Gambar 8. ORIF pada Femoral neck dengan (a) pemasangan screw,  
(b) Pin, plate, dan screw

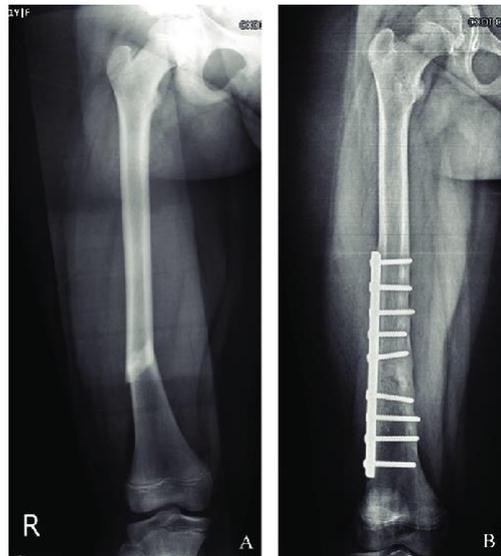


Gambar 9. ORIF pada femoral neck dengan arthroplasti

Fraktur Trochanteric yang tidak bergeser dilakukan terapi konservatif dan yang bergeser dilakukan ORIF. Penanganan konservatif dilakukan pada supracondylar dan intercondylar femur

atau proksimal tibia. Beban traksi 9 kg dan posisi lutut turns selama 12 minggu. Sedangkan untuk intercondylar, untuk terapi konservatif, beban traksi 6 kg, selama 12-14 minggu.

Fraktur Shaft femur bisa dilakukan ORIF dan terapi konservatif. Terapi konservatif hanya bersifat untuk mengurangi spasme, reposisi dan immobilisasi. Indikasi pada anak dan remaja, level fraktur terlalu distal atau proksimal dan fraktur sangat kominutif. Pada anak, Cast bracing dilakukan bila terjadi clinical union.



Gambar 10. ORIF pada fraktur femoral shaft

## 2) Kontra indikasi operasi

Pada pasien dengan fraktur terbuka, diperlukan debridement hingga cukup bersih untuk dilakukan pemasangan ORIF. Kontraindikasi untuk traksi, adanya thromboplebitis dan pneumonia. Atau pada pasien yang kondisi kesehatan tidak memungkinkan untuk operasi

### 3) Komplikasi operasi

Komplikasi pada fraktur femur, termasuk yang diterapi secara konservatif antara lain, bersifat segera: *syok, fat embolism, neurovascular injury* seperti *injury nervus pudendus, nervus peroneus, thromboembolism, volkmann ischemic* dan infeksi. Komplikasi lambat: *delayed union, non union, decubitus ulcer, ISK* dan *joint stiffness*. Pada pemasangan K- nail *adventitious bursa* jika fiksasi terlalu panjang, dan fiksasi tidak rigid jika terlalu pendek. Mortitas berkaitan dengan adanya syok dan embolisme.

### 4) Perawatan pasca bedah

Pasien dengan pemasangan traksi, rawat di ruangan dengan fasilitas ortopedi. Sedangkan pada pasien dengan pemasangan ORIF, rawat di ruangan pemulihan, cek hemoglobin pasca operasi.

### 5) Pelaksanaan *Follow up*

Untuk *Follow up* pasien dengan skeletal traksi, lakukan isometric exercise sesegera mungkin dan jika edema hilang, lakukan latihan isotonik. Pada fraktur femur 1/3 proksimal traksi abduksi  $>30^\circ$  dan exorotasi. Pada 1/3 tengah posisi abduksi  $30^\circ$  dan tungkai mid posisi, sedangkan pada 1/3 distal, tungkai adduksi  $< 30^\circ$  dan kaki mid posisi. Pada fraktur distal perhatikan ganjal lutut, berikan fleksi ringan,  $15^\circ$ . Setiap harinya, perhatikan arah, kedudukan traksi, posterior dan anterior bowing. Periksa denan roentgen tiap 2 hari

sampai accepted, kemudian tiap 2 minggu. Jika tercapai klinikal union, maka dilakukan weight bearing, half weight bearing dan non weight bearing dengan jarak tiap 4 minggu. Sedangkan untuk follow up pasca operatif, minggu 1 hari pertama kaki fleksi dan ekstensi, kemudian minggu selanjutnya miring-miring. Minggu ke-2 jalan dengan tongkat dan isotonik quadricep. Fungsi lutut harus pulih dalam 6 minggu.

#### 6) Indikasi operasi pada fraktur cruris

Indikasi untuk dilakukannya tindakan operatif pada fraktur cruris adalah adanya fraktur terbuka, gagal terapi konservatif, fraktur tidak stabil dan adanya nonunion. Jika fraktur Tibia dan fibula yang diperhatikan adalah reposisi Tibia. Angulasi dan rotasi yang paling ringan sekaligus dapat mudah terlihat dan dikoreksi. Pemendekan kurang dari 2 cm tidak akan jadi masalah karena akan dikompensasi pada waktu pasien sudah mulai berjalan. Meskipun demikian pemendekan sebaiknya tetap dihindari.

Fraktur Tibia dan fibula dengan garis fraktur transversal atau oblik yang stabil, cukup di imobilisasi dengan gips dan jan kaki puncak paha dengan lutut posisi fisiologis yaitu fleksi ringan, untuk mengatasi rotasi pada daerah fragmen. Setelah dipasang, harus Ditunggu sampai gips menjadi kering yang biasanya membutuhkan waktu 2 hari. Masa kini gips tidak boleh dibebani. Penyambungan fraktur diafisis biasanya terjadi antara 3 sampai 4 bulan. Angulasi

dalam gips biasanya dapat dikoreksi dengan membentuk insis baji pada gips. Pada fraktur yang tidak ada dislokasi diinstruksikan untuk menopang berat badan dan berjalan. Semakin cepat fraktur dibebani maka semakin cepat pula penyembuhannya. Keep tidak boleh dibuka sebelum pasien dapat berjalan tanpa nyeri.

Garis fraktur yang oblik dan membentuk spiral merupakan fraktur yang tidak stabil karena cenderung membengkok dan memendek sesudah reposisi. Oleh karena itu diperlukan tindakan reposisi terbuka dan penggunaan fiksasi internal atau eksternal. Fraktur dengan dislokasi fragmen tidak stabil membutuhkan traksi calcaneus terus-menerus. Setelah terbentuk kalus fibrosis, dipasang gips sepanjang tungkai dan jan hingga paha. Metode terapi alternatif lain pada fraktur Tibia tertutup adalah dengan intramedullary nailing dan bagian teratas Tibia. (Purnomo, 2018)



Gambar 11. Pemasangan Intramedullary nailing

### Metode operasi

- 1) Ekspos fraktur dilakukan dengan *anterolateral approach* yaitu melalui insisi 1 cm lateral batas anterior tibia. Jika diperlukan insisi dapat diperpanjang sampai seluruh tibia terekspos, tetapi prinsipnya panjang insisi harus cukup untuk mengekspos tibia tanpa retraksi *soft tissue* berlebihan.
- 2) Periosteum harus dipreservasi sebaik mungkin
- 3) Reduksi fragmen fraktur
- 4) Pemasangan plate pada permukaan anteromedial dengan memakai 6 screw pada masing-masing fragmen fraktur.

### Komplikasi operasi

Komplikasi pada fraktur Tibia dan fibula adalah cedera pada pembuluh darah, cedera saraf nama nervus peroneus, pembengkakan yang menetap, pertautan lambat, pseudoarthrosis dan kekakuan sendi pergelangan kaki.

Sindrom kompartemen sering ditemukan pada fraktur tungkai bawah tahap dini. Tanda gejala 5p harus diperhatikan siang dan malam pada hari pertama pasca cedera atau pasca bedah, yaitu nyeri (pain) pada keadaan istirahat, parestesia karena rangsangan saraf perasa, pucat karena iskemia, paresis atau paralisis karena gangguan saraf motorik, dan denyut nadi (pulse) tidak dapat diraba lagi. Selain itu didapatkan tekanan intra yang dapat diukur (pressure), gangguan perasaan yang nyata pada pemeriksaan yang membandingkan dua

titik (point) dan kontraktur jari dalam posisi fleksi karena kontraktur otot fleksor jari. Operasi fasciotomy ketiga kompartemen tungkai bawah merupakan operasi darurat yang harus dikerjakan segera setelah diagnosis ditegakkan sebab setelah kematian otot tidak ada kemungkinan fungsinya pulih kembali.

(Purnomo, 2018)

#### Perawatan Pasca Bedah

Post op sebaiknya tungkai dielevasi untuk mengurangi edema. *Weight bearing* harus ditunggu sampai fraktur benar-benar telah union. *Follow-Up* dilakukan setelah 16 minggu dilakukan foto X Ray kontrol dengan posisi AP Lateral dan 2 oblik untuk menilai fraktur sudah union. Jika fraktur telah union *weight bearing* bertahap dapat dimulai dengan bantuan kruk. Pasien harus tetap dimonitor untuk meyakinkan tidak terjadinya displacement.

(Purnomo, 2018)

#### Pelaksanaan *Follow-up*

Setelah 16 minggu dilakukan foto X Ray kontrol dengan posisi AP, Lateral dan 2 oblik untuk menilai fraktur sudah union. Jika fraktur telah union *weight bearing* bertahap dapat dimulai dengan bantuan kruk. Pasien harus tetap dimonitor untuk meyakinkan tidak terjadinya displacement.

## 2.3 Konsep Kecemasan (*Anxiety*)

### 2.3.1 Definisi

Gangguan kecemasan merupakan kecemasan yang berlebihan seperti kecemasan akan harga diri, kecemasan akan masa depan, dan sebagainya. Kegelisahan terjadi teramat konstan atau banyak, atau ketika aktivitasnya telah melewati batas normal. Gangguan kecemasan juga diartikan sebagai ketegangan yang memuncak, sehingga menimbulkan kegelisahan dan kehilangan kendali akibat adanya penilaian yang subjektif dari komunikasi interpersonal. Hal ini juga diartikan sebagai proses kekawatiran yang tidak jelas dan menyebar yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. (Jaya, 2015) Kecemasan (ansietas) adalah respon psikologik terhadap stres yang mengandung komponen fisiologik dan psikologik. Reaksi fisiologis terhadap ansietas merupakan reaksi yang pertama timbul pada sistem saraf otonom, meliputi peningkatan frekuensi nadi dan respirasi, pergeseran tekanan darah dan suhu, relaksasi otot polos pada kandung kemih dan usus, kulit dingin dan lembab. (Widyastuti, 2015). Menurut Kusumawati (2012) cemas atau ansietas adalah sebuah emosi dan pengalaman subjektif dari seseorang. Pengertian lain cemas adalah suatu keadaan yang membuat seseorang tidak nyaman dan terbagi dalam beberapa tingkatan. Cemas berkaitan dengan perasaan yang tidak pasti dan tidak berdaya.

Menghadapi ketakutan atau merasa gelisah adalah hal normal pada setiap orang. Cemas muncul oleh sebab ketidaktahuan. Seorang akan merasa cemas saat menghadapi sesuatu yang belum dipahami atau asing baginya, dengan respon cemas ini seseorang akan bertindak dengan hati-hati. Dalam hal ini cemas yang dialami seseorang adalah kecemasan yang terukur, berada dalam rentang normal yang mana tidak berdampak pada perubahan tingkah laku atau mengganggu pola pikir. Respon cemas adalah baik karena dengan adanya rasa cemas dalam menghadapi sesuatu kondisi maka seorang akan terdorong untuk memikirkan segala macam kemungkinan yang dapat terjadi, mempersiapkannya dan berusaha mencapai keadaan selamat. Respon cemas yang normal disertai dengan proses pikir kritis yang berjalan bersamaan, sehingga seseorang berada dalam fase tenang.

Gangguan kecemasan merupakan kecemasan yang berlebihan seperti kecemasan akan harga diri, kecemasan akan masa depan, dan sebagainya. Keadaan fraktur pada pasien ini berkaitan dengan faktor-faktor yang memicu perasaan cemas karena adanya *disability* seperti pekerjaan, imobilisasi, lokasi fraktur, nyeri, atau dukungan keluarga. Gangguan ini adalah normal bila kita memiliki perasaan khawatir dan merasa tegang atau takut bila berada di bawah tekanan atau stres dalam menghadapi situasi. Meskipun tidak mengenakkan, namun gelisah tidak selalu hal yang buruk. Sebenarnya kegelisahan dapat membantu untuk tetap waspada dan fokus, memacu individu untuk

melakukan tindakan, dan memotivasi untuk memecahkan masalah. Akan tetapi ketika kegelisahan terjadi sangat konstan atau banyak atau ketika aktivitas kita telah melewati batas normal, maka hal tersebut akan masuk ke dalam wilayah *Anxiety disorder*. Dengan demikian, pengertian gangguan kecemasan dapat diartikan sebagai suatu ketegangan yang memuncak sehingga menimbulkan kegelisahan dan kehilangan kendali akibat adanya penilaian yang subjektif dari proses komunikasi interpersonal (Nasir & Muhith, 2011).

Long (2000) dalam Widyastuti (2015) mengemukakan kaitan kecemasan dengan pasien yang mengalami fraktur yaitu bahwa respon psikologis klien secara umum berhubungan adanya ansietas menghadapi anestesi, diagnosa penyakit yang belum pasti, keganasan, nyeri, ketidaktahuan tentang prosedur operasi dan sebagainya. Keadaan ini berkaitan dengan tingkat pengetahuan pasien serta bagaimana sikap perawat dalam melakukan pencegahan *anxiety*.

Dampak yang dapat terjadi pada pasien dengan kecemasan adalah perasaan ketakutan, konsentrasi terganggu, tegang dan gelisah, stress, dan gangguan emosi seperti cepat marah. (Nasir,2011) Hal-hal dalam jangka waktu yang panjang jika tidak teratasi akan berdampak salah satunya pada penurunan kondisi fisik terkait dengan sistem hormonal. Seorang dengan kondisi stress berat mempengaruhi ekskresi kortisol yang berdampak pada sistem

kekebalan tubuh. Kortisol bekerja dengan meningkatkan kadar glukosa darah, menekan kerja sistem imun dan meningkatkan metabolisme lemak, protein, dan karbohidrat. Kadar kortisol yang tinggi dapat menekan dan meningkatkan kerentanan pada sistem kekebalan tubuh. Sel limfosit dan makrofag merupakan sel-sel yang penting dalam pengaturan proses imun-peradangan, karena makrofag berperan pada sistem kekebalan bawaan dan limfosit berperan pada sistem kekebalan adaptif. Kortisol yang merupakan hormon stres, berperan dalam efek negatif pada limfosit dan makrofag yaitu dapat menurunkan jumlah kedua sel tersebut. Kantasa *et al* (2016). Ekskresi kortisol yang terjadi pada proses trauma ini juga menghambat pembentukan tulang. (Lisdiana, 2012) Selain itu pasien dengan keadaan stress yang tidak terkontrol dapat berdampak pada proses *recovery* yang lambat. Keadaan pasien yang mengalami kecemasan dengan penurunan lapang persepsi membuat segala hal dan tindakan yang dilakukan cenderung tidak terarah dan berisiko.

### **2.3.2 Tingkat kecemasan**

- 1) Kecemasan ringan
  - a) Individu Waspada
  - b) Lapang persepsi luas
  - c) Menajamkan indra
  - d) Dapat memotivasi individu untuk belajar dan mampu memecahkan masalah secara efektif

- e) Menghasilkan pertumbuhan dan kreatif
- 2) Kecemasan sedang
- a) Individu hanya fokus pada pikiran yang menjadi perhatiannya
  - b) Terjadi penyempitan lapang persepsi
  - c) Masih dapat melakukan sesuatu dengan arahan orang lain
- 3) Kecemasan berat
- a) Lapang persepsi individu sangat sempit
  - b) Perhatian hanya pada detail yang kecil (spesifik) dan tidak dapat berpikir tentang hal-hal yang lain
  - c) Seluruh perilaku dimaksudkan untuk mengurangi kecemasan dan perlu banyak perintah atau arahan untuk fokus pada area lain
- 4) Panik
- a) Individu kehilangan kendali diri dan detail
  - b) Detail perhatian hilang
  - c) Tidak bisa melakukan apapun meskipun dengan perintah
  - d) Terjadi peningkatan aktivitas motorik
  - e) Berkurangnya kemampuan berhubungan dengan orang lain
  - f) Penyimpangan persepsi dan hilangnya pikiran rasional, tidak mampu berfungsi secara efektif
  - g) Biasanya disertai dengan disorganisasi kepribadian

(Kusumawati,2010)

Kriteria serangan panik adalah palpitasi, berkeringat, gemetar atau goyah, sesak nafas merasa tersedak, nyeri dada, mual dan distress abdominal.

### **2.3.3 Tanda dan Gejala Gangguan Kecemasan (*Anxiety Disorder*)**

Gangguan kecemasan adalah keseluruhan yang terkait kondisi kegelisahan, yang terlihat sangat berbeda pada tiap orang. Setiap individu berbeda dalam menghadapi suatu stimulus. Satu individu mungkin menderita kegelisahan secara intensif, serangan yang menyerang tanpa peringatan, sementara yang lain mendapat gugup dan tidak berdaya. Terkadang seseorang mencoba untuk menghilangkan perasaan takut atau perasaan takut tersebut justru menyelimuti hingga membuat pikiran membosankan. Keadaan tersebut semua akan menjadi lebih parah Ketika seseorang merasa terancam. Namun walaupun berbeda bentuk, semua gangguan kecemasan memiliki 1 gejala utama, yaitu tetap takut atau timbul perasaan khawatir dalam situasi dimana Kebanyakan orang tidak akan merasa terancam.

Selain gejala utama yang berlebihan yang ditandai dengan perasaan takut dan khawatir, tanda umum lainnya dari gejala perasaan gelisah adalah sebagai berikut.

- 1) Perasaan ketakutan
- 2) Terganggu berkonsentrasi
- 3) Merasa tegang dan gelisah

- 4) Antisipasi yang terburuk
- 5) Cepat marah, resah
- 6) Merasakan adanya tanda-tanda
- 7) Merasa seperti hilang dan pikiran kosong

#### **2.3.4 Gejala Fisik dari Gangguan Kecemasan**

Kegelisahan yang terdapat pada gangguan kecemasan tidak hanya sekedar menyerang perasaan, namun juga berdampak pada kondisi fisik. Sebagai manifestasi dari tubuh memerangi atau menjaga keseimbangan (homeostasis), kegelisahan melibatkan berbagai gejala fisik. Oleh karena terdapat berbagai gejala fisik, maka mereka sering mengeluh mengenai adanya penyakit medis. Mereka sering mengunjungi banyak dokter dan bolak-balik ke berbagai rumah sakit sebelum ditegakkannya diagnosis gangguan kecemasan (anxiety disorder). Gejala gelisah fisik secara umum pada gangguan kecemasan adalah sebagai berikut.

- 1) Jantung berdebar
- 2) Berkeringat (sweating)
- 3) Mual-mual atau pusing
- 4) Peningkatan frekuensi BAB atau diare
- 5) Sesak nafas, tremor, dan kejang (twitches)
- 6) Ketegangan otot
- 7) Sakit kepala (headaches)
- 8) Kelelahan, insomnia

Keluhan umum pada gangguan kecemasan adalah tetap takut dan timbul perasaan khawatir dalam situasi dimana kebanyakan orang tidak akan merasa terancam. Tanda umum lainnya adalah:

- 1) Perasaan ketakutan
- 2) Konsentrasi terganggu
- 3) Merasa tegang dan gelisah
- 4) Antisipasi yang terburuk
- 5) Cepat marah, terserah
- 6) Merasakan adanya tanda bahaya
- 7) Merasa seperti hilang dan pikiran kosong

### **2.3.5 Jenis Gangguan Kecemasan**

#### *1) Generalized anxiety disorder*

Gambaran dari kelainan ini adalah adanya anxietas yang menyeluruh dan menetap. Gejala yang dominan sangat bervariasi tetapi keluhan tegang dan berkepanjangan, gemetar, ketegangan otot, kepala terasa ringan, palpitasi, dan sakit kepala.

#### *2) Obsessif-compulsive disorder (OCD)*

Obsesif. pikiran, perasaan, ide atau sensasi yang mengganggu. Dapat dikatakan bahwa objektif merupakan pikiran, perasaan, ide yang berulang, tidak bisa dihilangkan dan tidak dikehendaki.

Kompulsif. pikiran atau perilaku yang disadari, dilakukan dan recurrent, misalnya menghitung, memeriksa, mencari, atau

menghindari. Keadaan ini merupakan tingkah laku yang berulang, tidak bisa dihilangkan dan tidak dikehendaki. (Jaya, 2015)

### 3) *Panic disorder*

Dicirikan dengan adanya serangan panik yang pertama seringkali spontan tanda-tanda kan ada serangan panik, walaupun serangan panik kadang-kadang arti setelah luapan kegembiraan, kelelahan fisik, aktivitas seksual, atau trauma emosional. Klinisi harus berusaha untuk mengetahui tiap kebiasaan atau situasi yang sering mendahului serangan panik. Serangan sering dimulai dengan.e yang meningkat dengan cepat selama 10 menit. Pasien biasanya tidak mampu menyebutkan sumber ketakutannya. Pasien mungkin merasa kebingungan dan mengalami kesulitan dalam memusatkan perhatian. Tanda fisik yang terjadi adalah takikardi, palpitasi, sesak nafas, dan berkeringat. Pasien sering kali mencoba untuk mencari bantuan. Serangan biasanya berlangsung 20 sampai 30 menit.

### 4) *Social anxiety disorder*

Suatu ketakutan yang tidak rasional, yang menyebabkan penghindaran an an-nisa terhadap objek, aktivitas, atau situasi yang ditakuti. Selain itu juga dapat digambarkan sebagai ketakutan yang tidak realistis, dibesar-besarkan, atau takut pada suatu objek, aktivitas, atau situasi yang pada kenyataannya tidak ada sedikitpun bahaya yang mengancam. Phobia yang umum terjadi termasuk takut

binatang seperti ular dan laba-laba, takut terbang, dan takut ketinggian. Fobia sosial bisa diidentifikasi melalui gambaran: Rasa takut yang jelas, menetap dan berlebihan atau tidak beralasan (objek atau situasinya).

#### 5) *Post traumatic stress disorder*

*Post traumatic stress disorder* adalah jenis gangguan kecemasan yang dapat terjadi setelah melukai atau mengancam kehidupan orang lain. Gejalanya termasuk adanya kilas balik (*flashback*) mengenai mimpi buruk tentang apa yang terjadi, kewaspadaan yang berlebihan, menarik diri dari orang lain, dan menghindari situasi yang mengingatkan seseorang tentang aktivitas tersebut pasien dapat diklasifikasikan menderita gangguan stress pasca trauma, bila mereka mengalami suatu stres yang akan bersifat traumatik bagi hampir semua orang. Trauma bisa berupa trauma peperangan, bencana, penyerangan, pemerkosaan, juga kecelakaan.

Gangguan stress pasca trauma dapat disebabkan oleh hal-hal berikut ini.

- a) Pengalaman kembali trauma melalui mimpi atau pikiran
- b) Penghindaran yang persisten oleh penderita terhadap trauma
- c) Pengumpulan responsivitas pada penderita, kesadaran berlebihan dan persisten

- d) Gejala penyerta yang sering terjadi yang menyebabkan gangguan stress pasca trauma adalah depresi, dan kesulitan kognitif (pemusatan perhatian yang buruk).
- e) Prevalensi gangguan stress pasca trauma diperkirakan 1 sampai 3% populasi umum, 5 sampai 15% lainnya mengalami bentuk gangguan yang subklinis. Walaupun gangguan stress pasca trauma dapat terjadi pada setiap usia, namun gangguan paling menonjol ada pada usia dewasa muda. (Nasir & Muhith, 2011)

### **2.3.6 HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale)**

Tingkat kecemasan dapat diukur dengan pengukuran skor kecemasan menurut alat ukur kecemasan yang disebut HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale). Skala HARS merupakan pengukuran kecemasan yang didasarkan pada munculnya gejala pada individu yang mengalami kecemasan. Menurut skala HARS terdapat 14 gejala yang nampak pada individu yang mengalami kecemasan. Setiap item yang diobservasi diberi 5 tingkatan skor antara 0 (Not Present) sampai dengan 4 (severe).

Skala HARS pertama kali digunakan pada tahun 1959, yang diperkenalkan oleh Max Hamilton dan sekarang telah menjadi standar dalam pengukuran kecemasan terutama pada penelitian clinical trial. Skala HARS telah dibuktikan memiliki validitas dan reliabilitas cukup tinggi untuk melakukan pengukuran kecemasan pada penelitian *clinical trial* yaitu 0,93 dan 0,97. Kondisi ini

menunjukkan bahwa pengukuran kecemasan dengan menggunakan skala HARS akan diperoleh hasil yang valid dan reliable.

Skala HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale) dalam penilaian kecemasan terdiri dari 14 item, meliputi.

- 1) Perasaan cemas firasat buruk, takut akan pikiran sendiri mudah tersinggung.
- 2) Ketegangan merasa tegang, gelisah, gemetar, mudah terganggu dan lesu.
- 3) Ketakutan: takut terhadap gelap, terhadap orang asing, bila tinggal sendiri dan takut pada binatang besar.
- 4) Gangguan tidur: sukar memulai tidur, terbangun pada malam hari, tidur tidak pulas dan mimpi buruk.
- 5) Gangguan kecerdasan: penurunan daya ingat, mudah lupa dan sulit konsentrasi.
- 6) Perasaan depresi: hilangnya minat, berkurangnya kesenangan pada hobi, sedih, perasaan tidak menyenangkan sepanjang hari.
- 7) Gejala somatik: nyeri pada otot-otot dan kaku, gertakan gigi, suara tidak stabil dan kedutan otot.

### **2.3.7 Patofisiologi Kecemasan Berkaitan dengan Fraktur**

Segala bentuk prosedur pembedahan selalu didahului dengan suatu reaksi emosional tertentu oleh pasien, apakah reaksi tersebut jelas atau tersembunyi, normal atau abnormal. Sebagai contoh, ansietas pra operatif kemungkinan merupakan suatu respon antisipasi

terhadap suatu pengalaman yang dapat dianggap pasien sebagai suatu ancaman terhadap perannya dalam hidup, integritas tubuh, atau bahkan kehidupannya itu sendiri. Sudah diketahui bahwa pikiran yang bermasalah secara langsung mempengaruhi fungsi tubuh. Karenanya, penting artinya untuk mengidentifikasi kecemasan yang dialami pasien (Brunner & Suddarth, 2016).

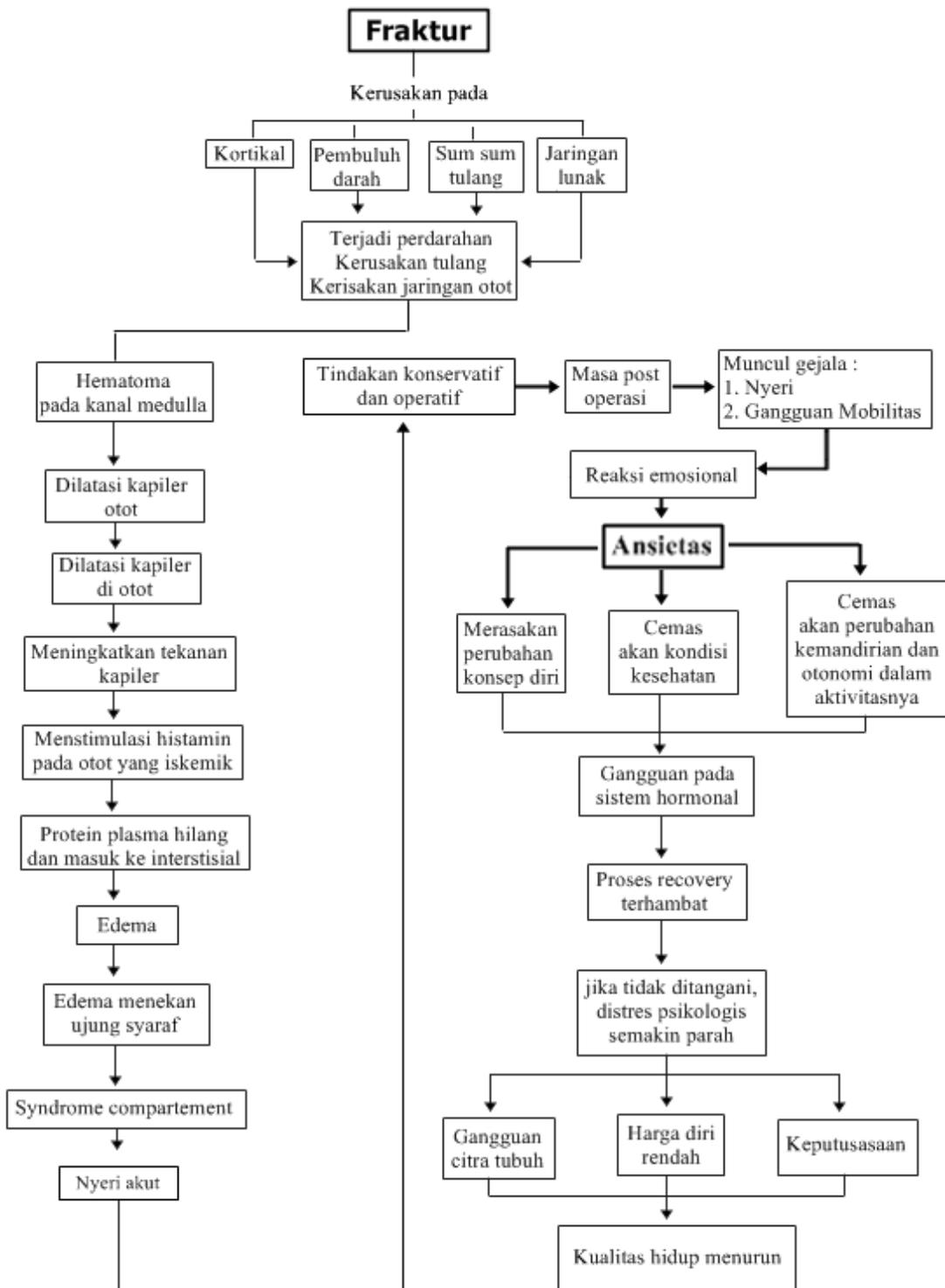
Kecemasan adalah gangguan alam perasaan yang ditandai dengan perasaan ketakutan atau kekhawatiran yang mendalam dan berkelanjutan, tidak mengalami gangguan dalam menilai realitas, kepribadian masih tetap utuh, perilaku dapat terganggu tetapi masih dalam batas-batas normal (Hawari, 2016).

Berbagai alasan kecemasan pada pasien pra bedah antara lain cemas menghadapi pembiusan, takut mati saat operasi, cemas menghadapi citra tubuh yang berupa cacat yang akan mengganggu fungsi peran pasien, dan cemas masalah biaya perawatan yang membengkak. Pandangan bahwa pembedahan akan menimbulkan kerusakan pada bagian tubuh tertentu serta nyeri yang hebat menyebabkan klien pada umumnya merasa takut atau cemas. Kecemasan pre operasi bersifat subyektif, dan secara sadar perasaan tentang kecemasan serta ketegangan yang disertai perangsangan sistem saraf otonom menyebabkan peningkatan tekanan darah, denyut jantung, dan tingkat respirasi. Respon berlebih yang disebabkan oleh cemas inilah yang ditakutkan dapat mempengaruhi keberhasilan pelaksanaan pembedahan, terutama terjadinya peningkatan tekanan

darah karena dapat memicu respon yang lebih besar selain itu juga dapat mempengaruhi status kesehatan serta dapat mengubah prosedur diagnosis yang telah ditentukan (Wahyuningsih, 2011).

Tekanan darah adalah gaya yang dikeluarkan darah melawan dinding arteri. Tekanan paling tinggi ketika darah dipompa oleh ventrikel kiri. Tekanan darah setiap orang naik dan turun, bukan hanya dengan setiap denyutan tetapi juga bergantung pada kondisi terjaga atau tertidur, melakukan pekerjaan berat atau bersantai, dan bergairah atau tenang. Bahkan orang yang biasanya memiliki tekanan darah tinggi sementara selama stres (Wade, 2016).

Pathway fraktur



Gambar 12. Patofisiologi fraktur dengan ansietas

### 2.3.8 Tatalaksana pada Pasien Gangguan Kecemasan

Dalam penataksanaan pasien dengan fraktur terutama bagian ekstremitas bawah adalah tindakan pembedahan. Dalam rangka mempertahankan bentuk dan memperbaiki fungsi bagian tulang yang rusak salah satunya dengan prosedur open reduksi. Open reduksi adalah proses perbaikan bentuk tulang dengan tindakan pembedahan, sering dilakukan dengan internal fiksasi menggunakan kawat, sclerus, pins, plate, intermedullary rod atau nail. Kelebihan tindakan ini adalah kemungkinan infeksi dan komplikasi berhubungan dengan anesthesia. Jika dilakukan open reduksi internal fiksasi pada tulang (termasuk sendi) maka akan ada indikasi untuk melakukan ROM. (Musliha, 2010) Selain prosedur operatif, pasien dengan fraktur juga mendapat tindakan bidai dengan tujuan memfiksasi sendi dan pembatasan gerak bagian yang mengalami fraktur.

Terapi kognitif- perilaku dan eksposur adalah 2 terapi yang efektif untuk perawatan gangguan kecemasan. Keduanya adalah jenis terapi perilaku, yang berarti mereka berfokus pada perilaku bukan pada konflik atau masalah psikologis dari masa lalu. Terapi perilaku untuk kegelisahan biasanya berlangsung selama 5 sampai 20 sesi per minggu.

- 1) Kognitif behavior terapi, arti kognitif perilaku berfokus pada pemikiran selain perilaku. Bila digunakan dalam perawatan gangguan kecemasan, terapi kognitif perilaku membantu kita mengidentifikasi tantangan yang negatif dari suatu pola berpikir

dan kepercayaan yang irasional sehingga menyebabkan kegelisahan.

- 2) Exposure therapy, dengan terapi ini pasien dilindungi dari suatu ketakutan sehingga pasien merasa aman, dengan cara mengontrol lingkungannya. Melalui penelusuran peristiwa kejadian yang lalu, baik dalam imajinasi atau kenyataannya atau yang selalu dikhawatirkan baik objek atau situasi, pasien akan diharapkan mampu untuk mengontrol ketakutannya dan secara perlahan dapat menurunkan kecemasannya secara bertahap.

Dalam kasus gangguan kecemasan ringan, peralatan berikut ini dapat memberikan bantuan yang cukup bagi diri penderita sendiri.

- 1) Latihan-latihan, penelitian menunjukkan bahwa dengan 30 menit latihan yang dilakukan 3 sampai 5 kali dapat memberikan bantuan untuk mengatasi kegelisahan secara signifikan. Untuk mencapai hasil yang maksimal, setidaknya bisa melakukan latihan aerobik 1 jam perhari.
- 2) Teknik relaksasi, bila dilakukan secara teratur, teknik relaksasi seperti meditasi, pemusatan pikiran, relaksasi otot progresif, kontrol pernapasan, dan visualisasi dapat mengurangi kegelisahan dan meningkatkan perasaan santai, serta kestabilan emosional.
- 3) Biofeedback, menggunakan sensor yang mengukur secara spesifik fungsi fisiologis, seperti: Denyut jantung, bernapas, dan

ketegangan otot. Biofeedback mengajarkan kita untuk mengenali tubuh saat terjadi kegelisahan.

- 4) Sipnotis, kadang-kadang digunakan dalam kombinasi dengan terapi kognitif perilaku untuk kegelisahan. Saat kita sedang berada pada keadaan yang sangat rileks, biasanya hipnoterapis banyak memberikan sugesti positif untuk membangun kita menghadapi ketakutan dan melihat ketakutan melalui persepsi yang baru. (Nasir & Muhith, 2011)

## **2.4 Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Kecemasan**

### **2.4.1 Asessment Klien**

#### 1) Identitas klien

Identitas klien merupakan data yang berfungsi untuk identifikasi data pribadi klien dengan kelengkapan nama lengkap klien, usia, status pernikahan, suku bangsa, pendidikan, pekerjaan, alamat, serta penganggungjawab klien selama dirawat.

#### 2) Keluhan utama

Keluhan utama pada pasien fraktur paling umum adalah perasaan nyeri (nyeri kronik) pada bagian yang mengalami trauma.

#### 3) Riwayat penyakit sekarang

Pengumpulan data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari fraktur, yang nantinya membantu dalam membuat rencana tindakan terhadap klien. Ini bisa berupa kronologi terjadinya penyakit tersebut sehingga nantinya bisa ditentukan kekuatan

yang terjadi dan bagian tubuh mana yang terkena. Selain itu, dengan mengetahui mekanisme terjadinya kecelakaan bisa diketahui luka kecelakaan yang lain.

4) Riwayat penyakit dahulu

Pada pengkajian ini ditemukan kemungkinan penyebab fraktur dan memberi petunjuk berapa lama tulang tersebut akan menyambung. Selain itu, penyakit diabetes dengan luka di kaki sangat beresiko terjadinya osteomyelitis akut maupun kronik dan juga diabetes menghambat proses penyembuhan tulang.

5) Riwayat penyakit keluarga

Penyakit keluarga yang berhubungan dengan penyakit tulang merupakan salah satu faktor predisposisi terjadinya fraktur, seperti diabetes, osteoporosis yang sering terjadi pada beberapa keturunan, dan kanker tulang yang cenderung diturunkan secara genetik

6) Riwayat psikososial-spiritual

Merupakan respons emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya dan peran klien dalam keluarga dan masyarakat serta respon atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-harinya baik dalam keluarga ataupun dalam masyarakat

7) Pola fungsi kesehatan

a) Pada kasus fraktur dapat timbul ketidakkuatan akan terjadinya kecacatan pada dirinya dan harus menjalani penatalaksanaan kesehatan untuk membantu penyembuhan tulangnya. Selain

itu, pengkajian juga meliputi kebiasaan hidup klien seperti penggunaan obat steroid yang dapat mengganggu metabolisme kalsium, pengonsumsi alkohol yang bisa mengganggu keseimbangannya dan apakah klien melakukan olahraga atau tidak.

b) Pola nutrisi

Dilakukan dengan cara *recall* sebagai estimasi pola makan atau lebih baik jika dikaji menggunakan *food history*.

Pada klien fraktur harus mengonsumsi nutrisi melebihi kebutuhan sehari-harinya seperti kalsium, zat besi, protein, vit. C dan lainnya untuk membantu proses penyembuhan tulang. Evaluasi terhadap pola nutrisi klien bisa membantu menentukan penyebab masalah muskuloskeletal dan mengantisipasi komplikasi dari nutrisi yang tidak adekuat terutama kalsium atau protein dan terpapar sinar matahari yang kurang merupakan faktor predisposisi masalah muskuloskeletal terutama pada lansia. Selain itu juga obesitas juga menghambat degenerasi dan mobilitas klien.

c) Pola eliminasi

Dikaji frekuensi, konsistensi, warna serta bau feces pada pola eliminasi alvi. Sedangkan pada pola eliminasi uri dikaji frekuensi, kepekatannya, warna, bau, dan jumlah. Pada kedua pola ini juga dikaji ada kesulitan atau tidak

d) Pola tidur dan istirahat

Semua klien fraktur timbul rasa nyeri, keterbatasan gerak, sehingga hal ini dapat mengganggu pola dan kebutuhan tidur klien. Selain itu juga, pengkajian dilaksanakan pada lamanya tidur, suasana lingkungan, kebiasaan tidur, dan kesulitan tidur serta penggunaan obat tidur

e) Pola aktivitas

Karena timbulnya nyeri, keterbatasan gerak, maka semua bentuk kegiatan klien menjadi berkurang dan kebutuhan klien perlu banyak dibantu oleh orang lain. Hal lain yang perlu dikaji adalah bentuk aktivitas klien terutama pekerjaan klien. Karena ada beberapa bentuk pekerjaan beresiko untuk terjadinya fraktur dibanding pekerjaan yang lain

f) Pola hubungan dan peran

Klien dapat mengalami kehilangan peran dalam keluarga dan dalam masyarakat. Karena klien harus menjalani rawat inap

g) Pola persepsi dan konsep diri

Dampak yang timbul pada klien fraktur yaitu timbul ketakutan akan kecacatan akibat frakturnya, rasa cemas, rasa ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas secara optimal, dan pandangan terhadap dirinya yang salah (gangguan *body image*)

#### h) Pola sensori dan kognitif

Pada klien fraktur daya rabanya berkurang terutama pada bagian distal fraktur, sedang pada indera yang lain tidak timbul gangguan. begitu juga pada kognitifnya tidak mengalami gangguan. Selain itu juga, timbul rasa nyeri akibat fraktur

#### i) Pola penanggulangan stress

Pada klien fraktur timbul rasa cemas tentang keadaan dirinya, yaitu ketidakutan timbul kecacatan pada diri dan fungsi tubuhnya. Mekanisme koping yang ditempuh klien bisa tidak efektif.

#### j) Pola tata nilai dan keyakinan

Untuk klien fraktur tidak dapat melaksanakan kebutuhan beribadah dengan baik terutama frekuensi dan konsentrasi. Hal ini bisa disebabkan karena nyeri dan keterbatasan gerak klien

### 8) Pemeriksaan fisik

#### a) Keadaan umum

(1) Kesadaran penderita: apatis, sopor, koma, gelisah, komposmentis tergantung pada keadaan klien.

(2) Kesakitan, keadaan penyakit: akut, kronik, ringan, sedang, berat dan pada kasus fraktur biasanya akut.

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

## b) Kulit

Kaji apakah terdapat erytema, suhu sekitar daerah trauma meningkat, bengkak, edema, nyeri tekan.

## c) Kepala dan wajah

Kaji bentuk kepala : normo cephalik, simetris, tidak ada penonjolan, tidak ada nyeri kepala.

Kaji apakah wajah terlihat menahan sakit, perubahan fungsi maupun bentuk, lesi, kesimetrisan, edema.

## d) Leher

Kaji apakah ada gangguan kesimetrisan, ada penonjolan, reflek menelan ada atau tidak.

## e) Mata

Kaji apakah ada gangguan seperti konjungtiva anemis (bisa karena terjadi perdarahan)

## f) Telinga

Lakukan tes bisik atau weber apakah fungsi masih dalam keadaan normal serta adanya lesi atau nyeri tekan.

## g) Hidung

Kaji apakah ada deformitas, ada pernafasan cuping hidung.

## h) Mulut dan faring

Kaji apakah ada pembesaran tonsil, gusi terjadi perdarahan, mukosa mulut pucat.

i) Thorax

Kaji apakah ada pergerakan otot intercostae, gerakan dada simetris.

j) Paru-paru

(1) Inspeksi

Kaji apakah pernafasan meningkat, reguler atau tidaknya tergantung pada riwayat penyakit klien yang berhubungan dengan paru.

(2) Palpasi

Pergerakan sama atau simetris, fermitus raba sama atau tidak.

(3) Perkusi

Lokasi suara ketok sonor dan pekak, tak ada erdup atau suara tambahan lainnya.

(4) Auskultasi

Suara nafas normal atau suara upnormal, wheezing, atau suara tambahan lainnya seperti stridor dan ronchi.

k) Jantung

(1) Inspeksi

Tampak atau tidak iktus jantung.

(2) Palpasi

Nadi meningkat atau menurun disertai jumlah nadinya, iktus cordis teraba atukah tidak.

## (3) Auskultasi

Suara S1 dan S2 tunggal atau lebih, ada tidaknya murmur.

## l) Abdomen

## (1) Inspeksi

Opservasi bentuk (datar atau membesar), simetris, ada atau tidak hernia.

## (2) Palpasi

Tugor baik atau buruk, ada atau tidak defands muskuler, hepar teraba atau tidak.

## (3) Perkusi

Suara thympani atau hyper thympanicairan.

## (4) Auskultasi

Peristaltik usus normal atau tidak, disertai lokasi terdengarnya dan jumlah frekuensi dalam 1 menit

## m) Moskuloskeletal

*a. Look (Inspeksi)*

Perhatikan apa yang dapat dilihat antara lain :

- (1) Warna kemerahan atau kebiruan (livede) atau hyperpigmentasi
- (2) Benjolan, pembengkakan, atau cekungan dengan hal-hal yang tidak biasa (abnormal)
- (3) Posisi dan bentuk dari ekstremitas (deformitas)
- (4) Posisi jalan (gait, waktu masuk ke kamar periksa)

b. *Feel* (Palpasi)

Pada waktu akan palpasi, terlebih dahulu posisi penderita diperbaiki mulai dari posisi netral (posisi anatomi). Pada dasarnya ini merupakan pemeriksaan yang memberikan informasi dua arah, baik pemeriksa maupun klien.

Yang perlu dicatat adalah:

- (1) Perubahan suhu disekitar trauma (hangat) dan kelembaban kulit. Capillary refill time (Normal kembali kurang dari 2 detik)
- (2) Apabila ada pembengkakan, apakah terdapat fluktuasi atau edema terutama disekitar persendian.
- (3) Nyeri tekan (tenderness), krepitasi, catat letak kelainan (1/3 proksimal, tengah, atau distal).

c. *Move* (Pergerakan)

Setelah melakukan pemeriksaan feel, kemudian diteruskan dengan menggerakkan ekstremitas dan dicatat apakah terdapat keluhan nyeri pada pergerakan. Pencatatan lingkup gerak ini perlu, agar dapat mengevaluasi keadaan sebelum dan sesudahnya. Gerakan sendi dicatat dengan ukuran derajat, dari tiap arah pergerakan mulai dari titik 0 (posisi netral) atau dalam ukuran metrik. Pemeriksaan ini menentukan apakah ada gangguan gerak (mobilitas) atau tidak. Pergerakan yang dilihat adalah gerakan aktif dan pasif

#### **2.4.2 Pengkajian Data Objektif**

1) Gejala dan tanda mayor

Tampak gelisah, tampak tegang, kesulitan tidur.

2) Gejala dan tanda minor

Frekuensi napas meningkat, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, diaforesis, tremor, muka tampak pucat, suara bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih, berorientasi pada masa lalu.

#### **2.4.3 Pengkajian Data Subjectif**

1) Gejala dan tanda mayor

Pasien merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi.

2) Gejala dan tanda minor

Mengeluh pusing, anoreksia, palpitasi, merasa tidak berdaya.

#### **2.4.4 Faktor Risiko Kecemasan**

Krisis situasional, kebutuhan tidak terpenuhi, krisis maturasional, ancaman terhadap konsep diri, ancaman terhadap kematian, keawatiran mengenai kegagalan, disfungsi sistem keluarga, kurang terpapar informasi.

### 2.4.5 Kondisi Klinis Terkait

Penyakit kronis, hospitalisasi, penyakit akut, rencana operasi, kondisi pemyakit belum jelas, penyakit neurologis, tahap tumbuh kembang.

(Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 2016)

### 2.4.6 Rencana Keperawatan Pasien dengan Kecemasan

No	Tujuan	Kriteria hasil	Intervensi	Rasionalisasi
1	Tetelah dilakukan tindakan keperawatn selama 3x24 jam kondisi emosi dan keadaan cemas dapat menurun secara bertahap	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi kebingungan menurun</li> <li>2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun</li> <li>3. Perilaku gelisah menurun</li> <li>4. Keluhan pusing menurun</li> <li>5. Anoreksia menurun</li> <li>6. Palpitasi menurun</li> <li>7. Diaforesis menurun</li> <li>8. Tremor menurun</li> <li>9. Pucat menurun</li> </ol>	<p><b>1. Reduksi Ansietas</b></p> <p><b>a. Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah</li> <li>2) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan</li> <li>3) Monitor tanda-tanda ansietas</li> </ol> <p><b>b. Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>2) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan</li> <li>3) Pahami situasi yang membuat ansietas</li> <li>4) Dengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>5) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</li> <li>6) Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan</li> <li>7) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</li> <li>8) Diskusikan perencanaan realistis dengan peristiwa yang akan datang</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Observasi tingkat kemasn untuk memantau perkembangan kecemasan</li> <li>2) Cara klien mengambil keputusan menunjukkan arah koping.</li> <li>3) Monitor tanda ansietas untuk meentapkan intervensi yang tepat.</li> <li>1) Suasana terapeutik membantu klien merasa nyaman</li> <li>2) Teman bicara dapat menstimulasi koping positif</li> <li>3) Memahami situasi klien dengan berempati membantu klien untuk tenang</li> <li>4) Mendengar menjadi bagian penting untuk proses <i>healing</i> klien. Mendengar yang dimaksud adalah memahami, tidak menyalahkan, mengkoreksi atau menyudutkan, cukup dengarkan dan berempati.</li> <li>5) Bersikap tenang membuat klien tersugesti untuk tetap tenang.</li> </ol>

			<p><b>c. Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1)Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami</li> <li>2)Informasi secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis</li> <li>3)Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien</li> <li>4)Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif</li> <li>5)Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</li> <li>6)Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan</li> <li>7)Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat</li> <li>8)Latih teknik relaksasi</li> </ol> <p><b>d. Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1)Kolaborasi obat antiansietas, jika perlu</li> </ol> <p><b>2. Terapi Relaksasi</b></p> <p><b>a. Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1)Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, apa gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif</li> <li>2)Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan</li> <li>3)Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya</li> <li>4)Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan.</li> <li>5)Monitor respon terhadap terapi relaksasi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Menjelaskan prosedur dan tindakan pengobatan, serta segala informasi faktual terkait kondisi klien dapat membantu klien merasa tenang.</li> <li>2) Keluarga klien dapat berperan sebagai <i>support system</i> yang baik</li> <li>3) Tindakan atau kegiatan yang kompetitif dapat memperburuk proses <i>recovery</i>.</li> <li>4) Dengan mengungkapkan perasaan perawat dapat lebih mudah memahami kebutuhan emosional klien.</li> <li>5) Kegiatan distraksi membantu klien menemukan <i>mood</i> yang baik.</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Obat antiansietas membantu klien merasa lebih tenang.</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Mengkaji tanda penurunan kognitif untuk mengetahui apakah klien mampu diberikan terapi relaksasi.</li> <li>2) Jika klien sebelumnya memiliki teknik untuk relaksasi maka dapat diterapkan</li> <li>3) Menawarkan klien untuk melakukan teknik relaksasi yang cocok, dapat membantu klien mendapatkan terapi relaksasi yang paling sesuai.</li> <li>4) Memeriksa tanda vital untuk mendapat gambaran keadaan kecemasan klien.</li> <li>5)</li> </ol>
--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			<p><b>b. Terapiutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ciptakan lingkungan yang tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang yang nyaman</li> <li>2) Berikan informasi tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi</li> <li>3) Gunakan pakaian longgar</li> <li>4) Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama</li> <li>5) Gunakan relaksasi sebagai strategi menunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain</li> </ol> <p><b>c. Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia</li> <li>2) Jelaskan secara rinci referensi relaksasi yang dipilih</li> <li>3) Anjurkan mengambil posisi nyaman</li> <li>4) Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi</li> <li>5) Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih</li> <li>6) Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Lingkungan yang tenang dan kondusif membantu klien berkonsentrasi dengan baik.</li> <li>2) Menginformasikan persiapan dan prosedur yang harus dilakukan klien membantu klien melaksanakan terapi dengan tepat.</li> <li>3) Pakaian yang longgar diharapkan membuat klien <i>relax</i></li> <li>4) Suara yang lembut diharapkan membuat suasana yang tenang yang <i>relax</i></li> <li>5) Teknik relaksasi ini dapat bermanfaat membantu klien mengalihkan nyeri atau perasaan karena tindakan medis yang ada.</li> <li>1) Menjelaskan tujuan membantu klien memahami pentingnya teknik relaksasi</li> <li>2) Menjelaskan dasar dari teknik relaksasi diharapkan klien yakin pada proses yang dijalankan.</li> <li>3) Posisi yang nyaman membantu klien untuk <i>relax</i></li> <li>4) Dengan mensugesti klien agar <i>relax</i> dapat memaksimalkan proses relaksasi.</li> <li>5) Teknik relaksasi jika dilakukan konsisten harapannya membentuk koping klien ke arah yang positif</li> <li>6) Demonstrasi teknik terapi relaksasi memberikan gambaran utuh bagaimana proses terapi dilakukan</li> </ol>
--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2016)

## **BAB III**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

#### **3.1 Desain Penelitian**

Penelitian ini menggunakan desain penelitian *case study* dengan pendekatan observasional deskriptif. Penelitian ini bertujuan mengeksplorasi masalah keperawatan pada pasien yang mengalami fraktur pada ekstremitas bagian bawah dengan gangguan kecemasan di Rumah Sakit Panti Waluya Sawahan Malang tahun 2021.

#### **3.2 Batasan Istilah**

Karakteristik responden yang akan diobservasi dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan fraktur ekstremitas bawah dengan kecemasan di Rumah Sakit Panti Waluya Sawahan Malang tahun 2021 dijabarkan oleh penulis sebagai berikut:

- 1) Tingkat kesadaran Compos Mentis, GCS bernilai 4 5 6
- 2) Pasien dengan post operasi fraktur ekstremitas bagian bawah sampai kurun waktu 24 hingga 72 jam setelah operasi dan telah keluar dari *recovery room*.
- 3) Lokasi fraktur pada ekstremitas bagian bawah, yaitu fraktur yang meliputi bagian pada tulang pinggul hingga *phalanges*.
- 4) Pasien terlihat tampak gelisah dan tegang
- 5) Pasien laki-laki atau perempuan dengan usia dewasa hingga lansia mulai dari 17 tahun keatas

- 6) Pasien mengalami kesulitan beristirahat atau tidur dibuktikan dengan durasi tidur pendek < 7jam dalam sehari. (Witriya,2016)
- 7) Pasien tampak sulit berkonsentrasi, dengan ciri-ciri pandangan pasien tampak tidak fokus saat berkomunikasi, perhatian mudah teralihkan, tidak dapat atau kesulitan menangkap pokok informasi, menanyakan hal yang sama berulang kali, serta merespon atau melakukan hal pasien tampak bingung.
- 8) Pasien mengalami peningkatan nadi > 100x/menit (takikardi), peningkatan frekuensi pernapasan >20x/menit (takipnea), dan tekanan darah > 120/80 mmHg (hipertensi). (Setyaningsih, 2020)
- 9) Pasien merasakan nyeri dengan skala mulai dari 5 hingga 10
- 10) Muka pasien tampak pucat dengan ciri kulit tampak berwarna lebih pudar.
- 11) Pasien menyatakan kesediaan menjadi partisipan.

### **3.3 Partisipan**

Dalam penelitian ini yang menjadi partisipan adalah dua pasien Rumah Sakit Panti Waluya Sawahan Malang dengan masalah fraktur pada ekstremitas bagian bawah dengan gangguan kecemasan

### **3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian**

Lokasi penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah Rumah Sakit Panti Waluya Sawahan Malang, proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah dilakukan selama 3 (tiga) bulan dengan tahapan sebagai berikut:

<b>Tahun</b>	<b>2021</b>		
<b>Bulan</b>	<b>April</b>	<b>Mei</b>	<b>Juni</b>
Penyusunan Proposal			
Seminar Proposal			
Penelitian			
Observasi			
Pengumpulan data			
Pengolahan data			
Analisa data			
Pelaporan			
Seminar Hasil			

### 3.5 Pengumpulan Data

Pada penelitian ini metode pengumpulan data yang dilakukan adalah dengan beberapa cara sebagai berikut yaitu :

#### 1) Wawancara

Wawancara adalah suatu metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti mendapat keterangan secara lisan dari subjek penelitian dengan berhadapan muka langsung dengan orang tersebut. Dalam kasus ini anamnesis dilakukan dengan klien, keluarga, dan perawat.

#### 2) Studi Dokumen

Studi dokumen merupakan sarana membantu peneliti dalam mengumpulkan data atau informasi dengan cara membaca laporan, surat-surat, catatan-catatan dan bahan-bahan berupa tulisan yang lain, seperti catatan medis pasien, laporan hasil foto x-ray.

#### 3) Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Observasi atau pengamatan adalah suatu prosedur terencana, yang meliputi melihat dan mencatat fenomena tertentu yang berhubungan dengan masalah yang diteliti, seperti mengamati tanda-

tanda vital, gejala kecemasan, dan bahasa nonverbal terkait diagnosis yang dialami pasien. Pemeriksaan fisik dilakukan secara lengkap *head to toe*.

#### 4) Pengukuran

Metode pengukuran adalah mengukur besaran nilai variabel pada objek penelitian dengan menggunakan alat ukur sesuai variabel yang diukur, seperti mengukur tanda-tanda vital, Skala nyeri, HARS, dan berat badan.

#### 5) Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan merupakan pengumpulan data dengan cara mempelajari buku-buku yang masih aktual secara teori agar mendapatkan sumber yang benar dan akurat yang berhubungan dengan penyusunan laporan.

Pada penelitian ini metode pengumpulan data dilakukan dengan beberapa tahap yaitu :

##### 1) Tahap Persiapan

- a) Membuat perijinan dari institusi untuk pengambilan data ditempat penelitian
- b) Studi pendahuluan di lokasi penelitian, menjelaskan maksud dan tujuan kepada Kepala Ruang atau pihak terkait yang berwenang dalam proses penelitian, mempelajari prosedur dan ketentuan yang berlaku dalam pengambilan kasus.

- c) Memaparkan kriteria calon responden beserta bentuk intervensi yang akan diterapkan
  - d) Persetujuan/ *Informed consent*.
- 2) Tahap Pelaksanaan
- a) Penulis menemui pasien yang akan menjadi subjek dan memberikan penjelasan tentang maksud dan tujuan pengambilan kasus.
  - b) Menanyakan kesediaan calon responden untuk menjadi subjek dalam penyusunan studi kasus
  - c) Calon responden yang bersedia menjadi subjek dipersilahkan mengisi surat persetujuan untuk menjadi subjek (*informed consent*)
  - d) Melakukan pengkajian data subjektif dan data objektif pada pasien
  - e) Melakukan observasi pada pasien
  - f) Melakukan pertolongan intervensi keperawatan sesuai keadaan aktual pasien
  - g) Setelah melakukan pengkajian secara menyeluruh selanjutnya pendokumentasian atau pencatatan pelaksanaan asuhan keperawatan dan melakukan pengolahan data

### **3.6 Uji Keabsahan Data**

Disamping integritas penulis, uji keabsahan data dilakukan dengan cara berikut:

Dalam pengumpulan data, penulis menggunakan tiga sumber informasi yaitu pasien, keluarga pasien, serta data rekam medis pasien dengan berkoordinasi dengan perawat yang bertanggung jawab atau terlibat dalam penelitian.

### 3.7 Analisa Data

#### 1) Pengumpulan Data

Data dikumpulkan melalui proses wawancara, observasi – pemeriksaan fisik, dan dokumentasi keperawatan.

#### 2) Penyajian Data

Dalam penyajian data, hasil observasi akan disajikan dalam format presentasi menggunakan tabel, diagram, dan teks naratif

#### 3) Kesimpulan

Melalui hasil penelitian yang telah dilakukan kemudian dibandingkan dengan penelitian yang terdahulu untuk mendapatkan relevansi.

### 3.8 Etika Penelitian

Penyusunan yang menggunakan manusia sebagai subjek tidak boleh bertentangan dengan etika. Tujuan harus etis dalam arti hak pasien dilindungi. Langkah-langkah yang dilakukan untuk memenuhi etika studi kasus adalah sebagai berikut:

1) Perijinan yang berasal dari institusi tempat penyusunan atau instansi tertentu sesuai aturan yang berlaku di daerah tersebut.

2) Lembar persetujuan menjadi subjek (*Informed Consent*)

Lembar persetujuan sebagai subjek diberikan pada saat pengumpulan data. Tujuannya adalah agar pasien mengetahui tujuan, manfaat, prosedur intervensi, dan kemungkinan dampak yang terjadi selama pengambilan kasus. Jika klien bersedia maka klien menandatangani

lembar persetujuan tersebut. Jika klien menolak untuk dijadikan subjek studi kasus maka penyusun hendaknya menghargai hak-hak tersebut.

3) Tanpa nama (*Anonymity*)

Dalam menjaga kerahasiaan identitas subjek, maka penyusunan tidak mencantumkan nama subjek pada lembar pengumpulan data dan Karya Tulis Ilmiah, cukup dengan memberikan kode atau inisial saja.

4) Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dari klien dijaga kerahasiaannya oleh penyusun.

**BAB IV**  
**HASIL DAN PEMBAHASAN**

**4.1 Hasil**

**4.1.1 Pengkajian**

1) Identitas Klien

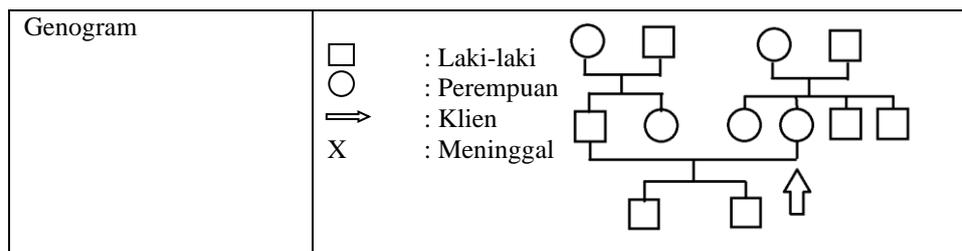
Tabel 4.1 Identitas Klien

Identitas	Klien
Nama	Ny W
Usia	53 tahun
Jenis kelamin	Perempuan
Alamat	Tambakasri, Tajinan
Agama	Katolik
Pendidikan	Sarjana I
Pekerjaan	Pegawai swasta
Tanggal MRS/jam	05-07-2021 / 12.35
Tanggal pengkajian	11-07-2021
Diagnosis medis	Close Fraktur Femur sinistra

2) Riwayat Penyakit

Tabel 4.2 Riwayat Penyakit

Keluhan utama	Nyeri paha kiri
Riwayat penyakit sekarang	Klien mengatakan pada tanggal 05/07/2021 klien merasa nyeri pada paha sebelah kiri setelah klien terjatuh dari kursi. Klien kemudian diantar kerumah sakit oleh suami klien. Klien memiliki riwayat cedera di lokasi yang sama dan sudah lepas pen. Klien menjalani operasi ORIF dengan <i>plate &amp; screw</i> serta pemasangan <i>bone graf</i> pada tanggal 10/07/2021. Berikutnya klien menjalani rawat inap di ruang St. Martha Paviliun. Saat ini klien mengatakan nyeri pada area bekas operasi, nyeri terasa seperti menekan, nyeri tidak menjalar, dengan skala 6/10, nyeri terasa pada saat kaki digerakkan atau saat berganti posisi tidur. Klien juga mengatakan bahwa beliau ingin lekas pulih karena dengan keadaannya klien khawatir akan membebani orang lain dan keluarganya.
Riwayat penyakit dahulu	Klien memiliki riwayat jatuh sebelumnya dan mengalami fraktur pada lokasi yang sama.
Riwayat penyakit keluarga	Tidak ada penyakit keluarga yang melatarbelakangi penyakit klien saat ini
Riwayat alergi	Klien mengatakan alergi pada obat-obatan dengan akhiran "LIN" dan atau "Silver"



### 3) Data Psikososial

Tabel 4.3. Gambaran Konsep Diri

Data	Temuan
Gambaran diri	Klien mengatakan tidak ada suatu apapun yang kurang dari fisiknya. Beliau berpendapat bahwa segala apa yang ada pada dirinya adalah sudah baik adanya. Klien menanggapi fisiknya saat ini sedang mengalami gangguan (fraktur) namun beliau berkeyakinan ini bersifat sementara saja dan dapat pulih sedia kala.
Identitas diri	Klien mengatakan bahwa beliau berprofesi sebagai seorang dosen, konsultan, dan perawat, serta sebagai seorang ibu. Disamping profesinya sebagai perawat, beliau juga sering memberikan seminar.
Peran diri	Klien mengatakan bahwa beliau memiliki peran sebagai pendidik dan perawat. Beliau mendedikasikan waktunya untuk melayani orang yang membutuhkan, klien menjalankan pelayanan dalam bentuk <i>home care</i> bagi orang-orang yang membutuhkan perawatan. Selain sebagai seorang praktisi bidang keperawatan <i>homecare</i> beliau juga memberikan waktunya untuk menjadi dosen dalam seminar keperawatan. Selain dalam bentuk seminar, beliau juga mendidik dengan menulis buku.
Ideal diri	Klien mengatakan sebenarnya ia adalah seorang yang sangat berhati-hati dan mandiri dalam banyak hal, termasuk kesehatan. Beliau sangat memperhatikan aspek kesehatan baik dari dalam diri maupun yang berasal dari luar. Namun beliau juga menyampaikan menyesal karena tidak berhati-hati saat beraktivitas, hingga akhirnya klien mengalami fraktur.
Harga diri	Klien mengatakan sejauh ini beliau sudah cukup puas dengan segala yang telah dicapai baik dalam profesi maupun pribadi, namun dengan keadaan ini, klien mengatakan merasa takut akan membebani orang-orang terdekat dengan keadaannya saat ini.

Tabel 4.4. Gambaran Hubungan Sosial

Gambaran hubungan sosial klien
Klien memiliki hubungan yang baik dengan suami dan anaknya. Klien juga memiliki hubungan yang baik dengan tenaga kesehatan yang dikenalnya. Klien tampak kooperatif dan berkomunikasi sangat baik dengan perawat yang bertugas.

Tabel 4.5 Gambaran Spiritual

Gambaran spiritual klien
Klien beragama katolik, klien mengatakan dalam menjalankan pekerjaannya beliau selalu mengawali dengan berdoa. Adapun misalkan ada masalah yang dihadapi beliau berpedoman pada nilai-nilai spiritual yang yakininya. Klien mengatakan tidak memiliki kepercayaan pada hal hal diluar ajaran agama. Klien tidak memiliki spiritualitas pada adat atau kepercayaan suku tertentu.

Tabel 4.6 Gambaran Kecemasan

Gambaran kecemasan klien
Klien mengatakan merasa cemas dengan keadaanya, terlebih karena dengan keadaanya ini beliau merasa merepotkan orang terdekatnya, beliau merasa banyak menyita waktu dan tenaga keluarganya dan merasa sangat bergantung pada orang lain saat ini. Klien tampak memiliki konflik dengan ideal dirinya, dimana beliau memiliki semangat sosok yang independen dimana beliau dapat menyelesaikan tugas dan pekerjaannya bahkan dapat membantu orang lain dengan kemampuannya. Keadaan post operasi fraktur ini membuat klien dalam melakukan segala aktivitasnya harus bergantung pada orang lain, dalam hal ini adalah keluarganya. Tidak ditemukan gangguan orientasi pada klien, komunikasi baik dan lancar. Klien berkomunikasi dengan baik dan kooperatif namun tampak tegang saat wawancara.

Tabel 4.7 Tingkat Kecemasan Klien (penilaian HARS)

No	Pertanyaan	Skor
1	Perasaan ansietas	3
2	Ketegangan	3
3	Ketakutan	0
4	Gangguan tidur	2
5	Gangguan kognitif	1
6	Perasaan depresi	3
7	Gejala somatik (otot)	3
8	Gejala somatik (sensorik)	1
9	Gejala kardiovaskuler	0
10	Gejala respiratori	0
11	Gangguan gastrointestinal	0
12	Gejala urogenital	0
13	Gejala otonom	0
14	Tingkah laku saat wawancara	0
Total skor		16
Kategori kecemasan		Kecemasan ringan



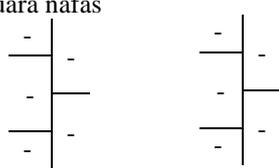
	<p>Keterangan : BAB lancar dan tidak ada masalah</p> <p>BAK          Frekwensi : ± 3-4x/hari          Konsistensi : cair          Jumlah : tidak terkaji          Bau : khas BAK          Warna : kuning jernih</p> <p>BAB          Fekwensi : 1x/hari          Konsistensi : lunak          Bau : khas BAB          Warna : kecoklatan</p> <p>BAK          Freekwensi : 4-5x/hari          Konsistensi : cair          Jumlah : tidak ada data          Bau : khas BAK          Warna : kuning jernih</p>
<p>Pola Aktivitas di rumah</p> <p>di rumah sakit</p>	<p>Klien menjelaskan saat di rumah klien menggunakan waktunya untuk melakukan kegiatan rumah tangga, seperti memasak dan bersih-bersih, selebihnya klien gunakan untuk beristirahat.</p> <p>Aktivitas klien saat di rumah sakit terbatas hanya diatas tempat tidur saja. Klien mengalami keterbatasan untuk bermobilisasi, seluruh ADL klien dibantu oleh keluarga (<i>total care</i>).</p>
<p>Pola istirahat tidur di rumah</p> <p>di rumah sakit</p>	<p>Tidur siang : 0 jam          Klien mengatakan tidak terbiasa tidur siang          Tidur malam : 6-7jam          22.00 – 05.00          Klien mengatakan tidak memiliki gangguan tidur          Tidur siang : klien mengatakan bisa tidur tetapi sering terbangun          Tidur malam : 3-4 jam          Klien mengatakan sekali bisa tertidur paling panjang durasi tidur hanya 4 jam dan terbangun kembali karena nyeri saat berganti posisi tidur.          Pukul : jam tidak tentu antara 20.00 hingga 02.00</p>

## 5) Pemeriksaan Fisik

Tabel 4.10 Pemeriksaan Fisik

Observasi	Hasil temuan
Keadaan umum	Tampak kesakitan
Kesadaran	Composmentis
GCS	4-5-6
Tekanan darah	110/70 mmHg
Nadi	84 x/menit
Suhu	36,3°C
Respirasi	20 x/menit
Saturasi O <sup>2</sup>	100%
Berat badan	Tidak diukur

Pemeriksaan Kepala	<p>Inspeksi : Bentuk kepala normocephal, rambut pendek dan sebaran warna merata, bersih Wajah tampak pucat</p> <p>Palpasi : Tidak teraba massa upnormal, perubahan kontur (-), nyeri (-)</p>
Pemeriksaan Kulit dan Kuku	<p>Inspeksi : Warna kulit sawo matang, sebaran warna kulit merata</p> <p>Palpasi : Edema (-)</p>
Pemeriksaan Mata dan Wajah	<p>Inspeksi : Alis simetris, bersih, lembab Mata simetris, penglihatan normal Bola mata simetris, pergerakan normal Sklera berwarna putih, ikterik (-) Pupil mengecil pada respon cahaya (+/+) Konjungtiva merah muda, anemis (-)</p> <p>Palpasi : Tidak ada nyeri tekan</p>
Pemeriksaan Hidung	<p>Inspeksi : Lubang hidung simetris, sebaran rambut hidung merata Hidung simetris, tidak ada sekret upnormal, lesi (-)</p> <p>Palpasi : Tidak ada nyeri tekan</p>
Pemeriksaan Telinga	<p>Inspeksi : Daun telinga simetris, tidak ada perubahan warna upnormal. Lubang telinga tidak tampak serumen</p> <p>Palpasi : nyeri tekan (-), massa upnormal (-)</p> <p>Keterangan Pendengaran baik</p>
Pemeriksaan Mulut	<p>Inspeksi : Mukosa bibir lembab, gigi lengkap, gusi merah muda, lidah pada posisi normal, berwarna merah muda tidak tampak lesi, tidak tampak benjolan Ovula tampak ditengah, tidak ada pembesaran upnormal Tidak ada pembesaran tonsil</p>
Pemeriksaan Leher	<p>Inspeksi : Tidak ada perubahan warna upnormal</p> <p>Palpasi : Pembesaran kelenjar tiroid (-), vena jugularis teraba normal, trakea posisi di tengah, pembesaran kelenjar limfe (-), massa upnormal (-)</p>
Pemeriksaan Thorax	<p>Pemeriksaan Paru</p> <p>Inspeksi : Sebaran warna kulit upnormal (-), Lesi (-)</p> <p>Palpasi : Massa upnormal (-) Taktil fremitus kanan dan kiri teraba sama, akumulasi cairan paru (-)</p>

	<p>Perkusi : ICS 1-5 sinistra dekstra terdengar resonan (sonor)</p> <p>Auskultasi : Wheezing (-) Rhony (-) Dispneu (-) Apneu (-)</p> <p>Suara nafas</p>  <p>Wheezing                  Ronchy</p>
	<p>Pemeriksaan Jantung</p> <p>Inspeksi : Ictus cordis tidak tampak</p> <p>Palpasi : teraba pulsasi ICS 5 mid clavicula sinistra</p> <p>Perkusi : ICS 3-5 pekak</p> <p>Auskultasi : BJ I : tunggal BJ II : Tunggal BJ III : tidak terdengar BJ tambahan : tidak ada bunyi tambahan</p>
Pemeriksaan Abdomen	<p>Inspeksi : Sebaran warna kulit normal, lesi (-), integritas kulit baik</p> <p>Auskultasi : Bising usus terdengar normal 10x/menit</p> <p>Palpasi : Tidak ada nyeri tekan</p> <p>Perkusi : Terdengar timpani</p>
Pemeriksaan Genetalia	<p>Inspeksi : Tidak ada data</p> <p>Palpasi : Tidak ada data</p>
Pemeriksaan Mokuloskeletal	<p>Inspeksi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Edema pada kaki kiri (-)</li> <li>- Kaki kiri tampak luka bekas operasi</li> <li>- Terpasang spiral drain</li> <li>- Klien post operasi ORIF dengan <i>plate &amp; screw + Bone graft</i></li> </ul> <p>P : Nyeri tekan pada paha kiri karena patah pada tulang paha Q : nyeri seperti tertekan R : Nyeri terlokalisir S : 6/10 T : Nyeri pada saat digerakan Palpasi : Nyeri tekan pada paha kaki kiri</p>

### 4.1.2 Pemeriksaan Penunjang

Tabel 4.11 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan	Hasil	Rujukan	Satuan
<b>Hematologi</b>			
<b>Darah lengkap</b>			
Jumlah leukosit	9,72	4.0 - 11.0	10 <sup>3</sup> /μL
Jumlah eritrosit	<b>3,66 L</b>	4.00 - 5.00	10 <sup>6</sup> /μL
Hemoglobin	<b>10,4 L</b>	11.5 - 15.0	g/dL
Hematokrit	<b>30,8 L</b>	37.0 - 45.0	%
MCV	84,2	82.0 - 92.0	fL
MCH	28,4	27.0 - 31.0	Pg
MCHC	33,8	32.0 - 37.0	g/dL
Jumlah trombosit	251	150 – 400	10 <sup>3</sup> /μL
RDW-SD	39	35 – 47	fL
RDW-CV	12,6	11.5 - 14.5	%
PDW	11,8	9.0 - 13.0	fL
MPV	10,6	7.2 - 11.1	fL
P-LCR	<b>29,4 H</b>	15.0 - 25.0	%
PCT	0,270	0.150 - 0.400	%
Gula Darah Acak	99	80 - 120	mg/dL
<b>Hitung jenis</b>			
Neutrofil	<b>73,0 H</b>	50 – 70	%
Limfosit	<b>12,8 L</b>	20 – 40	%
Monosit	7,6	2 – 8	%
Eosinofil	6,2	1 – 3	%
Basofil	0,4	0 – 1	%
Jumlah Neutrofil	7,1	1.5 - 7.0	10 <sup>3</sup> /μL
Jumlah Limfosit	1,2	1.0 - 3.7	10 <sup>3</sup> /μL
Jumlah Monosit	0,74	0.16 - 1.00	10 <sup>3</sup> /μL
Jumlah Eosinofil	0,6	0 - 0.8	10 <sup>3</sup> /μL
Jumlah Basofil	0,0	0 - 0.2	10 <sup>3</sup> /μL
Rasio Neutrofil / Limfosit	<b>5,719 H</b>	< 3.13	
<b>Faal Ginjal</b>			
Ureum	24,9	21-43	mg/dl
BUN	11,6	10.0-20.0	mg/dL
Kreatinin	0,81	<0.95	mg/dL
<b>Faal Hepar</b>			
Albumin	<b>3,43 L</b>	3,5 – 5,2	g/dL
SGOT	21	0 - 31	U/L
SGPT	16	0 – 32	U/L

Tabel 4.12 Pemeriksaan Penunjang Klien

Pemeriksaan	Tanggal	Hasil
Radiologi – foto femur	5-7-2021	Fraktur baru 1/3 proximal os femur sinistra Tampak Callus Forming akibat sisa fraktur lama
Radiologi – Femur sinistra	10-7-2021	Posisi frakment tulang dan internal fixatie baik

## 2.4.7 Terapi

Tabel 4.13 Terapi obat klien

Nama obat	Dosis	Waktu	Rute	Fungsi obat
Sanmol	500 mg	1x1	PO	Meredakan nyeri
Transamin	250 mg	3x1	IV	Menghentikan perdarahan apnormal
Ossopan	800 mg	1x1	PO	Membantu metabolisme dalam pertumbuhan tulang
Xarelto	10 mg	1x1	PO	Antikoagulan
Ostovel	0,25 mg	2x1	PO	Vitamin D aktif dan Sintesis mineral untuk perbaikan tulang

## 2.4.8 Analisa Data

Tabel 4.14 Analisa data klien

Data	Masalah	Etiologi
<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan merasa cemas karena klien merasa merepotkan orang terdekatnya</li> <li>Klien merasa banyak menyita waktu dan tenaga keluarganya dan merasa sangat bergantung pada orang lain saat ini</li> <li>- Klien mengatakan bisa tidur tetapi sering terbangun</li> <li>- Klien mengatakan sekali bisa tertidur paling panjang durasi tidur hanya 4 jam dan terbangun kembali karena nyeri saat berganti posisi tidur.</li> <li>- Klien mengalami keterbatasan untuk bermobilisasi, seluruh ADL klien dibantu oleh keluarga</li> </ul> <p>P : Nyeri tekan pada paha kiri karena patah pada tulang paha            Q : nyeri seperti tertekan            R : Nyeri terlokalisir            S : 5/10            T : Nyeri pada saat digerakan</p>	Kecemasan	<p>Klien post operasi fraktur</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Klien mengalami gangguan mobilitas</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Krisis situasional</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Reaksi emosional</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p><b>Kecemasan</b></p>

<p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keadaan umum : klien tampak sakit akut</li> <li>- Tampak bekas luka post op pada paha kiri</li> <li>- Wajah tampak pucat</li> <li>- Klien tampak tegang</li> <li>- Klien bedrest</li> <li>- Mobilisasi terbatas</li> <li>- ADL total care</li> <li>- Fraktur 1/3 proximal os femur sinistra</li> <li>- Terpasang spiral drain</li> <li>- Skor HARS 16 (ansietas ringan)</li> </ul> <p>TTV</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tekanan darah 111/59 mmHg</li> <li>- Nadi 88x/menit</li> <li>- Suhu 36°C</li> <li>- Respirasi 22x/menit</li> <li>- Saturasi O<sup>2</sup> 95%</li> </ul>		
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

## 2.4.9 Diagnosis Keperawatan

Tabel 4.15 Diagnosa Keperawatan

Klien	Tanggal	Diagnosis Keperawatan
1	10-7-2021	Ansietas b.d krisis situasional d.d klien merasa cemas karena klien merasa tidak mandiri dan merepotkan orang terdekatnya

## 2.4.10 Rencana Tindakan Keperawatan

Tabel 4.16 Rencana Tindakan Keperawatan Klien

Tujuan	Kriteria hasil	Intervensi	Rasionalisasi
<p>Diagnosis Keperawatan : Ansietas</p> <p>Tujuan jangka pendek : Setelah dilakukan tindakan 3x/24 jam klien menunjukkan penurunan kecemasan</p> <p>Tujuan jangka panjang :</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verbalisasi kebingungan menurun</li> <li>- Kekawatiran akibat kondisi yang dialami menurun</li> <li>- Perilaku gelisah menurun</li> <li>- Perilaku tegang menurun</li> <li>- Pola tidur membaik</li> </ul>	<p><b>Reduksi Ansietas</b></p> <p><b>a. Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah</li> <li>2) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan</li> <li>3) Monitor tanda-tanda ansietas</li> </ol> <p><b>b. Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>2) Temani pasien untuk</li> </ol>	<p>Tingkat ansietas memberikan gambaran keadaan psikologis klien terhadap keadaan yang dihadapi secara objektif sehingga baik untuk dilakukan observasi tingkat ansietas untuk menentukan intervensi yang paling tepat.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mewujudkan suasana yang tenang mendukung bagi klien untuk proses istirahat</li> <li>- Menjaga interaksi dengan berkomunikasi membantu klien untuk mengurangi kecemasan</li> </ul>

<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan, kecemasan atas dasar krisis situasional karena pengalaman terjadinya fraktur dapat menurun</p>		<p>mengurangi kecemasan, jika memungkinkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3) Pahami situasi yang membuat anxietas</li> <li>4) Dengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>5) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</li> <li>6) Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan</li> <li>7) Diskusikan perencanaan realistis dengan peristiwa yang akan datang</li> </ol> <p><b>c. Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami</li> <li>2) Informasi secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis</li> <li>3) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien</li> <li>4) Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif</li> <li>5) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</li> <li>6) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan</li> <li>7) Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat</li> <li>8) Latih teknik relaksasi</li> </ol> <p><b>d. Kolaborasi</b> Kolaborasi obat antiansietas, jika perlu</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dengan ikut merasakan situasi klien maka <i>trust</i> akan terbangun.</li> <li>- Menjaga komunikasi dengan klien dapat mengurangi anxietas</li> <li>- Komunikasi yang tenang, perhatian dan yakin mendorong keadaan yang terapeutik</li> <li>- Mendekatkan barang pribadi membantu klien merasa aman.</li> <li>- Membantu mengorientasikan pikiran klien pada masa yang akan datang dapat memotivasi klien dan menurunkan anxietas.</li> <li>- Memberi informasi terkait prosedur tindakan keperawatan maupun terapi membantu klien merasa tenang.</li> <li>- Memberi informasi terkait diagnosis, dan prognosis secara faktual membantu meringankan anxietas klien.</li> <li>- Menjaga interaksi membantu klien merasa aman.</li> <li>- Kegiatan kompetitif dapat memperberat trauma.</li> <li>- Mengutarakan perasaan dan persepsi membantu perawat memenuhi kebutuhan emosional klien.</li> <li>- Distraksi membantu mengalihkan perasaan untuk tidak fokus pada faktor kecemasan.</li> <li>- Membantu klien mengarahkan pada koping yang positif</li> <li>- Teknik relaksasi membantu mengalihkan fokus klien dari anxietas</li> </ul>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### 2.4.11 Implementasi Tindakan Keperawatan

Tabel 4.17 Implementasi Keperawatan Klien

Hari 1		Hari 2		Hari 3	
Tgl 10/7/21		Tgl 11/7/21		Tgl 12/7/21	
19.20	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan pemeriksaan fisik</li> <li>2. Mengkaji tingkat ansietas (HARS)</li> <li>3. Memonitor tanda-tanda ansietas</li> <li>4. Modifikasi lingkungan untuk menciptakan suasana terapeutik</li> <li>5. Mengobservasi dan memahami faktor ansietas</li> <li>6. Mengatur benda-benda yang dibutuhkan agar mudah diakses</li> <li>7. Memberikan penyuluhan tentang proses penyembuhan pasca operasi fraktur kepada keluarga dan klien.</li> <li>8. Menganjurkan kepada keluarga untuk terus menemani klien</li> <li>9. Menganjurkan klien melakukan kegiatan untuk distraksi</li> </ol>	08.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor tanda-tanda ansietas</li> <li>2. Mengkaji tingkat ansietas (HARS)</li> <li>3. Modifikasi lingkungan untuk menciptakan suasana terapeutik</li> <li>4. Mengobservasi dan memahami faktor ansietas</li> <li>5. Mengatur benda-benda yang dibutuhkan agar mudah diakses</li> <li>6. Menganjurkan kepada keluarga untuk terus menemani klien</li> <li>7. Menganjurkan klien melakukan kegiatan untuk distraksi</li> <li>8. Menganjurkan teknik relaksasi</li> <li>9. Menemani dan berdiskusi tentang rencana perawatan mandiri</li> </ol>	09.15	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor tanda-tanda ansietas</li> <li>2. Mengkaji tingkat ansietas (HARS)</li> <li>3. Modifikasi lingkungan untuk menciptakan suasana terapeutik</li> <li>4. Mengobservasi faktor ansietas</li> <li>5. Modifikasi lingkungan dengan merapikan ruang klien</li> <li>6. Menganjurkan kepada keluarga untuk terus menemani klien</li> <li>7. Menganjurkan klien melakukan kegiatan untuk distraksi</li> <li>8. Menganjurkan teknik relaksasi</li> <li>9. Penyuluhan tentang mengurangi kecemasan dengan tatap muka bersama keluarga dan klien menggunakan media leaflet</li> </ol>

### 2.4.12 Evaluasi Tindakan Keperawatan

Tabel 4.18 Evaluasi Keperawatan Klien

Jam/	Evaluasi hari 1 10/7/2021	Jam/	Evaluasi hari 2 11/7/2021	Jam/	Evaluasi hari 3 12/7/2021
19.30	S - Klien mengatakan merasa cemas karena klien merasa merepotkan orang terdekatnya Klien merasa banyak menyita	09.15	S - Klien mengatakan perasaan sudah merasa lebih baik dan memilih pasrah - Klien mengatakan istirahat tidur masih sulit	09.30	S - Klien mengaku merasa lebih tenang, tidak terbebani dengan keadaan, pasrah dan lebih memilih untuk konsentrasi pada

	<p>waktu dan tenaga keluarganya dan merasa sangat bergantung pada orang lain saat ini</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan bisa tidur tetapi sering terbangun</li> <li>- Klien mengalami keterbatasan untuk bermobilisasi, seluruh aktivitas klien dibantu oleh keluarga</li> </ul> <p>- Tingkat ansietas : skor 16 (ansietas ringan)</p> <p>P : Nyeri tekan pada paha kiri karena patah pada tulang paha</p> <p>Q : nyeri seperti tertekan</p> <p>R : Nyeri terlokalisir</p> <p>S : 5/10</p> <p>T : Nyeri pada saat digerakan</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan masih sulit untuk bergerak karena kaki masih terasa nyeri saat digerakkan.</li> <li>- Klien mengatakan aktivitas dibantu keluarga</li> <li>- Nyeri pada kaki bekas fraktur</li> <li>- Nyeri terasa seperti tertekan</li> <li>- Nyeri menetap</li> <li>- Skala nyeri 4/10</li> <li>- Nyeri pada saat digerakkan, miring kanan atau miring kiri</li> <li>- Tingkat ansietas 15</li> </ul>		<p>proses penyembuhan saja</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan istirahat tidur malam sudah lebih baik</li> <li>- Klien mengatakan aktivitas dibantu oleh keluarga yang hadir.</li> <li>- Klien mengatakan nyeri pada kaki sudah berkurang</li> <li>- Nyeri seperti tertekan</li> <li>- Nyeri menetap</li> <li>- Skala nyeri 3/10</li> <li>- Terasa nyeri saat kaki digerakkan</li> <li>- Tingkat ansietas 8</li> </ul>
	<p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- KU : klien tampak sakit akut</li> <li>- Klien bedrest</li> <li>- Wajah tampak pucat</li> <li>- Klien tampak tegang</li> <li>- Mobilisasi terbatas</li> <li>- ADL total care</li> <li>- Fraktur 1/3 proximal os femur sinistra</li> <li>- Terpasang spiral drain</li> <li>- Tampak bekas luka post op pada paha kiri</li> </ul> <p>TTV</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tekanan darah 111/59 mmHg</li> <li>- Nadi 88x/menit</li> <li>- Suhu 36°C</li> <li>- Respirasi 22x/menit</li> <li>- Saturasi O<sup>2</sup> 95%</li> </ul>		<p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- KU : tampak sakit akut</li> <li>- Klien total bedrest</li> <li>- Wajah tampak pucat</li> <li>- Mobilitas terbatas</li> <li>- ADL total care</li> <li>- Terpasang spiral drain</li> <li>- Klien tampak kesakitan / meringis saat berkerak</li> </ul> <p>TTV</p> <p>Tekanan darah 107/60 mmHg</p> <p>Nadi 88 x/menit</p> <p>Suhu 36°C</p> <p>Respirasi 22x/menit</p> <p>Saturasi O<sup>2</sup> 95%</p>		<p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- KU : tampak sakit akut</li> <li>- Klien total bedrest</li> <li>- Mobilisasi terbatas</li> <li>- ADL total care</li> <li>- Terpasang spiral drain</li> <li>- Klien tampak berhati-hati saat miring kanan-miring kiri</li> </ul> <p>TTV</p> <p>Tekanan darah 106/56 mmHg</p> <p>Nadi 80</p> <p>Suhu 36,5°C</p> <p>Respirasi 20x/menit</p> <p>Saturasi O<sup>2</sup> 99%</p>
	<p>A : Klien mengalami ansietas ringan</p>		<p>A : Kecemasan mengalami penurunan</p>		<p>A : Kecemasan mengalami penurunan</p>
	<p>P : Lakukan sesuai intervensi yang telah disusun</p>		<p>P: Lanjutkan intervensi yang telah disusun</p>		<p>P : Lanjutkan intervensi yang telah disusun</p>

## 4.2 Pembahasan

### 4.2.1 Pengkajian

Tabel 4.19. Pembahasan Data Pengkajian

Pembahasan
<p>Klien mengatakan pada tanggal 5 Juli 2021 dirinya terjatuh dari kursi. Berikutnya klien merasa nyeri pada paha sebelah kiri, serta sulit untuk digerakkan. Pada hari itu juga klien diantar okeg keluarga ke Rumah Sakit Panti Waluya Sawahan Malang pada pukul 11.10. Saat di IGD klien dilakukan pemeriksaan oleh dokter dan didiagnosis medis <i>Close Fracture Femur Sinistra</i>. Saat di IGD klien mendapat tindakan konservatif dengan pemasangan gips dan mendapat terapi obat ketorolac 30mg intra vena.</p> <p>Berikutnya klien dilakukan pemeriksaan penunjang berupa foto rontgen femur, thorax, EKG, dan darah lengkap. Setelah pemeriksaan, klien diagendakan untuk menjalani operasi ORIF <i>plate &amp; screw</i> dengan <i>bone graft</i> pada tanggal 10 Juli 2021.</p> <p>Pada pukul 11.45 WIB klien dipindahkan ke ruang rawat inap St.Martha Paviliun R.17.</p> <p>Tanggal 6 Juli 2021, klien merasa nyeri pada area fraktur pada saat digerakkan, klien tampak meringis dan kesakitan.</p> <p>Tanggal 10 Juli 2021, dilakukan operasi ORIF dengan <i>plate &amp; locking screw</i> dan pemasangan <i>bone graft</i>. Setelah klien menjalani operasi dan dipindahkan kembali ke ruang rawat inap, dilakukan pengkajian <i>post operasi</i> fraktur meliputi pemeriksaan fisik <i>head to toe</i>, aspek psikologis, riwayat perubahan kesehatan dan pemeriksaan penunjang berupa wawancara tingkat kecemasan.</p> <p>Saat dilakukan wawancara klien mengatakan masih terasa nyeri namun berkurang. Nyeri terasa pada paha kiri dengan sensasi seperti tertekan, nyeri menetap dengan skala 5/10 dan terasa nyeri saat digerakkan. Pada pengkajian ekstremitas bawah, area fraktur tampak bengkak dan terlihat bekas operasi.</p> <p>Tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah 111/59 mmHg, nadi 88x/menit, suhu 36°C, respirasi 22x/menit, saturasi O<sup>2</sup> 95%. Klien total bedrest, tampak terpasang spiral drain, ADL <i>total care</i> dibantu oleh keluarga.</p> <p>Pada pengkajian psikososial tidak ditemukan masalah pada konsep diri klien. Klien juga memiliki hubungan sosial yang baik pada rekan sejawat di keperawatan, klien juga memiliki komunikasi yang baik dengan keluarga. Gambaran spiritual klien juga menunjukkan klien memiliki nilai-nilai spiritual yang baik. Pada saat wawancara klien kooperatif, komunikasi baik sesuai konteks, namun klien tampak tegang (komunikasi terasa kaku), dan tampak kurang tenang. Klien mengatakan merasa cemas dengan keadaannya karena beliau merasa jadi tidak mandiri dan merepotkan banyak orang. Saat ini klien mengaku pasrah dengan pengobatan optimis akan sembuh seperti sedia kala.</p> <p>Pada pengkajian tingkat kecemasan menggunakan Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) didapatkan skor 16, yang berarti klien mengalami ansietas ringan.</p>
<p>Opini :</p> <p>Pada analisa penulis, berdasarkan data pengkajian kedua klien, menunjukkan bahwa klien memiliki diagnosis medis <i>close fracture sinistra</i> pada <i>shaft</i> femur. Pengkajian psikososial menunjukkan tidak ada masalah dengan konsep diri kedua klien, klien memiliki konsep diri yang positif.</p> <p>Hubungan sosial klien menunjukkan hasil klien seorang pendidik dan perawat, serta memiliki hubungan sosial yang baik, baik dengan lingkungan tempat tinggal serta rekan sejawatnya.</p> <p>Klien memiliki pandangan dan nilai spiritualitas yang baik. Klien dalam kondisi post operasi fraktur ini menyampaikan kondisi kecemasan. Klien mengatakan merasa cemas dengan keadaannya karena beliau merasa jadi tidak mandiri dan merepotkan banyak orang.</p>

Klien mengalami kecemasan dengan latar belakang adanya gap antara ideal dirinya dengan keadaan yang sedang dialami, klien berpandangan bahwa beliau seharusnya adalah seorang yang mandiri dan tidak ingin melibatkan orang lain dalam kesulitannya, namun dengan keadaan ini klien harus bergantung pada keluarganya untuk memenuhi kebutuhannya.

**Teori :**

Dalam kasus ini kedua klien memiliki masalah yang sama, yaitu imobilisasi berdasarkan teori menurut Asmadi (2009), menyatakan bahwa klien dengan imobilisasi akan merasakan perubahan dalam konsep diri dan kecemasan tentang kondisi kesehatannya, serta faktor lain seperti masalah menurunnya kemandirian dan otonomi dalam melakukan aktivitas hidup sehari-hari.

Namun keadaan kecemasan ini terkategori ringan pada kedua klien (skor 16 dari penilaian HARS), hal ini dapat terjadi karena kedua klien memiliki konsep diri yang positif, merasakan hubungan sosial yang baik, dan memiliki nilai- nilai spiritual yang kuat. Keadaan ini didukung oleh penelitian oleh Arwati dkk (2020) yang mengemukakan adanya hubungan signifikan dari tingkat spiritual dengan tingkat kecemasan, dimana semakin tinggi spiritualitas seseorang, maka semakin kecil tingkat kecemasan yang akan dialami.

## 4.2.2 Diagnosis Keperawatan

Tabel 4.20 Pembahasan Diagnosis Keperawatan

Pembahasan
<p>Klien diangkat dengan diagnosis keperawatan ansietas berhubungan dengan krisis situasional dibuktikan dengan data klien mengatakan merasa cemas karena klien merasa merepotkan orang terdekatnya, klien merasa banyak menyita waktu dan tenaga keluarganya dan merasa sangat bergantung pada orang lain saat ini. Klien juga mengatakan bisa tidur tetapi sering terbangun saat malam hari. Klien mengalami keterbatasan untuk bermobilisasi, seluruh ADL klien dibantu oleh keluarga</p>
Opini :
<p>Menurut penulis, kedua klien ditetapkan diagnosis keperawatan yang sama yaitu ansietas berhubungan dengan krisis situasional. Diagnosis keperawatan ini dapat ditegakkan berdasarkan adanya pengakuan dari klien yang mengatakan khawatir atau cemas akan peristiwa yang dihadapinya. Didukung pula oleh penilaian HARS melalui wawancara yang menunjukkan klien mengalami ansietas ringan (skor 16). Klien mengatakan merasa cemas karena merasa membebani serta klien tampak tegang saat wawancara.</p>
Teori :
<p>Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2016) beberapa faktor risiko ansietas adalah krisis situasional, kebutuhan tidak terpenuhi, krisis maturasional, ancaman terhadap konsep diri, ancaman terhadap kematian, kekawatiran mengenai kegagalan, disfungsi sistem keluarga, kurang terpapar informasi. Dalam hal ini krisis situasional diangkat sebagai penyebab mengalami ansietas. Menurut Permana (2017) menjelaskan bahwa krisis situasional ini muncul ketika individu dihadapkan pada peristiwa yang mendadak, tidak diperkirakan dan tidak dapat dikontrol, individu yang mengalami krisis situasi ditandai dengan ketidakmampuan individu dalam menyelesaikan permasalahan yang mana berhubungan dengan relasi kepada orang lain.</p>

### 4.2.3 Rencana Keperawatan

Tabel 4.21 Pembahasan Tujuan Rencana Keperawatan

Tujuan	Klien
Klien menunjukkan penurunan kecemasan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam	Diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan dengan reduksi ansietas, klien mengalami penurunan kecemasan.
<p>Opini :</p> <p>Menurut penulis, tujuan intervensi keperawatan yang ditetapkan telah sesuai dengan masalah yang dialami oleh klien. Klien memiliki masalah keperawatan ansietas berhubungan dengan krisis situasional yang ditandai dengan klien mengatakan faktor kecemasan mereka masing-masing. Keadaan ini dipicu oleh situasi yang dihadapi klien dirasulit diterima atau merasa tidak mampu untuk menyelesaikan permasalahan yang dihadapinya, terlebih karena berhubungan dengan adanya relasi dengan orang lain.</p> <p>Keadaan ini, dapat bertambah parah bila mana tidak mendapat intervensi, klien yang mengalami ansietas pada masa post operasi fraktur maka proses penyembuhannya tidak berjalan maksimal. Selain itu kecemasan yang dirasakan saat ini jika dibiarkan akan menjadi faktor yang memperparah keadaan ansietas klien dimasa yang akan datang saat mengalami keadaan serupa, yang mana berarti intervensinya akan lebih sulit.</p>	
<p>Teori :</p> <p>Sesuai dengan teori yang ada menurut Robinson (2008) tentang krisis situasional dimana seseorang merasa tidak mampu menyelesaikan suatu masalah yang dihadapinya secara mendadak dan cenderung tidak terkontrol, klien salah satunya diberikan intervensi keperawatan berupa reduksi ansietas yang mana telah sesuai dengan standar intervensi keperawatan menurut PPNI tahun 2016. Berikutnya setelah diberikan intervensi klien diharapkan mengalami penurunan tingkat ansietas.</p> <p>Menurut Maisyaroh dkk (2015), ada kaitan signifikan antara kecemasan dan proses penyembuhan klien fraktur. Ketika klien fraktur ekstremitas mengalami kecemasan pada masa post operasi dan tidak teratasi dengan baik, maka akan berpengaruh pada lamanya proses penyembuhan. Hal tersebut akan membuat proses <i>recovery</i> menjadi lebih lama. Disamping itu, keadaan <i>state anxiety</i> yang dialami klien saat ini, jika tidak mendapat intervensi dapat berkembang menjadi <i>trait anxiety</i> yang mana akan menetap dan menjadi faktor yang memperparah kecemasan dimasa yang akan datang.</p>	

Tabel 4.22 Pembahasan Kriteria Hasil Intervensi Keperawatan

Pembahasan
<p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Verbalisasi kebingungan menurun</li> <li>2) Kekawatiran akibat kondisi yang dialami menurun</li> <li>3) Perilaku gelisah menurun</li> <li>4) Perilaku tegang menurun</li> <li>5) Pola tidur membaik</li> <li>6) Durasi tidur <math>\geq 7</math>jam/24jam</li> <li>7) TTV dalam batas normal : <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Tekanan darah <ul style="list-style-type: none"> <li>sistolik : 100 – 120 mmHg</li> <li>diastolik : 60 – 90 mmHg</li> </ul> </li> <li>b) Nadi 60 – 100 x/menit</li> <li>c) Respirasi 16 – 20 x/menit</li> </ol> </li> </ol>

<p><b>Opini :</b> Berdasarkan diagnosis keperawatan pada klien, maka penulis menetapkan kriteria hasil. sesuai standar luaran intervensi keperawatan. Setelah diberikan intervensi keperawatan diharapkan klien menunjukkan penurunan verbalisasi kebingungan, misalkan seperti klien mengungkapkan bahwa dirinya merasa lebih tenang dan dapat berpikir jernih. Kekhawatiran menurun yang dapat ditunjukkan dengan klien mengungkapkan isi perasaan dan pandangan yang lebih positif serta tidak berpikir berlebihan. Perilaku gelisah menurun yang dapat diamati dari klien yang tampak lebih rileks dalam berkomunikasi dan pola istirahat yang lebih baik. Perilaku tegang dapat menurun yang dapat diamati dari cara berkomunikasi yang lebih rileks, dan cenderung lebih terbuka.</p>
<p><b>Teori :</b> Kriteria hasil ini telah sesuai dengan standar luaran untuk tingkat ansietas menurut PPNI tahun 2016 sesuai dengan kondisi klien :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Verbalisasi kebingungan menurun</li> <li>2) Kekawatiran akibat kondisi yang dialami menurun</li> <li>3) Perilaku gelisah menurun</li> <li>4) Perilaku tegang menurun</li> <li>5) Pola tidur membaik</li> <li>6) Durasi tidur <math>\geq 7</math>jam/24jam</li> <li>7) TTV dalam batas normal :       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Tekanan darah sistolik : 100 – 120 mmHg diastolik : 60 – 90 mmHg</li> <li>b) Nadi 60 – 100 x/menit</li> <li>c) Respirasi 16 – 20 x/menit</li> </ol> </li> </ol>

Tabel 4.23 Pembahasan Intervensi Keperawatan

Intervensi (SIKI)	Rencana Intervensi
<p><b>Reduksi Ansietas</b> <b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah</li> <li>2) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan</li> <li>3) Monitor tanda-tanda ansietas</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>2) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan</li> <li>3) Pahami situasi yang membuat ansietas</li> <li>4) Dengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>5) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</li> <li>6) Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan</li> <li>7) Diskusikan perencanaan realistis dengan peristiwa yang akan datang</li> </ol>	<p><b>Reduksi Ansietas</b> <b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah</li> <li>2) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan</li> <li>3) Monitor tanda-tanda ansietas</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>2) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan</li> <li>3) Pahami situasi yang membuat ansietas</li> <li>4) Dengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>5) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</li> <li>6) Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan</li> <li>7) Diskusikan perencanaan realistis dengan peristiwa yang akan datang</li> </ol>

<p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami</li> <li>2) Informasi secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis</li> <li>3) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien</li> <li>4) Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif</li> <li>5) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</li> <li>6) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan</li> <li>7) Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat</li> <li>8) Latih teknik relaksasi</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b> Kolaborasi obat antiansietas, jika perlu</p>	<p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami</li> <li>2) Informasi secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis</li> <li>3) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien</li> <li>4) Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif</li> <li>5) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</li> <li>6) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan</li> <li>7) Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat</li> <li>8) Latih teknik relaksasi</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b> Kolaborasi obat antiansietas, jika perlu</p>
<p><b>Opini :</b></p> <p>Klien berdasarkan diagnosis dan faktor ansietas yang ada, maka intervensi yang diberikan, yaitu:  Reduksi Ansietas  <i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah</li> <li>2) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan</li> <li>3) Monitor tanda-tanda ansietas</li> </ol> <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>2) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan</li> <li>3) Pahami situasi yang membuat ansietas</li> <li>4) Dengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>5) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</li> <li>6) Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan</li> <li>7) Diskusikan perencanaan realistis dengan peristiwa yang akan datang</li> </ol> <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami</li> <li>2) Informasi secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis</li> <li>3) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien</li> <li>4) Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif</li> <li>5) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</li> <li>6) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan</li> <li>7) Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat</li> <li>8) Latih teknik relaksasi</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b> Kolaborasi obat antiansietas, jika perlu</p>	
<p><b>Teori :</b></p> <p>Intervensi yang dilakukan merujuk pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia tahun 2016 untuk klien dengan ansietas  Reduksi Ansietas  <i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah</li> <li>2) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan</li> <li>3) Monitor tanda-tanda ansietas</li> </ol>	

*Terapeutik*

- 1) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
- 2) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan
- 3) Pahami situasi yang membuat anxietas
- 4) Dengarkan dengan penuh perhatian
- 5) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- 6) Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan
- 7) Diskusikan perencanaan realistis dengan peristiwa yang akan datang

*Edukasi*

- 1) Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami
- 2) Informasi secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis
- 3) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien
- 4) Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif
- 5) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
- 6) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
- 7) Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat
- 8) Latih teknik relaksasi

*Kolaborasi*

Kolaborasi obat antiansietas, jika perlu

#### 4.2.4 Implementasi Keperawatan

Tabel 4.24 Pembahasan Implementasi Keperawatan

<p><b>Pembahasan</b></p> <p>Implementasi yang dilakukan pada klien sesuai berdasarkan rencana keperawatan yang disusun. Implementasi yang dilakukan disesuaikan dengan keadaan klien pada saat itu, serta dilakukan dengan persetujuan klien pribadi dan keluarga klien.</p>
<p><b>Opini :</b></p> <p>Implementasi tindakan keperawatan yang dilakukan pada klien karena berangkat dari diagnosis dan rencana intervensi yang sama maka, keduanya mendapat tindakan yang sama pula.</p> <p>Pada hari pertama implementasi dilakukan pemeriksaan fisik <i>head to toe</i> bertujuan untuk asesmen keadaan fisik klien, serta pemeriksaan psikososial untuk mendapatkan gambaran psikologis klien pada saat post operasi. Selain asesmen psikososial, untuk memperkuat data mengenai keadaann anxietas klien, dilakukan wawancara pada klien menggunakan format HARS (<i>Hamilton Anxiety Rating scale</i>), dengan data ini akan didapatkan gambaran pada level mana tingkat anxietas klien. Setelah asesmen dilakukan didapatkan data kedua klien memiliki konsep diri yang baik, namun mengalami keadaan anxietas berhubungan dengan keadaan traumanya ditunjukkan dengan gambaran kecemasan kedua klien. Data ini didukung oleh hasil penilaian HARS yang ditunjukkan kedua klien melalui wawancara mendapat skor yang sama (skor 16) terkategori anxietas ringan. Berikutnya dilakukan penyuluhan dan modifikasi lingkungan dengan mengkondisikan ruang agar nyaman bagi klien untuk mengurangi anxietas klien.</p> <p>Hari ke dua implementasi dilakukan observasi tanda anxietas, faktor anxietas, tanda-tanda vital, serta menjalin pola komunikasi yang baik dengan memberikan informasi baik diagnosis dan prognosis medis secara terbuka, sertamengorientasikan pikiran klien pada hal-hal yang positif. Implementasi hari ke tiga dilakukan dengan prinsip yang sama.</p>

**Teori :**

Implementasi dilaksanakan berdasarkan rencana intervensi yang telah disusun. Dalam aplikasinya kepada klien penulis mengacu pada keadaan aktual yang klien alami. Secara teori berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan (2016), fokus dari implementasi ini adalah mereduksi ansietas klien, meminimalkan kondisi individu dan pengalaman subyektif terhadap sesuatu yang tidak tentu dan spesifik akibat antisipasi hal yang tidak diinginkannya.

## 4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.25 Pembahasan Evaluasi Keperawatan

Pembahasan
<p>Klien setelah 3x24 jam dilakukan intervensi keperawatan dengan reduksi ansietas, dilakukan observasi tanda-tanda ansietas, observasi faktor-faktor yang memperparah ansietas, keluhan yang dirasakan, riwayat istirahat serta tanda-tanda vital. Didapatkan data, klien mengatakan perasaan sudah merasa lebih baik dan memilih pasrah, namun istirahat tidur masih kesulitan dikarenakan perasaan tidaknyaman karena nyeri dengan skala 4/10, nyeri terasa saat digunakan bergerak atau berubah posisi. Hingga hari ke dua ini ADL masih dibantu total oleh keluarga. Klien masih tampak kesakitan, saat bergerak klien tampak meringis, wajah masih tampak pucat. Maka pada evaluasi ini klien menunjukkan sudah ada penurunan ansietas, namun faktor-faktor yang dapat memicu ansietas masih aktual, seperti nyeri, mobilisasi terbatas, ADL total care, maka dapat dikatakan ansietas teratasi sebagian. Tindaklanjut berikutnya adalah melanjutkan intervensi yang telah disusun.</p> <p>Evaluasi hari ke tiga klien mengaku merasa lebih tenang, tidak terbebani dengan keadaan, pasrah dan lebih memilih untuk konsentrasi pada proses penyembuhan saja, klien juga mengatakan istirahat tidur malam sudah lebih baik, dan nyeri sudah berkurang (skala 3/10). Hari ke tiga ini klien masih tampak menahan nyeri, ADL <i>total care</i>, serta klien tampak berhati-hati saat miring kanan atau miring kiri. Klien mengalami penurunan ansietas.</p>
<p><b>Opini :</b></p> <p>Klien mengemukakan hal yang berbeda, beliau mengatakan bahwa perasaannya sudah lebih baik, dan klien lebih memilih pasrah dengan keadaan. Klien juga mengatakan istirahat tidur masih sulit, faktornya adalah gangguan nyerinya.</p> <p>Klien setelah menjalani perawatan ansietas pada hari ke tiga, keduanya menunjukkan adanya penurunan ansietas. Penurunan ini tidak benar-benar total, namun parsial, penurunan ansietas kedua klien menurun secara bertahap yang mana dapat diamati dari tanda-tanda ansietasnya. Tanda ansietas yang utama adalah pengakuan dari klien yang mengutarakan isi pikiran dan perasaannya saat dikaji. Klien mengaku camas, khawatir, bingung atau takut akan suatu hal dan bersifat mengganggu, menunjukkan klien sedang mengalami ansietas, namun hanya secara kualitatif. Dengan menggunakan HARS maka gambaran ansietas masing-masing klien dapat diukur. Pada dasarnya tingkat ansietas tidak banyak membuat perbedaan pada saat dilakukan intervensi, setiap klien akan diberikan intervensi keperawatan sesuai faktor pemicunya, namun dengan tingkat ansietas yang terukur ini penulis dapat menempatkan prioritas dan penekanan pada aspek yang menjadi masalah, sehingga penurunan ansietas dapat tercapai.</p>
<p><b>Teori :</b></p> <p>Prinsip dasar dalam intervensi klien ansietas yang dijelaskan pada Standar Intervensi Keperawatan tahun 2016 adalah bentuk dari komunikasi terapeutik interpersonal, dimana dalam aplikasinya penulis berusaha menciptakan pola komunikasi yang baik serta membuat klien nyaman mungkin untuk mengutarakan apa yang ada dalam pikirannya. Pada saat</p>

klien mencapai keadaan atau merasa nyaman berkomunikasi pada perawat, maka klien diharapkan dapat mengutarakan perasaannya dan klien merasa aman atas apa yang disampaikan. Pola komunikasi seperti ini memberikan pengertian kepada klien untuk merasa aman dan terbuka sehingga akan terbangun *trust* antara klien dan perawat.

Berikutnya adalah dengan pengalihan atau distraksi, cara ini bertujuan untuk mengalihkan fokus klien pada hal lain yang disukainya. Keadaan ansietas kerap terjadi karena klien memikirkan sesuatu yang terlalu berlebihan, yang mana pada nyatanya tidak demikian, atau tidak seburuk itu. Maka dengan pengalihan perhatian klien diharapkan tidak semakin larut oleh pikiran negatif, serta membantu klien untuk dapat beristirahat.

Keadaan ansietas salah satu faktor umum terjadinya adalah klien tidak memiliki gambaran yang utuh tentang masalah yang dihadapi, dan merasa tidak memiliki jalan keluar atas masalahnya. Maka selepas klien lebih tenang, klien diberikan pengertian dan hal lain yang perlu disampaikan dengan harapan klien paham dengan apa yang terjadi dan dapat mencapai fase *healing*.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **5.1 Kesimpulan**

##### **5.1.1 Pengkajian**

Klien adalah seorang perawat spesialis sekaligus pendidik. Klien mengalami fraktur tertutup pada tulang paha sebelah kiri (os femur sinistra), klien mengatakan terjatuh pada saat duduk. Klien menjalani operasi Open Reduction Internal Fixation (ORIF) 5 hari setelah MRS dengan pemasangan *plate & screw* serta pemasangan *bone graft*.

Pada fase *post op* klien dilakukan pemeriksaan fisik sekaligus gambaran psikososial dan tingkat kecemasan. Hasilnya didapatkan, pada pemeriksaan fisik, klien tampak bekas luka pada paha kiri serta mengeluh nyeri saat digunakan untuk berganti posisi. Kedua klien memiliki konsep diri yang baik, tidak ditemukan masalah baik pada konsep diri klien, baik peran diri, ideal diri, harga diri klien melalui wawancara menggambarkan konsep diri yang baik.

Pada pengkajian kecemasan atau gambaran kecemasan, klien diminta mengutarakan apakah memiliki atau menghadapi kecemasan pada hal tertentu selama peristiwa ini, dan didapatkan gambaran kecemasan kedua klien. Klien memiliki keawatiran tertentu berkaitan dengan keadaannya saat fase post operasi ini, pada klien bentuk kecemasan yang ditemukan adalah, klien merasa bahwa dirinya dengan keadaan ini menjadi beban bagi orang terdekatnya. Beliau merasa tidak seharusnya menjadi bergantung penuh pada orang lain atas kondisinya

ini, klien memiliki ideal diri bahwa beliau seharusnya pribadi yang mandiri dan bertanggungjawab atas diri sendiri. Setelah klien didapatkan gambaran psikososial dan gambaran kecemasannya, berikutnya dilakukan pengukuran tingkat kecemasan menggunakan Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) dan didapatkan skor yaitu 16, dengan kategori ansietas ringan.

### **5.1.2 Diagnosis Keperawatan**

Melalui hasil pengkajian didapatkan data obyektif dan subyektif yang sesuai dengan batasan masalah pada penelitian ini serta menunjang untuk ditegakkan diagnosis keperawatan ansietas berhubungan dengan krisis situasional bagi klien.

### **5.1.3 Rencana Keperawatan**

Berdasarkan diagnosis keperawatan yang ditegakkan, berikutnya disusun rencana keperawatan beserta kriteria hasil yang mengacu pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia 2016. Intervensi yang direncanakan disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi klien saat post operasi. Rencana keperawatan yang disusun pada klien yaitu reduksi ansietas. Prinsip dasar yang diaplikasikan penulis adalah bentuk komunikasi interpersonal yang bersifat terapeutik dan menekankan pada klien untuk melakukan kegiatan distraksi.

#### **5.1.4 Implementasi Keperawatan**

Implementasi yang dilakukan didasarkan pada rencana keperawatan yang telah disusun. Implementasi dilakukan mulai dari klien menjalani operasi ORIF dan telah kembali ke ruang rawat inap. Implementasi dilaksanakan selama tiga hari, mulai dari hari pertama setelah pengkajian hingga hari ketiga. Kedua klien mendapat intervensi yang sama, diukur dengan kriteria hasil yang sama.

#### **5.1.5 Evaluasi Keperawatan**

Setiap 3 kali dalam 24 jam dilakukan intervensi, dan dilakukan evaluasi perkembangan keadaan ansietas yang dihadapi klien. Evaluasi pada klien menunjukkan penurunan ansietas, dengan mengutarakan kepasrahan atas kondisinya. Pada hari ke tiga, klien memberi gambaran adanya penurunan ansietas dengan mengutarakan perasaan yang lebih baik dari sebelumnya serta dalam komunikasi tampak lebih rileks, pola tidur baik durasi tidur cukup, tingkat ansietas terkategori tidak ada ansietas dan tanda-tanda vital dalam rentang normal. Dengan demikian tujuan dari intervensi keperawatan reduksi ansietas menunjukkan penurunan ansietas berdasarkan kriteria hasil yang ditetapkan.

## **5.2 Saran**

### **5.2.1 Bagi Lahan Penelitian**

Memberikan intervensi keperawatan kepada klien fraktur ekstremitas khususnya pada klien yang mengalami kecemasan atau ansietas hendaknya perawat terus menjaga kualitas komunikasi yang baik kepada klien. Komunikasi interpersonal yang baik memberikan efek terapeutik kepada klien, disamping bertujuan memberikan rasa nyaman dan aman, klien diharapkan dapat membangun kepercayaan kepada perawat sehingga segala kebutuhan dan masalah yang dihadapi klien dapat segera dilakukan intervensi. Dengan pola komunikasi terapeutik yang konsisten diharapkan segala bentuk kecemasan klien dapat berkurang dan proses penyembuhan dapat berjalan lancar.

### **5.2.2 Bagi Institusi Pendidikan**

Bagi sesama rekan mahasiswa penulis berharap penelitian ini dapat memberikan gambaran ketika melakukan praktik asuhan keperawatan kepada klien yang mengalami ansietas terlebih pada kasus fraktur ekstremitas bawah. Akan baik jika bentuk-bentuk komunikasi terapeutik interpersonal diterapkan pada saat asuhan keperawatan untuk mereduksi ansietas yang timbul pada saat klien menjalani perawatan, dalam hal ini penulis menekankan bahwa bentuk komunikasi baik verbal maupun non-verbal berperan penting dalam keseluruhan asuhan.

### 5.2.3 Bagi Penelitian Selanjutnya

Penelitian ini penulis mengkaji kecemasan sesaat (*state anxiety*) yang dialami klien pada saat post operasi fraktur. Dijelaskan pula pada teori bahwa *trait anxiety* atau kecemasan bawaan memiliki korelasi pada tingkat kecemasan sesaat seseorang (*trait anxiety*). Sebagai pertimbangan untuk penelitian selanjutnya tentang kecemasan, dapat dikaji lebih dalam tentang faktor kecemasan bawaan klien sebagai data pada proses asuhan keperawatannya.

### Daftar Pustaka

- Asmadi 2009, *Tehnik prosedural keperawatan: konsep dan aplikasi kebutuhan dasar klien*. Jakarta: Salemba Medika.
- Lisdiana, 2012, *Regulasi Kortisol pada Kondisi Stress dan Addiction, Biosaintifika 4 (1)*. Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam, Universitas Negeri Semarang
- Singer BR, McLauchlan GJ, Robinson CM, Christie, J 1998, *Epidemiology of fractures in 15,000 adults: the influence of age and gender*.
- Apley, G & Solomon, L 2010, *Buku Ajar Ortopedi dan Fraktur Sistem Apley eds 7*. Jakarta: Widya Medika ISBN: 979-519-046-6
- World Health Organization, 2013, *Global Health Observatory Data Repository*. <http://apps.who.int/gho/data/?theme=main>
- Thomas, A.A., & D'Silva, F. 2012, Pain, Anxiety & Functional Status Of Patients With Lower Limb Fracture And Dislocation After Open Reduction. *Nitte University Journal of Health Science*.
- Seviya GM, Rahayu U, Siti YR. 2015, *Tingkat Kecemasan Pasien Post Operasi yang Mengalami Fraktur Ekstremitas*, Fakultas Keperawatan Universitas Padjadjaran
- Widyastuti, Yuli. 2015, *Description Of Anxiety on Pre Operation Fracture Femur Patients in RS Orthopedi Prof. DR.R SOEHARSO SURAKARTA*. Jurnal penelitian DIII Keperawatan STIKES PKU Muhammadiyah Surakarta
- Carpenito, Lynda Juall 2007, *Diagnosa Keperawatan Aplikasi Pada Praktek Klinis*. Jakarta. EGC
- Syahputra, H. Jumaini. Rini 2013, *Hubungan Tingkat Nyeri Dengan Tingkat Kecemasan Pada Pasien Fraktur Tulang Panjang Di Rsud Arifin Achmad Pekanbaru*. Jurnal penelitian Universitas Riau
- KEMENKES RI. 2018, *Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018 Propinsi Jawa Timur*.
- Suratun, dkk. 2008, *Seri Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Sistem Muskuloskeletal*. Jakarta: EGC.

- Maisyaroh, Sevia Gani 2015, *Tingkat Kecemasan Pasien Post Operasi yang Mengalami Fraktur Ekstremitas*. Jurnal penelitian Fakultas Keperawatan Universitas Padjadjaran
- Musliha 2010, *Keperawatan Gawat Darurat*. Cetakan pertama. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Nasir A & Muhith A 2011, *Dasar-Dasar Keperawatan Jiwa: Pengantar dan teori*. Jakarta: Salemba Medika.
- Tambayong, Jan 2012, *Patofisiologi Untuk Keperawatan*. Jakarta : Penerbit Buku kedokteran EGC
- Ulya, Ikhda dkk 2017, *Buku Ajar Keperawatan Gawat Darurat pada Kasus Trauma*. Jakarta : Salemba Medika
- Hardisman 2014, *Gawat Darurat Medis Praktis*. Yogyakarta : Gosyen Publishing
- Setiani, Diah 2017, *Identifikasi Tingkat Kecemasan Pre Operasi Pasien Fraktur di Ruang Aster dan Cempaka RSUD Abdul Wahab Sjaranie Samarinda*. Jurnal Penelitian POLTEKES Samarinda.
- Kantasa, Vananda Duanta, Kusumawardani, Herniyati. 2016, *Efek Stressor Rasa Sakit Renjatan Listrik terhadap Limfosit dan Makrofag pada Gingiva Tikus Sprague Dawley*. Fakultas Kedokteran Gigi. UNEJ Jember
- Kusumawati F & Hartono Y. 2012, *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta : Salemba Medika
- Putri, Ayu W. Setyaningsih M, Wibowo 2019, *Asuhan Keperawatan pada Klien Post Operasi Fraktur Ekstremitas Bawah dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik*. Jurnal penelitian STIKes Panti Waluya Malang.
- Black, JM & Hawk, JH 2014, *Keperawatan Medikal Bedah: Manajemen Klinis untuk Hasil yang Diharapkan*. Edisi ke 8 bahasa Indonesia. Jakarta : Salemba Medika
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017, *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta : Dewan pengurus pusat PPNI
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur 2014, *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur*. Surabaya
- Suddarth dan Brunner 2016, *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Edisi 8. Vol1. Jakarta : EGC.
- Hawari, D 2016, *Manajemen Stres Cemas dan Depresi*. Edisi 11. Jakarta : FKUI.

Wahyuningsih, Zeni 2011, *Hubungan Cemas dengan Peningkatan Tekanan Darah pada Pasien Pre Operasi di Ruang Bougenvil RSUD DR. Soegiri Lamongan*. Vol. 01, No. VIII : Surya.

Setianingsih E, Agina P & Irawan E 2020, *Syok Index pada Pasien Fraktur di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Muhammadiyah Gombang*. Jurnal penelitian Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta.

Wade 2016, *Mengatasi Hipertensi*. Bandung : Nuansa Cendekia.

## Lampiran 1. Hamilton Rating Scale for Anxiety (HARS)

**HAMILTON RATING SCALE FOR ANXIETY  
(HARS)**

Nama Responden :

Tanggal Pemeriksaan :

## SKOR

0 : Tidak ada

1 : Ringan

2 : Sedang

3 : Berat

4 : Berat sekali

Total SKOR	Kategori
kurang dari 14	tidak ada kecemasan
14 – 20	kecemasan ringan
21 – 27	kecemasan sedang
28 – 41	kecemasan berat
42 – 56	kecemasan berat sekali

Berikan tanda cek ( ✓ ) pada kolom penilaian sesuai dengan keadaan klien

No	Pertanyaan	SKOR				
		0	1	2	3	4
1	<b>Perasaan Ansietas</b> - Cemas - Firasat Buruk - Takut Akan Pikiran Sendiri - Mudah Tersinggung					
2	<b>Ketegangan</b> - Merasa Tegang - Lesu - Tak Bisa Istirahat Tenang - Mudah Terkejut - Mudah Menangis - Gemetar - Gelisah					

3	<b>Ketakutan</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pada Gelap</li> <li>- Pada Orang Asing</li> <li>- Ditinggal Sendiri</li> <li>- Pada Binatang Besar</li> <li>- Pada Keramaian Lalu Lintas</li> <li>- Pada Kerumunan Orang Banyak</li> </ul>					
4	<b>Gangguan Tidur</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sukar Masuk Tidur</li> <li>- Terbangun Malam Hari</li> <li>- Tidak Nyenyak</li> <li>- Bangun dengan Lesu</li> <li>- Banyak Mimpi-Mimpi</li> <li>- Mimpi Buruk</li> <li>- Mimpi Menakutkan</li> </ul>					
5	<b>Gangguan Kecerdasan</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sukar Konsentrasi</li> <li>- Daya Ingat Buruk</li> </ul>					
6	<b>Perasaan Depresi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hilangnya Minat</li> <li>- Berkurangnya Kesenangan Pada Hobi</li> <li>- Sedih</li> <li>- Bangun Dini Hari</li> <li>- Perasaan Berubah-Ubah Sepanjang Hari</li> </ul>					
7	<b>Gejala Somatik (Otot)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sakit dan Nyeri di Otot-Otot</li> <li>- Kaku</li> <li>- Kedutan Otot</li> <li>- Gigi Gemerutuk</li> <li>- Suara Tidak Stabil</li> </ul>					

8	<b>Gejala Somatik (Sensorik)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tinnitus (telinga berdenging)</li> <li>- Penglihatan Kabur</li> <li>- Muka Merah atau Pucat</li> <li>- Merasa Lemah</li> <li>- Perasaan ditusuk-tusuk</li> </ul>					
9	<b>Gejala Kardiovaskuler</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Takhikardia</li> <li>- Berdebar</li> <li>- Nyeri di Dada</li> <li>- Denyut Nadi Mengeras</li> <li>- Perasaan Lesu/Lemas Seperti Mau Pingsan</li> <li>- Detak Jantung Menghilang (Berhenti Sekejap)</li> </ul>					
10	<b>Gejala Respiratori</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rasa Tertekan atau Sempit di Dada</li> <li>- Perasaan Tercekik</li> <li>- Sering Menarik Napas</li> <li>- Napas Pendek/Sesak</li> </ul>					
11	<b>Gejala Gastrointestinal</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sulit Menelan</li> <li>- Perut Melilit</li> <li>- Gangguan Pencernaan</li> <li>- Nyeri Sebelum dan Sesudah Makan</li> <li>- Perasaan Terbakar di Perut</li> <li>- Rasa Penuh atau Kembang</li> <li>- Mual</li> <li>- Muntah</li> <li>- Buang Air Besar Lembek</li> <li>- Kehilangan Berat Badan</li> <li>- Sukar Buang Air Besar (Konstipasi)</li> </ul>					

12	<b>Gejala Urogenital</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sering Buang Air Kecil</li> <li>- Tidak Dapat Menahan Air Seni</li> <li>- Amenorrhoe</li> <li>- Menorrhagia</li> <li>- Menjadi Dingin (Frigid)</li> <li>- Ejakulasi Praecox</li> <li>- Ereksi Hilang</li> <li>- Impotensi</li> </ul>					
13	<b>Gejala Otonom</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mulut Kering</li> <li>- Muka Merah</li> <li>- Mudah Berkeringat</li> <li>- Pusing, Sakit Kepala</li> <li>- Bulu-Bulu Berdiri</li> </ul>					
14	<b>Tingkah Laku Pada Wawancara</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gelisah</li> <li>- Tidak Tenang</li> <li>- Jari Gemetar</li> <li>- Kerut Kening</li> <li>- Muka Tegang</li> <li>- Tonus Otot Meningkatkan</li> <li>- Napas Pendek dan Cepat</li> <li>- Muka Merah</li> </ul>					

**Skor Total =**

**Kategori kecemasan =**

**SATUAN ACUAN PENDIDIKAN KESEHATAN (SAP)**

Topik : Kecemasan (Ansietas)  
Sub Topik : Cara mengatasi kecemasan  
Hari/Tanggal : ..... / ..... / .....  
Waktu : (30 menit), pukul \_\_\_\_\_ s/d \_\_\_\_\_  
Peserta : klien beserta keluarga  
Tempat :  
Nama Penyuluh :

**A. Tujuan Umum**

Setelah dilakukan penyuluhan selama 30 menit, klien dan keluarga mampu memahami dan mengetahui cara mengatasi kecemasan

**B. Tujuan Khusus**

Klien dan keluarga mampu :

1. Menjelaskan pengertian kecemasan
2. Menguraikan tingkatan kecemasan.
3. Menguraikan tanda dan gejala cemas.
4. Menguraikan faktor-faktor yang dapat menimbulkan stress.
5. Mempraktikkan cara mengatasi kecemasan
6. Melakukan perawatan pasien di rumah

**C. Materi**

1. Pengertian Kecemasan
2. Tingkat Kecemasan
3. Tanda dan gejala kecemasan
4. Faktor-faktor yang menimbulkan stress
5. Cara mengatasi kecemasan
6. Cara melakukan perawatan pasien dirumah

**D. Metode**

1. Ceramah
2. Tanya jawab
3. Demonstrasi

**E. Media**

1. Leaflet
2. Lembar Balik
3. Laptop

**F. Strategi pendidikan kesehatan**

No	Kegiatan Pendidikan Kesehatan		Waktu
	Fasilitator	Peserta (klien dan keluarga)	
1	Pembukaan: 1. Memberi salam dan memperkenalkan diri 2. Memberikan pertanyaan apersepsi 3. Mengkomunikasikan pokok bahasan 4. Mengkomunikasikan tujuan	1. Menjawab salam 2. Mengajukan pertanyaan 3. Menjawab pertanyaan 4. Menyimak	5 menit
2	Kegiatan Inti : 1. Menjelaskan materi 2. Memberi kesempatan bertanya 3. Menjawab pertanyaan 4. Memberikan reinforcement 5. Melakukan demonstrasi	1. Menyimak 2. Mengajukan pertanyaan 3. Memperhatikan dan mengikuti saran yang diberikan 4. Melakukan redemonstrasi 5. Menyimak dan menjawab pertanyaan	15 menit
3	Penutup : 1. Menyimpulkan materi 2. Melaksanakan evaluasi 3. Mengucapkan salam penutup	1. Menyimak 2. Menjawab pertanyaan 3. Menjawab salam	10 menit

### A. Evaluasi

1. Prosedur : Diberikan diakhir pendidikan kesehatan
2. Waktu : 5 menit
3. Bentuk soal : lisan
4. Jumlah soal : 6
5. Jenis soal : Essay
6. Butir soal /pertanyaan :
  - a. Apakah yang dimaksud dengan kecemasan ?
  - b. Sebutkan tingkat kecemasan dan jelaskan?
  - c. Sebutkan tanda dan gejala dalam kecemasan ?
  - d. Sebutkan faktor-faktor yang mempengaruhi?
  - e. Bagaimana cara mengurangi cemas?
  - f. Bagaimana cara merawat pasien dirumah?

Klien dapat menjawab minimal 3 pertanyaan

### B. Sumber

- NANDA 2010, *Panduan Diagnosa Keperawatan Nanda 2009 2011*. Jakarta: EGC. Stuart,
- G.W & Sundeen 1990, *Buku Saku Diagnosa Keperawata pada Keperawatan Psikiatri*. Jakarta.
- Erwan Trisnanto 2014, *Satuan Acara Penyuluhan Ansietas*.  
[https://www.academia.edu/9729276/sap\\_ansietas](https://www.academia.edu/9729276/sap_ansietas). Diakses pada tanggal 29 Juni 2016.
- Rizki Kurniadi 2012, *Penyuluhan Kesehatan Peran Keluarga Dalam Penanganan Pasien Gangguan Jiwa*.  
<http://asuhankeperawatanonline.blogspot.com/2012/03/penyuluhan-kesehatan-peran-keluarga.html>

### C. Lampiran

1. Materi Penyuluhan Ansietas

### Lampiran 3. Materi Satuan Acara Penyuluhan

#### Materi Pendidikan Kesehatan

##### A. Pengertian Kecemasan

Ansietas adalah perasaan takut yang tidak jelas dan didukung oleh situasi (Videbeck, 2008).

Ansietas adalah kekhawatiran yang tidak jelas menyebar dialam dan terkait dengan perasaan ketidakpastian dan ketidakberdayaan perasaan isolasi, keterasingan an ketidakamanan juga hadir (Stuart, 2006)

Ansietas adalah gangguan alam perasaan (afektif) yang ditandai dengan perasaanketakutan atau kekhawatiran yang mendalam dan berkelanjutan, tidak mengalami gangguan dalam menilai realitas (RTA), kepribadian masih tetap utuh (tidak mengalami keretakan kepribadian/ splitting of personality), perilaku dapat terganggu tetapi masih dalam batas-batas normal (NANDA, 2010).

##### B. Tingkat Kecemasan

Ansietas memiliki dua aspek yakni aspek yang sehat dan aspek membahayakan, yang bergantung pada tingkat ansietas, lama ansietas yang dialami, dan seberapa baik individu melakukan koping terhadap ansietas. Menurut Peplau (dalam, Videbeck, 2008) ada empat tingkat kecemasan yang dialami oleh individu yaitu ringan, sedang, berat dan panik.



Gambar Rentang Respon Ansietas (Stuart & Sundeen, 1990)

1. Ansietas ringan adalah perasaan bahwa ada sesuatu yang berbeda dan membutuhkan perhatian khusus. Stimulasi sensori meningkat dan membantu individu memfokuskan perhatian untuk belajar, menyelesaikan masalah, berpikir, bertindak, merasakan, dan melindungi diri sendiri. Menurut Videbeck (2008), respons dari ansietas ringan adalah sebagai berikut :
  - a. Respons fisik: ketegangan otot ringan, sadar akan lingkungan, rileks atau sedikit gelisah, penuh perhatian dan rajin
  - b. Respon kognitif : lapang persepsi luas, terlihat tenang, percaya diri, perasaan gagal sedikit, waspada dan memperhatikan banyak hal, mempertimbangkan informasi, tingkat pembelajaran optimal
  - c. Respons emosional : perilaku otomatis, sedikit tidak sadar, aktivitas menyendiri, terstimulasi dan senang
  
2. Ansietas sedang merupakan perasaan yang mengganggu bahwa ada sesuatu yang benar-benar berbeda; individu menjadi gugup atau agitasi. Menurut Videbeck (2008), respons dari ansietas sedang adalah sebagai berikut :
  - a. Respon fisik : ketegangan otot sedang, tanda-tanda vital meningkat, pupil dilatasi, mulai berkeringat, sering mondar-mandir, memukul tangan, suara berubah ; bergetar, nada suara tinggi, kewaspadaan dan ketegangan meningkat, dan sering berkemih, sakit kepala, pola tidur berubah, nyeri punggung
  - b. Respons kognitif: lapang persepsi menurun, tidak perhatian secara selektif, fokus terhadap stimulus meningkat, rentang perhatian menurun, penyelesaian masalah menurun, pembelajaran terjadi dengan memfokuskan
  - c. Respons emosional : tidak nyaman, mudah tersinggung, kepercayaan diri goyah, tidak sabar dan gembira
  
3. Ansietas berat, yakni ada sesuatu yang berbeda dan ada ancaman, memperlihatkan respons takut dan distress. Menurut Videbeck (2008),

respons dari ansietas berat adalah sebagai berikut :

- a. Respons fisik : ketegangan otot berat, hiperventilasi, kontak mata buruk, pengeluaran keringat meningkat, bicara cepat, nada suara tinggi, tindakan tanpa tujuan dan serampangan, rahang menegang, mengertakan gigi, mondar-mandir, berteriak, dan meremas tangan, gemetar
- b. Respons kognitif : lapang persepsi terbatas, proses berpikir terpecah-pecah, sulit berpikir, penyelesaian masalah buruk, tidak mampu mempertimbangkan informasi, hanya memerhatikan ancaman, preokupasi dengan pikiran sendiri, egosentris
- c. Respons emosional : sangat cemas, agitasi, takut, bingung, merasa tidak adekuat. menarik diri, penyangkalan dan ingin bebas

4. Panik, individu kehilangan kendali dan detail perhatian hilang, karena hilangnya kontrol, maka tidak mampu melakukan apapun meskipun dengan perintah. Menurut Videbeck (2008), respons dari panik adalah sebagai berikut :

- a. Respons fisik : flight, fight, atau freeze, ketegangan otot sangat berat, agitasi motorik kasar, pupil dilatasi, tanda-tanda vital meningkat kemudian menurun, tidak dapat tidur, hormon stress dan neurotransmitter berkurang, wajah menyeringai, mulut ternganga
- b. Respons kognitif : persepsi sangat sempit. pikiran tidak logis, terganggu, kepribadian kacau, tidak dapat menyelesaikan masalah, fokus pada pikiran sendiri, tidak rasional, sulit memahami stimulus eksternal, halusinasi, waham, ilusi mungkin terjadi
- c. Respon emosional : merasa terbebani, merasa tidak mampu, tidak berdaya, lepas kendali, mengamuk, putus asa, marah, sangat takut, mengharapkan hasil yang buruk, kaget, takut, lelah

### **C. Tanda dan gejala kecemasan**

1. Gejala motorik, meliputi: gemetar, muka tegang, nyeri otot, nyeri dada, letih, pegal, sakit kepala, sakit leher.

2. Gejala otonomik, berupa hiperaktivitas saraf otonomik terutama saraf simpatis ditandai dengan gejala; palpitasi, hiperhidrosis, sesak nafas, diare, parestesia dll.
3. Khawatir: rasa khawatir yang berlebihan terutama mengenai hal-hal yang belum terjadi seperti mau mendapat musibah.
4. Kewaspadaan berlebihan.: kewaspadaan yang berlebihan meliputi gejala tidur terganggu, sulit berkonsentrasi, mudah terkejut, tidak bisa santai dll.

#### **D. Faktor-faktor yang menimbulkan stress**

1. Lingkungan yang asing
2. Kehilangan kemandirian sehingga mengalami ketergantungan dan memerlukan bantuan orang lain
3. Berpisah dengan pasangan dan keluarga
4. Masalah biaya
5. Kurang informasi
6. Ancaman akan penyakit yang lebih parah
7. Masalah pengobatan

#### **E. Cara mengatasi kecemasan**

1. Teknik relaksasi segitiga pernapasan (Triangle Breathing):
  - a. Ambil napas selama 3 detik dengan lambat,
  - b. Tahan napas selama 3 detik
  - c. Keluarkan perlahan selama 3 detik melalui mulut
  - d. Ulangi selama 3 kali
2. Teknik guided imagery
  - a. Diri dalam keadaan rileks
  - b. Teman dan konselor membimbing anda dengan kondisi verbal (bicara perlahan dan lembut)
  - c. Klien dapat terbawa ke tempat yang paling aman yang diinginkan oleh suara hatinya.
  - d. Saat terbangun dari proses imagery, klien akan merasa damai, dan akan mempunyai persepsi yang baru terhadap sesuatu yang

membebani, atau lebih siap menghadapinya.

- e. Hindari kafein, alkohol dan rokok
- f. Rasa cemas ternyata bisa pula dipicu oleh makanan, minuman, serta kebiasaan yang kita konsumsi atau lakoni. Kafein, alkohol, dan rokok disebut-sebut sebagai substansi yang bisa meningkatkan rasa cemas seseorang.

3. Tertawa dan olahraga.

Tidak ada yang membantah kalau banyak ketawa itu dianggap menyehatkan. Buktinya untuk mengatasi rasa cemas ini, para pakar juga menyarankan agar kita banyak tertawa. Karena cara tersebut ampuh mengusir emosi dengan sesuatu positif sifatnya. Tak ubahnya dengan olahraga. 20 hingga 30 menit melakukan olahraga bisa membantu mengurangi rasa cemas.

4. Tulislah rasa cemas dalam secarik kertas

Cara ini, menurut Bloomfield, lumayan ampuh mengurangi emosi dan rasa sesak di dada. Karenanya, tulislah dengan jujur ketakutan dan kecemasan yang ada dalam benak Anda, seperti "Saya cemas karena...", "Saya *nggak* yakin kalau harus...", atau "Saya takut ketika..."

5. Bersantai

Rasa cemas kerap datang akibat banyaknya pekerjaan atau tugas lainnya. Karena itu, usahakan untuk menyisihkan waktu buat bersenang-senang dan bersantai. Atau waktu tersebut bisa pula digunakan untuk meditasi, membangun mimpi dan berimajinasi. Karena kebiasaan tersebut akan membantu mengurangi rasa cemas.

6. Dengar musik.

Berbahagialah orang yang gemar mendengarkan musik. Karena dengan mendengarkan musik-musik favorit, akan membantu menjalani ritme hidup anda yang menyenangkan.

## **F. Cara melakukan perawatan pasien dirumah**

Beberapa hal yang perlu diperhatikan oleh keluarga dan lingkungan dalam merawat pasien di rumah antara lain :

1. Memberikan kegiatan/ kesibukan dengan membuatkan jadwal sehari – hari
2. Selalu menemani dan tidak membiarkan penderita sendiri dalam melakukan suatu kegiatan, misalnya : makan bersama, bekerja bersama, bepergian dll.
3. Meminta keluarga atau teman untuk menyapa klien, jika klien mulai menyendiri atau berbicara sendiri
4. Mengajak ikut aktif dan berperan serta dalam kegiatan masyarakat, misalnya : pengajian, kerja bakti dll
5. Berikan pujian, umpan balik atau dukungan untuk ketrampilan sosial yang dapat dilakukan pasien
6. Mengontrol kepatuhan minum obat secara benar sesuai dengan resep dokter
7. Jika klien malas minum obat, anjurkan untuk minum obat secara halus dan emapti. Hindari tindakan paksa yang menimbulkan trauma bagi pasien.
8. Kontrol suasana lingkungan / pembicaraan yang dapat memancing terjadinya marah
9. Mengenali tanda – tanda yang muncul sebagai gejala kekambuhan
10. Segera kontrol ke dokter/RS jika muncul perubahan perilaku yang menyimpang atau obat habis.

## Lampiran 4. Media Lembar Balik untuk Penyuluhan

### Latih tubuh, pikiran, dan jiwa Anda

### BANTU PENYEMBUHAN DENGAN MAKANAN

**Fosfor**  
memperkuat struktur tulang bersama dengan kalsium.  
Sumbernya, daging ayam, makanan laut dan berbagai jenis ikan, susu maupun produk olahannya, biji dan kacang-kacangan, kedelai dan olahannya seperti tahu dan tempe

**Vitamin A**  
pertumbuhan sel epitel dan pertumbuhan tulang  
Sumbernya, jus tomat, wortel, melon, mangga, sayur bayam dan brokoli, kacang polong, ubi jalar atau ubi ungu, hati sapi

**Vitamin C**  
terhindar dari infeksi dan memperkuat imunitas  
Sumbernya, jeruk, jambu biji, kiwi, leci, pepaya, strawberry

**Vitamin D**  
mengatur kadar kalsium dan fosfor dalam darah, membantu penyerapan kalsium, dan pembentukan tulang serta menjaga kekuatan tulang  
vitamin D sebenarnya adalah hormon yang diproduksi dalam tubuh, anda hanya perlu mendapat sinar matahari untuk mengaktifkannya

**Magnesium**  
membangun sel tulang yang baru  
sumbernya, alpukat, pisang, kacang-kacangan, kedelai dan olahannya, sayuran hijau

**Kalsium**  
Pertumbuhan dan pemeliharaan tulang  
susu dan olahannya, kacang-kacangan, bayam dan kangkung, kedelai dan olahannya, ikan salmon dan sarden

### FRAKTUR

Perawatan Mandiri pada Patah Tulang Bagian Bawah

### Hindari cemas berlebihan

karena berpotensi mengganggu dan memperlambat proses penyembuhan dan penurunan kualitas hidup

### JADIKAN AKTIVITAS HARIAN LEBIH MUDAH

**Menyediakan makan yang aman dan mudah.**

Jika anda harus di rumah sendiri, maka terlebih dahulu minta tolong keluarga atau teman untuk membelanjakan kebutuhanmu atau gunakan aplikasi online untuk berbelanja

- Siapkan makanan yang siap masak seperti *frozen food*, anda dapat mudah menyimpan dan memasaknya.
- Beli atau siapkan sayuran dan buah yang sudah dicuci dan dipotong sebelumnya
- Minta tolong keluarga untuk menyiapkan tempat untuk makan yang mudah untuk dijangkau, misalkan meja dan kursi khusus yang sudah disiapkan sehingga mudah dan nyaman untuk digunakan.

### Tips untuk ke kamar mandi dengan aman

- Gunakan spons bergagang panjang untuk menggosok bagian kaki atau punggung saat mandi.
- Gunakan kursi plastik saat mandi untuk mengurangi beban anggota gerak yang cedera.
- Gunakan alas/karpet berbahan karet di kamar mandi, khususnya bagian yang sering dilewati.
- Jika kamar mandi dilengkapi *handle*, *bathtub* atau *shower*, pasang anti slip stiker pada area yg licin agar aman digunakan.
- Gunakan toilet duduk, jika tidak tersedia modifikasi toilet dengan tambahkan dudukan toilet yang tingginya sesuai sehingga mudah untuk naik dan turun.

### PERAWATAN DI RUMAH

- Jika klien memakai alat bantu jalan maka mintalah bantuan keluarga untuk memastikan anda tetap aman.
- Atur kembali perabot rumah, berikan akses jalan yang cukup lebar pada setiap ruang, jika dibutuhkan, atur kamar dan tempat tidur semudah mungkin untuk naik dan turunnya.
- Bebaskan lantai dari benda-benda yang licin, hindarkan dari pakaian atau benda-benda yang berserak di lantai untuk menghindari klien jatuh karena terpeleset atau tersandung.
- Jika terdapat karpet di rumah, amankan setiap sudutnya dengan selotip dua sisi, agar tidak mudah bergeser atau tersingkap untuk menghindari klien tersandung atau terpeleset.
- Atur pencahayaan ruang, pastikan setiap ruangan cukup terang khususnya pada saat malam hari untuk meminimalisir klien terjatuh karena halangan yang tidak terlihat karena pencahayaan.
- Pasangkan *handrail* pada sisi- sisi tangga, dan *grab bar* di kamar mandi.
- Sediakan ponsel atau telepon di dekat klien, jika klien harus sendirian di rumah pastikan terdapat ponsel yang dapat dijangkau, maka jika klien membutuhkan sesuatu dapat segera meminta bantuan.





## LEMBAR KONSULTASI

JUDUL : Asuhan Keperawatan pada Pasien Fraktur Ekstremitas Bawah  
Dengan Masalah Kecemasan di Rumah Sakit Panti Waluya  
Sawahlan Malang

NAMA / NIM : Mikael Ardhi Brahamananto / 181485

PEMBIMBING I : Ns. Wibowo, S.Kep.,M.Biomed

TANGGAL	KEGIATAN	PARAF
	Sesuaikan spasing dan ukuran font menurut petunjuk penulisan	
	Lengkapi SAP dan leaflet	
	Lengkapi format pengkajian beserta teknis pengisian asesment tingkat ansietas	
	ACC pembimbing	

**LEMBAR KONSULTASI**

JUDUL : Asuhan Keperawatan pada Pasien Fraktur Ekstremitas Bawah  
 Dengan Masalah Kecemasan di Rumah Sakit Panti Waluya  
 Sawahan Malang

NAMA / NIM : Mikael Ardhi Brahamananto / 181485

PEMBIMBING II : Ns. Yafet Pradikatama, M.Kep

TANGGAL	KEGIATAN	PARAF
	Cek dari awal hingga akhir, istilah asing dicetak miring	
	BAB IV Lengkapi data pengkajian	
	BAB IV Lengkapi Etiologi	
	Lengkapi SAP dan <i>leaflet</i>	
	Lengkapi Lampiran Formulir HARS	
	ACC	

### LEMBAR KONSULTASI

JUDUL : Asuhan Keperawatan pada Pasien Fraktur Ekstremitas Bawah  
 Dengan Masalah Kecemasan di Rumah Sakit Panti Waluya  
 Sawahan Malang

NAMA / NIM : Mikael Ardhi Brahamananto / 181485

PEMBIMBING II : Ns. Kristien Teguh, S.Kep

TANGGAL	KEGIATAN	PARAF
	Konsultasi BAB IV	
	Memperbaiki data diri klien yg tepat	
	Menyesuaikan data pengkajian saat klien Post Operasi	
	BAB IV Melengkapi Etiologi	
	BAB IV Menyesuaikan data perkembangan klien	
	BAB V Melengkapi evaluasi penelitian	
	BAB IV Menyesuaikan data (skala nyeri) pada pengkajian dan analisis	
	BAB IV Pembenaran keterangan dosis obat	
	BAB IV Menyertakan data tingkat ansietas pada evaluasi hari ke dua dan tiga	
	ACC	



## SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PANTI WALUYA MALANG

Jalan Yulius Usman No. 62 Malang – 65117 Telp (0341) 369003 Fax. 368737  
Email : admin@stikespantiwaluya.ac.id, website : stikespantiwaluya.ac.id

Nomor: 030/VII/2021/SPWM  
Lamp. : ---  
Hal : Ijin Penelitian

Malang, 30 Juli 2021

Kepada  
Yth. Direktur  
Rumah Sakit Panti Waluya Malang  
Di Tempat

Dengan hormat

Kami sampaikan bahwa dalam persiapan Ujian Akhir Program Studi D-III Keperawatan STIKes Panti Waluya Malang, mahasiswa diwajibkan menyusun Karya Tulis Ilmiah (KTI) sebagai bahan Ujian Akhir Program, sehubungan dengan hal tersebut di atas, bersama ini kami hadapkan mahasiswa kami :

Nama : Mikael Ardhi Brahmananto  
NIM : 18.1485

Kami mohon diberikan ijin untuk melakukan penelitian di Rumah Sakit Panti Waluya Malang dengan Judul Penelitian :

**"Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Operasi Fraktur Ekstremitas Bawah Dengan Masalah Kecemasan Di Rumah Sakit Panti Waluya Sawahan Malang"**

Sebagai informasi, mahasiswa telah menyerahkan Proposal Penelitian yang telah diseminarkan di STIKes Panti Waluya Malang sebagai syarat dimulainya penelitian.

Demikian kiranya atas perhatian dan kerjasamanya kami mengucapkan terima kasih.



Wibowo, S.Kep., Ns. M.Biomed

Tembusan Yth :

1. Mahasiswa yang bersangkutan
2. Arsip



YAYASAN KARYA MISERICORDIA  
**RS. PANTI WALUYA SAWAHAN**  
 TERAKREDITASI PARIPURNA

02 Agustus 2021

Nomor : 1465/0878/DIK/RSPW/VIII/2021  
 Lampiran : -  
 Hal : **Jawaban Ijin Penelitian**

Kepada  
 Yth. Bapak Wibowo, S.Kep., Ns. M.Biomed  
 Ketua STIKes Panti Waluya Malang  
 Jl. Yulius Usman No. 62  
 Malang

Dengan hormat,

Memperhatikan surat Bapak tertanggal 30 Juli 2021, Nomor: 030/VII/2021/SPWM, Perihal: Ijin Penelitian, dengan keterangan Mahasiswa bersama ini kami sampaikan bahwa kami menyetujui permohonan untuk memberikan ijin kepada mahasiswa STIKes Panti Waluya Malang atas nama:

Nama : Mikael Ardhi Brahmananto  
 NIM : 18.1485

untuk melakukan penelitian Rumah Sakit Panti Waluya Sawahan Malang dengan judul penelitian "**Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Operasi Fraktur Ekstremitas Bawah Dengan Masalah Kecemasan Di Rumah Sakit Panti Waluya Sawahan Malang**".

Untuk KTI (Karya Tulis Ilmiah) yang sudah terverifikasi lengkap mohon dikirimkan dalam bentuk *softcopy* ke email Diklat RS Panti Waluya Sawahan ([diklat.pantiwaluya@gmail.com](mailto:diklat.pantiwaluya@gmail.com)).

Demikian kami sampaikan, atas perhatian serta kerja sama yang baik kami ucapkan terima kasih.



**dr. Linda Nurtiahja Wijasa, MARS**  
 Direktur

Jl. Nusakambangan No. 56 Po. Box 99 Malang 65117  
 Telp. (0341) 366033, 361507, 362017, Fax (0341) 3014708  
 Website : <http://www.pantiwaluya.org>, e-mail : [rkz.pantiwaluya@gmail.com](mailto:rkz.pantiwaluya@gmail.com)



## SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PANTI WALUYA MALANG

Jalan Yulius Usman No. 62 Malang – 65117 Telp (0341) 369003 Fax. 368737  
Email : admin@stikespantiwaluya.ac.id, website : stikespantiwaluya.ac.id

Nomor : 074/XI/2019/SPWM  
Lamp. : --  
Hal : Studi Pendahuluan

Malang, 25 November 2019

Kepada  
Yth. Direktur  
RS. Panti Waluya Malang  
Di - Tempat

Dengan Hormat

Sehubungan dengan adanya persiapan Ujian Akhir Program Studi D-III Keperawatan STIKes Panti Waluya Malang, maka setiap mahasiswa diwajibkan menyusun Karya Tulis Ilmiah (KTI) sebagai bahan Ujian Akhir Program. Guna penyusunan Karya Tulis Ilmiah (KTI) tersebut, melalui surat ini kami hadapkan mahasiswa kami atas nama :

Nama : Mikael Ardhi Brahmananto  
N I M : 181485

Kami mohon mahasiswa kami tersebut diatas diberikan ijin untuk mengambil data di Rekam Medik Rumah Sakit Panti Waluya Malang guna melengkapi data studi pendahuluan pada proposal KTI nya. Adapun judul yang direncanakan untuk penyusunan Karya Tulis Ilmiah tersebut adalah :

**"Asuhan Keperawatan Pada Pasien Fraktur Ekstremitas Bawah Dengan Masalah Gangguan kecemasan Di RS. Panti Waluya Sawahan Malang"**

Demikian kiranya atas perhatian dan kerjasamanya kami mengucapkan terima kasih.



Maria Magdalena Setyaningsih, Ns., Sp.Kep.Mat

Tembusan Yth :

1. Mahasiswa yang bersangkutan
2. Arsip



**RUMAH SAKIT  
PANTI WALUYA SAWAHAN**

TERAKREDITASI PARIPURNA

15 Januari 2020

Nomor : 0094/0068/DIK/RSPW/I/2020  
Lampiran : -  
Hal : **Jawaban Studi Pendahuluan**

Kepada

Yth. Ibu Maria Magdalena Setyaningsih, Ns. Sp. Kep. Mat.  
Ketua STIKes Panti Waluya  
Jl. Yulius Usman No. 62  
Malang - 65117

Dengan hormat,

Memperhatikan Surat Ibu ter tanggal 25 November 2019, nomor : 074/XI/2019/SPWM.  
hal : Studi Pendahuluan, pada dasarnya kami menyetujui permohonan studi pendahuluan dengan judul "**Asuhan Keperawatan Pada Pasien Fraktur Ekstremitas Bawah Dengan Masalah Gangguan Kecemasan Di RS. Panti Waluya Sawahan Malang**" dengan keterangan mahasiswa sebagai berikut:

Nama : Mikael Ardhi Brahmananto  
NIM : 181485

Untuk koordinasi lebih lanjut dapat menghubungi Ibu Francisca Yenny P, S.Kep.Ns. selaku Kepala Bidang Keperawatan RS Panti Waluya Sawahan Malang.

Demikian jawaban kami, atas perhatian serta kerjasama yang baik kami sampaikan terima kasih.

RS Panti Waluya Sawahan Malang.

  
**dr. Maria Tri Irama RDP, M.Kes**  
Direktur