**BAB II**

**TINJAUAN PUSTAKA**

* 1. **Konsep Fraktur**
     1. **Pengertian fraktur**

Fraktur adalah hilangnya kontinuitas tulang, tulang rawan sendi, tulang rawan epifisis baik yang bersifat total maupun parsial (Rasjad, 2007). Fraktur dapat terjadi pada semua bagian tulang, baik ekstremitas atas dari sendi bahu sampai ke jari tangan, maupun ekstremitas bawah dari sendi panggul sampai kaki. Menurut Halstead (2004) fraktur pada ekstremitas bawah, sering mengenai tulang panjang yang meliputi femur, tibia, dan fibula. Selain itu fraktur dapat terjadi pada semua kelompok usia, terutama pada orang yang mengalami trauma dan usia tua (LeMone & Burke, 2008).

**2.1.2 Etiologi**

LeMone & Burke (2008), penyebab fraktur dapat dibagi menjadi dua yaitu:

1. Cedera Traumatik

Cedera traumatik pada tulang dapat disebabkan oleh:

1. Cedera langsung berarti pukulan langsung terhadap tulang sehingga tulang patah secara spontan. Pemukulan biasanya menyebabkan fraktur melintang dan kerusakan pada kulit di atasnya.
2. Cedera tidak langsung berarti pukulan langsung berada jauh dari lokasi benturan, misalnya jatuh dengan tangan berjulur.
3. Fraktur yang disebabkan kontraksi keras yang mendadak dari otot yang kuat.
4. Fraktur Patologik

Dalam hal ini kerusakan tulang akibat proses penyakit dimana dengan trauma minor dapat mengakibatkan fraktur dapat juga terjadi pada berbagai keadaan berikut:

1. Tumor tulang (jinak atau ganas): pertumbuhan jaringan baru yang tidak terkendali dan progresif.
2. Infeksi seperti osteomilitis: dapat terjadi sebagai akibat infeksi akut atau dapat timbul sebagai salah satu proses yang progresif, lambat dan sakit nyeri.
3. Rakhitis: suatu penyakit tulang yang disebabkan oleh defisiensi Vitamin D yang mempengaruhi semua jaringan skelet lain, biasanya disebabkan oleh defisiensi diet, tetapi kadang-kadang dapat disebabkan kegagalan absorbsi Vitamin D atau oleh karena asupan kalsium atau fosfat yang rendah.
4. Secara spontan: disebabkan oleh stress tulang yang terus menerus misalnya pada penyakit polio dan orang yang bertugas dikemiliteran.
   * 1. **Tanda dan gejala**
5. Deformitas

Daya tarik kekuatan otot menyebabkan fragmen tulang berpindah dari tempatnya perubahan keseimbangan dan struktur / bentuk terjadi seperti:

1. Rotasi pemendekan tulang
2. Penekanan tulang
3. Bengkak

Edema muncul secara cepat dari lokasi dan ekstravaskularisasi darah dalam jaringan yang berdekatan dengan fraktur.

1. Echumosis (perdarahan subkutan) dari Perdarahan Subculaneous.
2. Spasme otot spasme involunters dekat fraktur.
3. Tenderness / keempukan.
4. Nyeri mungkin disebabkan oleh spasme otot berpindah tulang dari tempatnya dan kerusakan struktur di daerah yang berdekatan.
5. Kehilangan sensasi (mati rasa, mungkin terjadi dari rusaknya saraf/perdarahan).
6. Pergerakan abnormal.
7. Shock hipovolemik hasil dari hilangnya darah.
8. Krepitasi (Black, 1993 : 199)
9. Hasil foto rontgen yang abnormal
   * 1. **Klasifikasi fraktur**
10. Berdasarkan sifat fraktur terbagi menjadi 2 terdiri dari :
11. Fraktur tertutup (*closed*), bila tidak terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar, disebut juga fraktur bersih (karena kulit masih utuh) tanpa komplikasi.
12. Tingkat 0: fraktur biasa dengan sedikit atau tanpa cedera jaringan lunak sekitarnya.
13. Tingkat 2: fraktur dengan abrasi dangkal atau memar kulit dan jaringan lunak bagian dalam dan pembengkakan.
14. Tingkat 3: cedera berat dengan kerusakan jaringan lunak yang nyata dan ancaman sindroma kompartement.
15. Fraktur terbuka (*open / compound*), bila terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar karena adanya perlukaan di kulit, fraktur terbuka dibagi menjadi tiga derajat, yaitu:
16. Derajat I

* luka kurang dari 1 cm
* kerusakan jaringan lunak sedikit tidak ada tanda luka remuk.
* Fraktur sederhana, transversal, obliq atau kumulatif ringan.
* Kontaminasi ringan

1. Drajat II

* Laserasi lebih dari 1 cm
* Kerusakan jaringan lunak, tidak luas, avulse.
* Fraktur komuniti sedang

1. Drajat III

Terjadi kerusakan jaringan lunak yang luas meliputi struktur kulit, otot dan neurovaskuler serta kontaminasi derajat tinggi.

1. Berdasarkan komplit atau ketidak komplitan fraktur.
2. Fraktur komplit, bila garis patah melalui seluruh penampang tulang atau fraktur pada seluruh garis tengah tulang dan biasanya mengalami pergeseran (bergeser dari posisi normal).
3. Fraktur inkomplit, bila garis patah tidak melalui seluruh penampang tulang atau patah hanya terjadi pada sebagian dari garis tengah tulang seperti:
   1. Buckle atau torus fraktur, bila terjadi lipatan dari satu korteks dengan kompresi tulang spongiosa di bawahnya
   2. Green stick fraktur, mengenai satu korteks dengan angulasi korteks lainnya yang terjadi pada tulang panjang.
4. Berdasarkan bentuk garis patah dan hubungannya dengan mekanisme trauma.
5. Fraktur transversal: fraktur yang arahnya melintang pada tulang dan merupakan akibat trauma angulasi atau langsung.
6. Fraktur oblik: fraktur yang arah garis patahnya membentuk sudut terhadap sumbu tulang dan merupakan akibat trauma angulasi juga.
7. Fraktur spiral: fraktur yang arah garis patahnya berbentuk spiral yang disebabkan trauma rotasi.
8. Fraktur kompresi: fraktur yang terjadi karena trauma aksial fleksi yang mendorong tulang kea rah permukaan lain.
9. Fraktur avulsi: fraktur yang diakibatkan karena trauma tarikan atau traksi otot pada insersinya pada tulang.
10. Berdasarkan jumlah garis patah

Fraktur komunittif: fraktur dimana garis patah dari satu dan saling berhubungan.

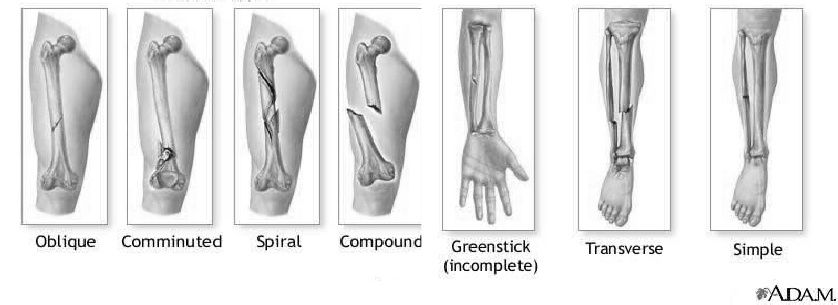
Fraktur segmental: fraktur dimana garis patah lebih dari satu tapi tidak berhubungan.

Fraktur multiple: fraktur dimana garis patah lebih dari satu tapi tidak pada tulang yang sama.

5. Berdasarkan pergeseran fragmen tulang.

1. Fraktur undisplaced (tidak bergeser): garis patah lengkap tetapi kedua fragmen tidak bergeser dan periosteum masih utuh.
2. Fraktur displaced (bergeser): terjadi pergeseran fragmen tulang yang juga disebut dislokasi fragmen, terbagi atas:
3. Dislokasi ad longitudinal cum contractionum (pergeseran serah sumbu dan overlapping).
4. Dislokasi ad axim (pegeseran yang membentuk sudut).
5. Dislokasi ad latus (pergeseran dimana kedua fragmen saling menjauh).
6. Fraktur kelelahan: fraktur akibat tekanan yang berulang-ulang.
7. Fraktur patologis: fraktur yang diakibatkan karena proses patologis tulang.
   * + - 1. Berdasarkan lokasi

Tulang panjang dibagi menjadi 3 bagian : proksimal, bagian tengah dan distal. Fraktur pada tulang panjang dideskripsikan dengan hubungannya dengan posisinya terhadap tulang. Deskripsi lainnya digunakan saat fraktur mengenai kepala atau leher dari tulang, melibatkan persendian atau dekat dengan prominen seperti pada kondilus atau malleolus.

Gambar 2.1

* + 1. **Komplikasi Fraktur**
       1. Komplikasi dini

Komplikasi dini adalah kejadian dalam satu minggu pasca trauma, sedangkan apabila kejadiannya sesudah satu minggu pasca trauma disebut komplikasi lanjut.

Pada tulang

1. Infeksi, terutama pada fraktur terbuka
2. Osteomilitis dapat terjadi pada fraktur terbuka atau tindakan pada fraktur tertutup. Keadaan ini dapat menyebabkan delayed union atau bahkan non union.

Pada jaringan lunak

1. Lepuh, kulit yang melepuh adalah akibat dari elevasi kulit superficial karena edema.
2. Dekubitus, terjadi akibat penekanan jaringan lunak tulang oleh gips.

Pada otot

Terputusnya serabut otot yang mengakibatkan gerakan aktif otot tersebut terganggu. Hal ini terjadi karena serabut otot yang robek melekat pada serabut yang utuh, kapsul sendi dan tulang.

Pada pembuluh darah

Pada robekan arteri inkomplit akan terjadi perdarahan terus menerus. Sedangkan pada robekan yang komplit ujung pembuluh darah mengalami retraksi dan perdarahan berhenti spontan. Pada jaringan distal dari lesi bisa mengalami iskemi bahkan nekrosis.

Pada saraf

Berupa kompresi, neuropraksi, neurometsis (saraf putus), aksonometsis (kerusakan akson).

* + - 1. Komplikasi lanjut

1. Delayed union

Proses penyembuhan lamban dari waktu yang dibutuhkan secara normal. Pada pemeriksaan radiografi, tidak akan terlihat bayangan sklerosis pada ujung-ujung fraktur. Terapi konservatif selama 6 bulan bila gagal dilakuka osteotomi. Jika lebih dari 20 minggu dilakukan cancellus grafting (12-16 minggu)

1. Non union

Dimana secara klinis dan radiologis tidak terjadi penyambungan tulang. Tipe I (hypertrophic non unioa) tidak akan terjadi proses penyembuhan frkatur dan diantara fragmen fraktur tumbuh jaringan fibrus yang masih mempunyai potensi untuk union dengan melakukan koreksi fiksasi dan bone grafting. Tipe II (atrophic non union) disebut juga sendi palsu (pseudoartrosis) terdapat jaringan synovial sebagai kapsul sendi beserta rongga synovial yang berisi cairan. Proses union tidak akan dicapai walaupun dilakukan imobilisasi yang lama.

1. Mal union

Penyambungan frktur yang tidak normal sehingga menimbulkan deformitas. Tinfakan refraktur atau osteotomi koreksi.

Osteomielitis

Osteomielitis kronis dapat terjadi pada frkatur terbuka atau tindakan operasi pada fraktur tertutup sehingga dapat menyebabkan delayed union hinga man union.

Kekakuan sendi

Kekakuan sendi baik sementara maupun menetap dapat diakibatkan iobilisasi yang lama, sehingga terjadi perlengketan antara periartrikuler,perlengketan intraartikuler, perlengketan antara otot dan tendon. Pencegahannya berupa memperpendek waktu imobilisasi dan melakukan laitan haktif dan pasif pada sendi.

1. Faktor Penyembuhan Tulang

Faktor-faktor yang menentukan lama penyembuhan frkatur adalah sebagai berikut :

* 1. Usia penderita. Waktu penyembuhan anak-anak lebih cepat daripada orang dewasa.
  2. Lokalisasi dan konfigurai fraktur. Lokasi fraktur memegang peranan penting. Penyembuhan fraktur metafisis lebih cepat daripada fraktur diafisis. Selain itu konfigurasi fraktur seperti fraktur tranfersal lebih lambat penyembuhannya daripada oblik karena kontak yang lebih banyak
  3. Pergeseran awal fraktur. Pada fraktur yang periosteumnya tidak bergeser, penyembuhan nya dua kali lebih cepat disbanding frkatur yang bergeser.
  4. Vaskularisasi pada kedua fragmen. Apabila kedua fraktur memiliki vaskulasrisasi yang baik maka penyembuhannya tanpa komplikasi.
  5. Reduksi serta imbollisasi. Reposisi fraktur akan memberikan kemungkinan untuk vaskularisasi yang lebih baik.
  6. Waktu imobilisasi. Bila imobilisasi tidak dilakukan sesuai waktu penyembuhan sebelum terjadi union, kemungkinan terjadi non union sangat besar.
  7. Ruang antara kedua fraktur, baik berupa periosteum maupun otot ataupun jaringan fibrosa lainya akan menghambat vaskuralisasi kedua ujung fraktur.
  8. Faktor adanya infeksi dan keganasan lokal.
  9. Cairan sinovial. Cairan sinovial yang terdapat pada persendian merupakan penghambat dalam proses penyembuhan tulang.
  10. Gerakan aktif dan pasif pada anggota gerak. Gerakan aktif dan pasif pada anggota gerak akan meningkatkan vaskularisasi daerah fraktur.

1. Penatalaksanaan Medik
   * + 1. Fraktur terbuka

Merupakan kasus emergensi karena dapat terjadi kontaminasi oleh bakteri dan disertai perdrahan yang hebat dalam waktu 6-8 jam (golden period). Saat kuman belu terlalu jauh meresap, dapat dilakukan langkah-langkah :

1. Pembersihan luka
2. Eksisi
3. Hecting situasi
4. Antibiotik
   * + 1. Fraktur tertutup
     1. Rekognisi/pengenalan

Riwayat kejadian harus jelas untuk menentukan diagnosa dan tindakan selanjutnya.

1. Reduksi/Manipulasi/Reposisi

Reduksi atau manipulasi adalah upaya untuk meanipulasi fragmen tulang sehingga kembali sperti semula secara optimal. Reduksi tertutup, traksi, atau reduksi terbuka dapat dilakukan untuk mereduksi fraktur. Metode yang digunakan untuk mereduksi fraktur bergantung pada sifat fraktur, namun prinsip yang mendasarinya tetap sama. Pada metode reduksi ekstremitas dipertahankan dalam posisi yang diinginkan dengan menggunakan gips, bidai atau alat yang dapat digunakan untuk mengimobilisasi ekstremitas. Alat imobilisasi ini akan menjaga reduksi dan menstabilakn ekstremitas untuk penyembuhan tulang.

1. Retensi/imobilisasi

Retensi atau imobilisasi merupakan upaya untuk menahan fragmen tulang sehingga kembali seperti semula secara optimal. Setelah fraktur direduksi, fraktur tulang harus diimobilisasikan dalam kesejajaran yang benar sampai terjadi penyatuan. Imobilisasi dapat dilakukan dengan menggunakan fiksasi eksternal maupun internal. Metode fiksasi eksternal meliputi pembalutan,gips, bidai, traksi kontinu, pin dan teknik gips, atau fiksator eksterna. Sedangkan untuk fiksasi internal dapat digunakan implant logam yang berperan sebagai bidai internal untuk mengimobilisasikan fraktur.

1. Rehabilitasi

Rehabilitasi merupakan tindakan untuk menghidari atropi dan kontraktur dengan fisioterapi. Segala upaya diarahkan pada penyembuhan tulang dan jaringan lunak. Reduksi dan imobilisasi harus dipertahankan sesuai kebutuhan.

1. Proses penyembuhan tulang
   * + 1. Stadium satu – pembentukan hematoma

Pembuluh darah robek dan terbentuk hematoma disekitar daerah fraktur. Sel-sel darah membentuk fibrin guna melindungi tulang yang rusak dan sebagai tempat tumbuhnya kapiler baru dan fibroblast. Stadium ini berlangsung 24-48 jam dan perdarahan berhenti sama sakali.

* + - 1. Stadium dua – Proliferasi Seluler

Pada stadium ini terjadi poliferasi dan diferensiasi sel menjadi fibrokartilago yang berasa dari periosteum, endosteum, dan bone marrow yang telah mengalami trauma. Sel-sel mengalami proliferasi ini terus masuk ke dalam lapisan yang lebih dalam dan di sanalah osteoblast bergenesasi dan terjadi osteogenesis. Dalam beberapa hari terbentuklah tulang baru yang menggabungkan kedua fragen yang patah. Fase ini berlangsung 8 jam setelah fraktur samapi selesai.

* + - 1. Stadium tiga - Pembentukan Kallus

Sel-sel yang berkembang memiliki potensi yang kondrogenik dan osteogenik, bila diberikan keadaan yang tepat, sel itu akan mulai membentuk tulang dan juga kartilago. Populasi sel ini dipengaruhi oleh aktivitas osteoblast dan osteoklast yang mulai berfungsi dengan mengabsorbsi sel-sel tulang yang mati. Massa sel yang tebal dengan tulang yang imatur dan kartilago, membentuk kallus pada permukaan endosteal dan periosteal. Sementara tulang yang imatur menjadi lebih padat sehingga gerakan pada tempat fraktur berkurang pada 4 minggu setelah fraktur menyatu.

* + - 1. Stadium empat – Konsolidasi

Bila aktivitas osteoklast dan osteoblast berlanjut, anyaman tulang berubah menjadi lamellar. System ini sekarang cukup kaku dan memungkinkan osteoklas menerobos melalui reruntuhan pada garis fraktur, dan tepat dibelakangnya osteoklas mengisi celah-celah yang tersisa diantara fragmen dengan tulang yang baru. Ini adalah proses yang lambat dan mungkin perlu beberapa bulan sebelum tulang kuat untuk membawa beban yang normal.

* + - 1. Stadium lima – Remodelling

Fraktur telah dijembatani oleh suatu manet tulang yang pada. Selama beberapa bulan atau tahun, pengelasan kasar ini dibentuk ulang oleh resorbsi dan pembentukan tulang yang terus-menerus. Lamellae yang lebih tebal diletakkan pada tempat yang tekanannya lebih tinggi, dinding yang tidak dikehendaki dibuang, rongga sumsu dibentuk, dan akhirnya terbentuk struktur yang mirip dengan normalnya.

**2.1.6 Respon Pasien Terhadap Fraktur**

Secara anatomi terjadi perubahan dan keadaan patologi karena adanya fraktur maka berdampak luas baik fisik-psiko-sosio-spiritual pasien. Secara fisik terdapatnya kerusakan jarigan tulang dan jaringan lunak sekitar fraktur akan menimbulkan rasa nyeri, bengkak, gangguan neurovaskuler, dan deformitas (Smeltzer dan Bare, 2002). Kondisi ini mengakibatkan terjadinya gangguan fungsi sehingga menimbulkan masalah aktivitas yang mana gangguan ini membutuhkan intervensi keperawatan immobilisasi, tindakan ini juga mempunyai efek samping negatif pada sistem respirasi, sistem kardiovaskuler, sistem muskoloskeletal, dan sistem metabolisme (Potter & Perry, 2005).

**2.1.7 Tingkat Kemampuan Perawatan Diri**

Pasien Fraktur Penurunan kondisi fisik mengakibatkan pasien fraktur mengalami defisit perawatan diri, sehingga perlu di upayakan pemberian bantuan dalam memenuhi ADL pasien tersebut. Nursalam (2009) mengatakan bahwa klasifikasi tingkat kemampuan perawatan diri (tingkat ketergantungan klien) berdasarkan teori Orem, terdiri dari butuh sedikit bantuan dalam pemenuhan kebutuhan perawatan diri (minimal care), butuh bantuan sebagian dalam pemenuhan kebutuhan perawatan diri (partial care) dan butuh bantuan penuh dalam memenuhi perawatan diri (total care).

**2.1.8 Kondisi yang Mempengaruhi Penyembuhan Fraktur**

Karena penyembuhan tulang adalah kontinyu dan sekuensial, adanya penghentian dapat mengubah hasil akhir. Keadaan ini dikaitkan dengan imobilisasi tidak adekuat, suplai darah buruk, distraksi fragmen, interposisi (terhalang) jaringan lunak, atau infeksi (Tambayong, 2006).

* 1. **Konsep Keperawatan Perioperatif**

**2.2.1 Pengertian**

Perawatan perioperatif adalah periode sebelum, selama dan sesudah operasi berlangsung. Keperawatan perioperatif adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien.

Keperawatan perioperatif adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien. *( Keperawatan medikal-bedah : 1997 )*

* + 1. **Klasifikasi Keperawatan Perioperatif**

Perioperatif adalah suatu istilah gabungan yang mencangkup 3 fase pengalaman pembedahan yaitu : (Arif Muttaqin, Kumalasari, 2009)

1. Pre Operatif

Perawatan pre operatif merupakan tahap pertama dari perawatan perioperatif yang dimulai sejak pasien diterima masuk di ruang terima pasien dan berakhir ketika pasien dipindahkan ke meja operasi untuk dilakukan tindakan pembedahan.

Persiapan pembedahan dapat dibagi menjadi 2 bagian, yang meliputi persiapan psikologi baik pasien maupun keluarga dan persiapan fisiologi (khusus pasien).

1. Persiapan Psikologi

Terkadang pasien dan keluarga yang akan menjalani operasi emosinya tidak stabil. Hal ini dapat disebabkan karena takut akan perasaan sakit, narcosa atau hasilnya dan keadaan sosial ekonomi dari keluarga.Penyuluhan merupakan fungsi penting dari perawat pada fase pra bedah dan dapat mengurangi cemas pasien. Hal-hal dibawah ini penyuluhan yang dapat diberikan kepada pasien pra bedah :

1. Intra Operatif

Perawatan intra operatif dimulai sejak pasien ditransfer ke meja bedah dan berakhir bila pasien di transfer ke wilayah ruang pemulihan. Anggota tim asuhan pasien intra operatif biasanya di bagi dalam dua bagian. Berdasarkan kategori kecil terdiri dari anggota steril dan tidak steril :

1. Anggota steril
2. Ahli bedah utama / operator
3. Asisten ahli bedah.
4. Scrub Nurse / Perawat Instrumen
5. Anggota tim yang tidak steril, terdiri dari :
6. Ahli atau pelaksana anaesthesi.
7. Perawat sirkulasi
8. Anggota lain (teknisi yang mengoperasikan alat-alat pemantau yang rumit).

Dalam pelaksanaan operasi ada beberapa prinsip tindakan keperawatan yang harus dilakukan yaitu :

1. Persiapan Psikologis Pasien
2. Pengaturan Posisi
3. Posisi diberikan perawat akan mempengaruhi rasa nyaman pasien dan keadaan psikologis pasien.
4. Faktor yang penting untuk diperhatikan dalam pengaturan posisi pasien adalah :
5. Letak bagian tubuh yang akan dioperasi.
6. Umur dan ukuran tubuh pasien.
7. Tipe anaesthesia yang digunakan.
8. Sakit yang mungkin dirasakan oleh pasien bila ada pergerakan (arthritis).
9. Prinsip-prinsip didalam pengaturan posisi pasien :
10. Atur posisi pasien dalam posisi yang nyaman.
11. Sedapat mungkin jaga privasi pasien, buka area yang akan dibedah dan kakinya ditutup dengan duk.
12. Amankan pasien diatas meja operasi dengan lilitan sabuk yang baik yang biasanya dililitkan diatas lutut. Saraf, otot dan tulang dilindungi untuk menjaga kerusakan saraf dan jaringan.
13. Jaga pernafasan dan sirkulasi vaskuler pasien tetap adekuat, untuk meyakinkan terjadinya pertukaran udara.
14. Hindari tekanan pada dada atau bagain tubuh tertentu, karena tekanan dapat menyebabkan perlambatan sirkulasi darah yang merupakan faktor predisposisi terjadinya thrombus.
15. Jangan ijinkan ekstremitas pasien terayun diluar meja operasi karena hal ini dapat melemahkan sirkulasi dan menyebabkan terjadinya kerusakan otot.
16. Hindari penggunaan ikatan yang berlebihan pada otot pasien.
17. Yakinkan bahwa sirkulasi pasien tidak berhenti ditangan atau di lengan.
18. Untuk posisi litotomi, naikkan dan turunkan kedua ekstremitas bawah secara bersamaan untuk menjaga agar lutut tidak mengalami dislokasi.
19. Pengkajian psikososial
20. Membersihkan dan menyiapkan kulit.
21. Penutupan daerah steril
22. Mempertahankan surgical asepsis
23. Menjaga suhu tubuh pasien dari kehilangan panas tubuh
24. Monitor dari malignant hyperthermia
25. Penutupan luka pembedahan
26. Perawatan drainase
27. Pemindahan pasien ke ruang pemulihan, ICU atau PACU.
28. Pengkajian fisik
29. Tanda-tanda vital

Bila terjadi ketidaknormalan tanda-tanda vital dari pasien maka perawat harus memberitahukan ketidaknormalan tersebut kepada ahli bedah.

1. Transfusi

Monitor flabot transfusi sudah habis apa belum. Bila hampir habis segera diganti dan juga dilakukan observasi jalannya aliran transfusi.

1. Infus

Monitor flabot infuse sudah habis apa belum. Bila hampir habis harus segera diganti dan juga dilakukan observasi jalannya aliran infuse.

1. Pengeluaran urin

Normalnya pasien akan mengeluarkan urin sebanyak 1 cc/kg BB/jam.

1. Post Operasi

Perawatan post operasi merupakan tahap lanjutan dari perawatan pre dan intra operatif yang dimulai saat klien diterima di ruang pemulihan. Dibawah ini adalah petunjuk perawatan / observasi diruang pemulihan :

1. Posisi kepala pasien lebih rendah dan kepala dimiringkan pada pasien dengan pembiusan umum, sedang pada pasein dengan anaesthesi regional posisi semi fowler.
2. Pasang pengaman pada tempat tidur.
3. Monitor tanda vital : TN, Nadi, respirasi / 15 menit.
4. Penghisapan lendir daerah mulut dan trakhea.
5. Beri O22,3 liter sesuai program.
6. Observasi adanya muntah.
7. Catat intake dan out put cairan.

Beberapa petunjuk tentang keadaan yang memungkinkan terjadinya situasi krisis

1. Tekanan sistolik < 90 –100 mmHg atau > 150 – 160 mmH, diastolik < 50 mmHg atau > dari 90 mmHg.
2. HR kurang dari 60 x menit > 10 x/menit
3. Suhu > 38,3 o C atau kurang dari 35 o C.
4. Meningkatnya kegelisahan pasien
5. Tidak BAK + 8 jam post operasi.

Pengeluaran dari ruang pemulihan / recovery room, kriteria umum yang digunakan dalam mengevaluasi pasien :

1. Pasien harus pulih dari efek anaesthesi.
2. Tanda-tanda vital harus stabil.
3. Tidak ada drainage yang berlebihan dari tubuh.
4. Efek fisiologis dari obat bius harus stabil.
5. Pasien harus sudah sadar kembali dan tingkat kesadaran pasien telah sempurna.
6. Urine yang keluar harus adekuat ( 1cc/ Kg/jam). Jumlahnya harus dicatat dan dilaporkan.
7. Semua pesan harus ditulis dan dibawa ke bangsal masing-masing.
8. Jika keadaan pasien membaik, pernyataan persetujuan harus dibuat untuk kehadiran pasien tersebut oleh seorang perawat khusus yang bertugas pada unit dimana pasien akan dipindahkan.
9. Staf dari unit dimana pasien harus dipindahkan, perlu diingatkan untuk menyiapkan dan menerima pasien tersebut.

Hal-hal yang harus diperhatikan selama membawa pasien ke ruangan antara lain : keadaan penderita serta order dokter, usahakan pasien jangan sampai kedinginan, dan kepala pasien sedapat mungkin harus dimiringkan untuk menjaga bila muntah sewaktu-waktu, dan muka pasien harus terlihat sehingga bila ada perubahan sewaktu-waktu terlihat.

**2.3 Konsep *Activity* *Daily* *Living* (ADL)**

**2.3.1 Pengertian** **ADL**

Brunner & Suddarth (2002) mengemukakan ADL atau Activity Daily Living adalah aktivitas perawatan diri yang harus pasien lakukan setiap hari untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan hidup sehari-hari.

ADL adalah aktivitas yang biasanya dilakukan dalam sepanjang hari normal; aktivitas tersebut mencakup, ambulasi, makan, berpakaian, mandi, menyikat gigi dan berhias dengan tujuan untuk memenuhi/berhubungan dengan perannya sebagai pribadi dalam keluarga dan masyarakat. Kondisi yang mengakibatkan kebutuhan untuk bantuan dalam ADL dapat bersifat akut, kronis, temporer, permanen atau rehabilitative (Potter dan Perry, 2005).

**2.3.2 Macam-macam ADL**

Potter dan Perry (2005) mengemukakan ada beberapa macam ADL, yaitu :

1. ADL dasar, sering disebut ADL saja, yaitu keterampilan dasar yang harus dimiliki seseorang untuk merawat dirinya meliputi berpakaian, makan & minum, toileting, mandi, berhias dan mobilitas. Ada juga yang memasukkan kontinensi buang air besar dan buang air kecil dalam kategori ADL dasar ini.
2. ADL instrumental, yaitu ADL yang berhubungan dengan penggunaan alat atau benda penunjang kehidupan sehari-hari seperti menyiapkan makanan, menggunakan telefon, menulis, mengetik, mengelola uang kertas.
3. ADL vokasional, yaitu ADL yang berhubungan dengan pekerjaan atau kegiatan sekolah.
4. ADL non vokasional, yaitu ADL yang bersifat rekreasional, hobi, dan mengisi waktu luang.

**2.3.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pemenuhan ADL**

Faktor–faktor yang Mempengaruhi kemampuan melakukan Activity of Daily Living (ADL) Menurut Hardywinoto (2007), yaitu:

1. Umur dan status perkembangan

Umur dan status perkembangan seorang klien menunjukkan tanda kemauan dan kemampuan, ataupun bagaimana klien bereaksi terhadap ketidakmampuan melaksanakan activity of daily living. Saat perkembangan dari bayi sampai dewasa, seseorang secara perlahan–lahan berubah dari tergantung menjadi mandiri dalam melakukan activity of daily living.

1. Kesehatan fisiologis

Kesehatan fisiologis seseorang dapat mempengaruhi kemampuan partisipasi dalam activity of daily living, contoh sistem nervous mengumpulkan, menghantarkan dan mengolah informasi dari lingkungan. Sistem muskuloskeletal mengkoordinasikan dengan sistem nervous sehingga dapat merespon sensori yang masuk dengan cara melakukan gerakan. Gangguan pada sistem ini misalnya karena penyakit, atau trauma injuri dapat mengganggu pemenuhan activity of daily living secara mandiri (Hardywinoto, 2007).

1. Fungsi Kognitif

Tingkat kognitif dapat mempengaruhi kemampuan seseorang dalam melakukan activity of daily living. Fungsi kognitif menunjukkan proses menerima, mengorganisasikan dan menginterpretasikan sensor stimulus untuk berpikir dan menyelesaikan masalah. Proses mental memberikan kontribusi pada fungsi kognitif dapat mengganggu dalam berpikir logis dan menghambat kemandirian dalam melaksanakan activity of daily living (Hardywinoto, 2007).

1. Fungsi Psikososial

Fungsi psikologi menunjukkan kemampuan seseorang untuk mengingat sesuatu hal yang lalu dan menampilkan informasi pada suatu cara yang realistik. Proses ini meliputi interaksi yang kompleks antara perilaku intrapersonal dan interpersonal. Gangguan pada intrapersonal contohnya akibat gangguan konsep diri atau ketidakstabilan emosi dapat mengganggu dalam tanggung jawab keluarga dan pekerjaan. Gangguan interpersonal seperti masalah komunikasi, gangguan interaksi sosial atau disfungsi dalam penampilan peran juga dapat mempengaruhi dalam pemenuhan activity of daily living (Hardywinoto, 2007).

1. Tingkat stress

Stress merupakan respon fisik nonspesifik terhadap berbagai macam kebutuhan. Faktor yang dapat menyebabkan stress (stressor), dapat timbul dari tubuh atau lingkungan atau dapat mengganggu keseimbangan tubuh. Stressor tersebut dapat berupa fisiologis seperti injuri atau psikologi seperti kehilangan.

1. Ritme biologi

Ritme atau irama biologi membantu makhluk hidup mengatur lingkungan fisik disekitarnya dan membantu homeostasis internal (keseimbangan dalam tubuh dan lingkungan). Salah satu irama biologi yaitu irama sirkardian, berjalan pada siklus 24 jam. Perbedaaan irama sirkardian membantu pengaturan aktivitas meliputi tidur, temperatur tubuh, dan hormon. Beberapa faktor yang ikut berperan pada irama sirkardian diantaranya faktor lingkungan seperti hari terang dan gelap, seperti cuaca yang mempengaruhi activity of daily living.

1. Status mental

Status mental menunjukkan keadaan intelektual seseorang. Keadaan status mental akan memberi implikasi pada pemenuhan kebutuhan dasar individu. Seperti yang diungkapkan oleh Cahya yang dikutip dari Baltes, salah satu yang dapat mempengaruhi ketidakmandirian individu dalam memenuhi kebutuhannya adalah keterbatasan status mental. Seperti halnya lansia yang memorinya mulai menurun atau mengalami gangguan, lansia yang mengalami apraksia tentunya akan mengalami gangguan dalam pemenuhan kebutuhan–kebutuhan dasarnya (Hardywinoto, 2007).

**2.3.4 Teori Keperawatan terkait pemenuhan ADL pasien**

Pandangan Orem dalam tatanan pelayanan keperawatan ditujukan kepada kebutuhan individu dalam melakukan tindakan keperawatan mandiri serta mengatur dalam kebutuhannya. Konsep keperawatan Orem (2001) mengembangkan tiga bentuk teori self care, diantaranya:

1. Teori perawatan diri sendiri (Self Care Theory)

Dalam teori self care, Orem mengemukakan bahwa self care meliputi : pertama; self care itu sendiri, yang merupakan aktivitas dan inisiatif dari individu serta dilaksanakan oleh individu itu sendiri dalam memenuhi serta mempertahankan kehidupan, kesehatan serta kesejahteraan. Kedua; self care agency, merupakan suatu kemampuan individu dalam melakukan perawatan diri sendiri, yang dapat di pengaruhi oleh usia, perkembangan, sosiokultural, kesehat an dan lain-lain. Ketiga; adanya tuntutan atau permintaan dalam perawatan diri sendiri yang merupakan tindakan mandiri yang dilakukan dalam waktu tertentu untuk perawatan diri sendiri dengan menggunakan metode dan alat dalam tindakan. Keempat; kebutuhan self care merupakan suatu tindakan yang ditujukan pada penyedia dam perawatan diri sendiri yang bersifat universal dan berhubungan dengan proses kehidupan sehari-hari (ADL) dengan mengelompokkan ke dalam kebutuhan dasar manusianya.

1. Teori defisit perawatan diri (Defisit Self Care Theory)

Merupakan bagian penting dalam perawatan secara umum di mana segala perencanaan keperawatan diberikan pada saat perawatan dibutuhkan. Dalam pemenuhan perawatan diri serta membantu dalam proses penyelesaian masalah, Orem memiliki metode untuk proses tersebut diantaranya bertindak atau berbuat untuk orang lain, sebagai pembimbing orang lain, memberi support, meningkatkan pengembangan lingkungan untuk pengembangan pribadi serta mengajarkan atau mendidik pada orang lain. Dalam praktek keperawatan Orem melakukan identifikasi kegiatan praktek dengan melibatkan pasien dan keluarga dalam pemecahan masalah, menentukan kapan dan bagaimana pasien memerlukan bantuan keperawatan, bertanggung jawab terhadap keinginan, permintaan, serta kebutuhan pasien, mempersiapkan bantuan secara teratur bagi pasien dan mengkoordinasi serta mengintegrasikan keperawatan dalam kehidupan sehari-hari pada pasien dan asuhan keperawatan diperlukan ketika klien tidak mampu memenuhi kebutuhan biologis, psikologis, perkembangan dan sosial.

1. Teori sistem keperawatan (Theory of Nursing System)

Merupakan teori yang menguraikan secara jelas bagaimana kebutuhan perawatan diri pasien terpenuhi oleh perawat atau pasien sendiri yang didasari pada pendapat Orem yang mengemukakan tentang pemenuhan kebutuhan diri sendiri, kebutuhan pasien dan kemampuan pasien dalam melakukan perawatan mandiri. Dalam pandangan teori sistem ini, Orem memberikan identifikasi dalam sistem pelayanan keperawatan diantaranya :

1. Sistem bantuan secara penuh (wholly compensatory system)

Merupakan suatu tindakan keperawatan dengan memberikan bantuan secara penuh pada pasien dikarenakan ketidakmampuan pasien dalam memenuhi tindakan perawatan secara mendiri yang memerlukan bantuan dalam pergerakan, pengontrolan dan ambulasi serta adanya menipulasi gerakan. Pemberian bantuan sistem ini dapat dilakukan pada orang yang tidak mampu melakukan aktivitas seperti pada pasien koma, pada pasien yang sadar dan mungkin masih dapat membuat suatu pengamatan dan penilaian tentang cedera atau masalah yang lain akan tetapi tidak mampu dalam melakukan tindakan yang memerlukan ambulasi atau menipulasi gerakan seperti pada pasien yang fraktur vetebrata dan pasien yang tidak mampu mengurus sendiri, membuat penilaian serta keputusan dalam self care sendiri seperti pada pasien retardasi mental.

1. Sistem bantuan sebagian (partially compensatory system)

Merupakan sistem dalam pemberian perawatan diri secara sebagian saja dan ditujukan kepada pasien yang memerlukan bantuan secara minimal seperti pada pasien yang post operasi abdomen dimana pasien ini memiliki kemampuan seperti cuci tangan, gosok gigi, cuci muka akan tetapi butuh pertolongan perawat dalam ambulasi dan melakukan perawatan luka.

1. Sistem suportif dan edukatif

Merupakan sistem bantuan yang diberikan pada pasien yang membutuhkan dukungan pendidikan dengan harapan pasien mampu memerlukan perawatan secara mandiri. Sistem ini dilakukan pembelajaran. Pemberian sistem ini dapat dilakukan pada pasien yang memerlukan informasi termasuk prosedur.

**2.3.5 Intervensi Perawat dalam Pemenuhan Activity Daily Living Pasien**

Menurut McCloskey et al pada buku Nursing Interventions Classification Edisi 5 (2008), berikut adalah intervensi keperawatan secara umum yang dilakukan untuk memenuhi ADL pasien :

1. Mandi (Self-Care Assistance : Bathing / Hygiene)

Aktivitas perawat :

* Mempertimbangkan budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri.
* Mempertimbangkan usia pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri.
* Menentukan jumlah dan jenis bantuan yang diperlukan.
* Menempatkan handuk, sabun, deodoran, peralatan cukur, dan aksesoris lainnya yang dibutuhkan di samping tempat tidur atau di kamar mandi.
* Menyediakan peralatan pribadi yang di inginkan (misalnya, deodoran, sikat gigi, mandi, sabun, shampoo, lotion dan produk aromaterapi)
* Menyediakan lingkungan terapeutik yang hangat, santai, privasi.
* Memfasilitasi menyikat gigi pasien, sesuai kebutuhan.
* Memfasilitasi pasien mandi sendiri, sesuai kebutuhan.
* Monitor kebersihkan kuku, sesuai dengan kemampuan perawatan diri pasien.
* Monitor integritas kulit pasien.
* Mempertahankan kegiatan kebersihan.
* Memfasilitasi menjaga tidur rutin pasien, tidur dengan alat peraga dan benda asing.
* Mendorong partisipasi orang tua / keluarga di kebiasaan tidur pasien. Sesuai kebutuhan. - Memberikan bantuan sampai pasien berasumsi mampu sepenuhnya melakukan perawatan diri sendiri.

1. Berpakaian (Self-Care Assistance : Dressing/Grooming)

Aktivitas perawat:

* Mempertimbangkan budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri.
* Pertimbangkan pasien usia ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri.
* Menginformasikan kepada pasien untuk menyeleksi pakaian yang bisa dipakai.
* Menyiapkan pakaian pasien di tempat yang bisa diakses (misalnya, di samping tempat tidur).
* Menyediakan pakaian pribadi, sesuai kebutuhan.
* Bersedia untuk membantu pasien berpakaian, jika diperlukan.
* Bemfasilitasi menyisir rambut pasien, sesuai kebutuhan.
* Memfasilitasi mencukur rambut pasien, sesuai kebutuhan.
* Mempertahankan privasi saat pasien berpakaian.
* Membantu menali, kancing, dan ritsleting, sesuai kebutuhan.
* Menawarkan untuk mencuci pakaian, jika diperlukan.
* Menaruh pakaian kotor di laundry.
* Tawarkan untuk menggantung pakaian atau tempat di lemari.
* Tawarkan untuk bilas pakaian khusus, seperti nilon.
* Menawarkan merapikan kuku, jika diminta.
* Memberikan makeup, jika diminta.
* Memberikan semangat untuk berpakaian sendiri.
* Memfasilitasi bantuan dari seorang tukang cukur atau kecantikan, jika diperlukan.

1. Makan (Self-Care Assistance : Feeding)

Aktivitas perawat :

* Monitor kemampuan pasien untuk menelan.
* Mengidentifikasi diet yang ditentukan.
* Menyiapkan nampan makanan dan meja secara menarik.
* Menciptakan lingkungan yang menyenangkan selama waktu makan (misalnya, menempatkan pispot, kantong urin, dan pengisapan jauh dari pandangan).
* Memastikan posisi pasien yang tepat untuk memfasilitasi mengunyah dan menelan.
* Memberikan bantuan fisik, yang diperlukan.
* Menyediakan untuk menghilangkan rasa sakit yang memadai sebelum makan, yang sesuai.
* Menyediakan kebersihan mulut sebelum makan.
* Menyiapkan makanan di atas nampan, yang diperlukan, seperti memotong daging atau pelling telur.
* Membuka bungkus makanan.
* Menghindari menempatkan makanan di sisi yang tidak terlihat.
* Menggambarkan lokasi makanan di atas nampan untuk orang dengan gangguan penglihatan.
* Tempatkan pasien dalam posisi yang nyaman untuk makan.
* Memberikan sedotan, yang diperlukan atau diinginkan.
* Memberikan makanan dengan suhu yang paling membuat selera.
* Monitor berat pasien, sesuai kebutuhan.
* Monitor Status hidrasi pasien, sesuai kebutuhan.
* Mendorong pasien untuk makan di ruang makan, jika tersedia.
* Memberikan interaksi sosial yang sesuai.
* Memberikan alat bantuan untuk memfasilitasi pasien makan sendiri, sesuai kebutuhan.
* Penggunaan cangkir dengan pegangan yang besar, jika dibutuhkan.
* Tidak menggunakan piring yang bisa pecah dan berkaca, seperti yang dibutuhkan.

1. Berpindah (Self-Care Assistance : Transfer)

Aktivitas perawat :

* Mereview kembali aktivitas yang dibolehkan.
* Menentukan kemampuan pasien untuk berpindah diri.
* Memilih teknik pemindahan yang sesuai untuk pasien.
* Anjurkan pasien di semua teknik yang sesuai dengan tujuan mencapai tingkat kemandirian tertinggi.
* Menginstruksikan individu tentang teknik untuk transfer dari satu daerah ke daerah lain (misalnya, tempat tidur ke kursi, kursi roda untuk kendaraan).
* Menginstruksikan individu menggunakan alat bantu jalan (misalnya, kruk, kursi roda, walker, trapeze bar, tebu).
* Mengidentifikasi metode untuk mencegah cedera saat berpindah.
* Menyediakan perangkat bantu (misalnya, bar melekat dinding, tali yang melekat pada headboard atau footboard bantuan dalam bergerak ke pusat atau tepi tempat tidur) untuk membantu mentransfer individu secara mandiri, sesuai kebutuhan.
* Pastikan peralatan berfungsi sebelum digunakan.
* Mendemonstrasikan teknik, yang sesuai.
* Menentukan jumlah dan jenis bantuan yang diperlukan.
* Membantu pasien dalam menerima semua perawatan yang diperlukan (misalnya, kebersihan pribadi, mengumpulkan barang-barang) sebelum melakukan transfer, yang sesuai.
* Menggunakan mekanika tubuh yang tepat saat memindahkan pasien.
* Menjaga tubuh pasien dalam keselarasan selama perpindahan.
* Meningkatkan dan memindahkan pasien dengan mengangkat hydraulic, jika diperlukan.
* Memindahkan pasien menggunakan papan pemindah, jika diperlukan.
* Menggunakan sabuk untuk membantu pasien bisa berdiri dengan bantuan, sesuai kebutuhan.
* Membantu pasien untuk ambulasi menggunakan tubuh Anda sebagai penopang, sesuai kebutuhan.
* Mempertahankan perangkat traksi saat beraktivitas, sesuai kebutuhan.
* Memberikan dorongan kepada pasien karena agar dia belajar untuk berpindah secara mandiri.
* Dokumentasikan kemajuan, sesuai kebutuhan.

1. Menggunakan toilet (Self-Care Assistance : Toileting)

Aktivitas perawat :

* Mempertimbangkan budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri.
* Mempertimbangkan usia pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri.
* Lepaskan pakaian penting untuk melakukan eleminasi.
* Membantu pasien ke toilet/menggunakan pispot/fraktur pan/urinoir pada selang waktu tertentu.
* Mempertimbangkan respon pasien terhadap kurangnya privasi. - Memberikan privasi selama eliminasi.
* Memfasilitasi membersihkan toilet setelah pasien selesai eliminasi.
* Memakaikan kembali pakaian pasien setelah eliminasi.
* Mengadakan jadwal ke toilet, sesuai kebutuhan.
* Menginstruksikan pasien untuk melakukan toileting rutin.
* Memberikan alat bantu (misalnya, kateter eksternal atau urinoir), sesuai kebutuhan.
* Integritas kulit.
* Monitor integritas kulit pasien.

**2.3.6 Barthel Indeks**

Skala Barthel atau Barthel indeks ADL adalah skala yang digunakan untuk mengukur kinerja dalam Kegiatan dasar harian Hidup. Indeks Barthel adalah skala ordinal. Setiap item kinerja dinilai pada skala ordinal dengan jumlah tertentu poin ditugaskan untuk setiap level atau peringkat.  menggunakan variabel sepuluh menggambarkan aktivitas hidup sehari-hari (ADL) dan mobilitas. Sebuah jumlah yang lebih tinggi dikaitkan dengan kemungkinan yang lebih besar untuk dapat tinggal di rumah dengan tingkat merdeka, setelah pulang dari rumah sakit. Jumlah waktu dan bantuan fisik yang diperlukan untuk melakukan setiap item yang digunakan dalam menentukan Lue va diberikan setiap item. Faktor eksternal dalam efek lingkungan skor setiap item. Jika adaptasi di luar lingkungan rumah standar dipenuhi selama penilaian, skor peserta akan lebih rendah jika kondisi ini tidak tersedia. Jika adaptasi terhadap lingkungan yang dibuat, mereka harus dijelaskan secara rinci dan melekat pada Indeks Barthel.

Skala diperkenalkan pada tahun 1965, dan menghasilkan nilai 0-20. Meskipun versi asli masih banyak digunakan, hal itu diubah oleh Granger et al. pada tahun 1979, ketika datang untuk memasukkan 0-10 poin untuk setiap variabel,  dan perbaikan lebih lanjut diperkenalkan pada tahun 1989.  Indeks Barthel menandakan salah satu kontribusi pertama ke literatur status fungsional yang merupakan Terapis Fisik ‘ periode panjang masuknya mobilitas fungsional dan pengukuran ADL dalam lingkup praktek. Skala ini dianggap sebagai dapat diandalkan, meskipun penggunaannya dalam uji klinis pada pasien fraktur tidak konsisten.  Hal ini bagaimanapun, telah digunakan secara ekstensif untuk memantau fungsional perubahan pada individu menerima rehabilitasi pasien, terutama dalam memprediksi hasil fungsional berhubungan dengan kemampuan aktifitas harian. Indeks Barthel telah menunjukkan keandalan interrator tinggi (0,95) dan uji reliabilitas tes ulang (0,89) serta korelasi tinggi (0,74-0,8) dengan ukuran lain cacat fisik.

Penilaian didasarkan pada tingkat bantuan orang lain dalam meningkatkan aktivitas fungsional. Pengukuran meliputi sepuluh kemampuan yaitu :

Tabel 2.3

NO

AKTIVITAS

NILAI

BANTUAN

MANDIRI

1

Makan

5

10

2

Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur dan sebaliknya, termasuk duduk di tempat tidur

5

15

3

Kebersihan diri, mencuci muka, menyisir, mencukur dan menggosok gigi

0

5

4

Aktivitas di toilet (menyemprot, mengelap)

5

10

5

Mandi

0

5

6

Berjalan di jalan yang datar (jika tidak mampu jalan melakukannya dengan kursi roda

10

15

7

Naik turun tangga

5

10

8

Berpakaian termasuk mengenakan sepatu

5

10

9

Mengontrol BAB

5

10

10

Mengontrol BAK

5

10

JUMLAH

100

Penilaian :

0 - 20 : Ketergantungan penuh

21 - 60 : Tidak Dapat melakukan .

61` - 90 : Ketergantungan moderat.

100 : Dapat melakuan secara Mandiri

**2.4 Konsep Dischange Planning**

**2.4.1 Pengertian**

Perencanaan pulang merupakan proses perencanaan sistematis yang dipersiapkan bagi pasien untuk menilai, menyiapkan, dan melakukan koordinasi dengan fasilitas kesehatan yang ada atau yang telah ditentukan serta bekerjasama dengan pelayanan sosial yang ada di komunitas, sebelum dan sesudah pasien pindah/pulang (Carpenito, 2002 dalam Hariyati *dkk*, 2008:54).

*Discharge planning* dilakukan sejak pasien diterima di suatu pelayanankesehatan di rumah sakit dimana rentang waktu pasien untuk menginap semakin diperpendek (Sommerfeld, 2001 dalam Rahmi, 2011:10). *Discharge planning* yang efektif seharusnya mencakup pengkajian berkelanjutan untuk mendapatkan informasi yang komprehensif tentang kebutuhan pasien yang berubah-ubah, pernyataan diagnosa keperawatan, perencanaan untuk memastikan kebutuhan pasien sesuai dengan apa yang dilakukan oleh pemberi layanan kesehatan (Kozier, 2004).

Program *discharge planning* (perencanaan pulang) pada dasarnya merupakan program pemberian informasi atau pemberian pendidikan kesehatan kepada pasien yang meliputi nutrisi, aktifitas/latihan, obat-obatan dan instruksi khusus yaitu tanda dan gejala penyakit pasien (Potter & Perry, 2005 dalam Herniyatun *dkk*, 2009:128). Informasi diberikan kepada pasien agar mampu mengenali tanda bahaya untuk dilaporkan kepada tenaga medis. Sebelum pemulangan, pasien dan keluarganya harus mengetahui bagaimana cara manajemen pemberian perawatan di rumah dan apa yang diharapkan di dalam memperhatikan masalah fisik yang berkelanjutan karena kegagalan untuk mengerti pembatasan atau implikasi masalah kesehatan (tidak siap menghadapi pemulangan) dapat menyebabkan meningkatknya komplikasi yang terjadi pada pasien (Potter & Perry, 2006). Program yang dilakukan oleh perawat ini, tidak selalu sama antara satu rumah sakit dengan rumah sakit lainnya. Hal ini bisa terjadi ketika sistem perawatan yang digunakan adalah berbeda, misalnya menggunakan sistem keperawatan utama (primer). Sistem ini mewajibkan seorang perawat bertanggung jawab melakukan koordinasi perawatan untuk kelompok klien tertentu, mulai dari mereka masuk sampai pulang (Potter & Perry, 2005:96).

National Council of Social Service, (2006) dalam Wulandari (2011:9) menyatakan bahwa “*discharge planning* merupakan tujuan akhir dari rencana perawatan, dengan tujuan untuk memberdayakan klien untuk membuat keputusan, untuk memaksimalkan potensi klien untuk hidup secara mandiri, atau agar klien dapat memanfaatkan dukungan dan sumber daya dalam keluarga maupun masyarakatnya”.

**2.4.2 Pemberi Layanan *Discharge Planning***

Proses *discharge planning* harus dilakukan secara komprehensif dan melibatkan multidisiplin, mencakup semua pemberi layanan kesehatan yang terlibat dalam memberi layanan kesehatan kepada pasien (Potter & Perry, 2006).

Seseorang yang merencanakan pemulangan atau koordinator asuhan berkelanjutan (*continuing care coordinator*) adalah staf rumah sakit yang berfungsi sebagai konsultan untuk proses *discharge planning* bersamaan dengan fasilitas kesehatan, menyediakan pendidikan kesehatan dan memotivasi staf rumah sakit untuk merencanakan serta mengimplementasikan *discharge planning* (Discharge Planning Association, 2008 dalam Siahaan, 2009:11).

Seorang *discharge planners* bertugas membuat rencana, mengkoordinasikan, memonitor dan memberikan tindakan dan proses kelanjutan perawatan. *Discharge planning* ini menempatkan perawat pada posisi yang penting dalam proses perawatan pasien dan dalam tim *discharge planner* rumah sakit, karena pengetahuan dan kemampuan perawat dalam proses keperawatan sangat berpengaruh dalam memberikan kontinuitas perawatan melalui proses *discharge planning* (Caroll & Dowling, 2007 dalam Rahmi, 2011:12).

**2.4.3 Pemahaman *Discharge Planning***

Rice (1992) dalam Potter & Perry (2005:93), setiap pasien yang dirawat di rumah sakit memerlukan *discharge planning* atau rencana pemulangan. Pasien dan seluruh anggota keluarga harus mendapatkan informasi tentang semua rencana pemulangan (Medical Mutual of Ohio, 2008 dalam Siahaan, 2009:12). *Discharge planning* atau rencana pemulangan tidak hanya melibatkan pasien tapijuga keluarga, teman-teman, serta pemberi layanan kesehatan dengan catatan bahwa pelayanan kesehatan dan sosial bekerja sama (The Royal Marsden Hospital, 2004 dalam Siahaan, 2009:11).

**2.4.4 Tujuan *Discharge Planning***

*Discharge planning* bertujuan untuk mengidentifikasi kebutuhan spesifikuntuk mempertahankan atau mencapai fungsi maksimal setelah pulang (Carpenito, 1999 dalam Rahmi, 2011:10). Tindakan ini juga bertujuan memberikan pelayanan terbaik untuk menjamin keberlanjutan asuhan berkualitas antara rumah sakit dan komunitas dengan memfasilitasi komunikasi yang efektif (Discharge Planning Association, 2008 dalam Siahaan, 2009:12).

Taylor *et al* (1989) dalam Yosafianti & Alfiyanti (2010:115) juga menyatakan bahwa *discharge planning* adalah proses sistematis yang bertujuan menyiapkan pasien meninggalkan rumah sakit untuk melanjutkan program perawatan yang berkelanjutan dirumah atau diunit perawatan komunitas.

Secara lebih terperinci The Royal Marsden Hospital (2004) dalam Siahaan (2009:12-13) menyatakan bahwa tujuan dilakukannya *discharge planning* adalah:

1. Untuk mempersiapkan pasien dan keluarga secara fisik dan psikologis untuk di transfer ke rumah atau ke suatu lingkungan yang dapat disetujui.
2. Menyediakan informasi tertulis dan verbal kepada pasien dan pelayanan kesehatan untuk mempertemukan kebutuhan mereka dalam proses pemulangan.
3. Memfasilitasi proses perpindahan yang nyaman dengan memastikan semua fasilitas pelayanan kesehatan yang diperlukan telah dipersiapkan untuk menerima pasien.
4. Mempromosikan tahap kemandirian yang tertinggi kepada pasien dan keluarga dengan menyediakan serta memandirikan aktivitas perawatan diri.

**2.4.5 Manfaat *Discharge Planning***

Spath (2003) dalam Nursalam & Efendi (2008:229), perencanaan pulang mempunyai manfaat sebagai berikut:

1. Dapat memberikan kesempatan untuk memperkuat pengajaran kepada pasien yang dimulai dari rumah sakit
2. Dapat memberikan tindak lanjut secara sistematis yang digunakan untuk menjamin kontinuitas perawatan pasien
3. Mengevaluasi pengaruh dari intervensi yang terencana pada penyembuhan pasien dan mengidentifikasi kekambuhan atau kebutuhan perawatan baru
4. Membantu kemandirian dan kesiapan pasien dalam melakukan perawatan di rumah

Wulandari (2011:11) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa manfaat dari pelaksanaan *discharge planning* adalah sebagai berikut:

1. Mengurangi pelayanan yang tidak terencana (*unplanned admission*)
2. Mengantispasi terjadinya kegawatdaruratan seletah kembali ke rumah
3. Mengurangi LOS (*Length Of Stay*) pasien di rumah sakit
4. Meningkatkan kepuasan individu dan pemberi layanan
5. Menghemat biaya selama proses perawatan
6. Menghemat biaya ketika pelaksanaan perawatan di luar rumah sakit atau di masyarakat karena perencanaan yang matang.
7. Hasil kesehatan yang dicapai menjadi optimal.

**2.4.6 Jenis *Discharge Planning***

Chesca (1982) dalam Nursalam & Efendi (2008:229), *discharge* *planning* dapat diklasifikasikan menjadi tiga jenis, yaitu:

1. Pulang sementara atau cuti (*conditioning discharge*). Keadaaan pulang ini dilakukan apabila kondisi klien baik dan tidak terdapat komplikasi. Klien untuk sementara dirawat di rumah namun harus ada pengawasan dari pihak rumah sakit atau Puskesmas terdekat.
2. Pulang mutlak atau selamanya (*absolute discharge*). Cara ini merupakan akhir dari hubungan klien dengan rumah sakit. Namun apabila klien perlu dirawat kembali, maka prosedur perawatan dapat dilakukan kembali.
3. Pulang paksa (*judicial discharge*). Kondisi ini klien diperbolehkan pulang walaupun kondisi kesehatan tidak memungkinkan untuk pulang, tetapi klien harus dipantau dengan melakukan kerjasama dengan perawat puskesmas terdekat.

**2.4.7 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi *Discharge Planning***

Potter & Perry (2005) dalam Herniyatun (2009:128), program perencanaan pulang (*discharge planning*) pada dasarnya merupakan program pemberian pendidikan kesehatan kepada pasien. Keberhasilan dalam pemberian pendidikan kesehatan dipengaruhi oleh beberapa faktor yang berasal dari perawat dan juga dari pasien. Menurut Notoadmodjo (2003) dalam Waluyo (2010:17-18), faktor yang berasal dari perawat yang mempengaruhi keberhasilan dalam pemberian pendidikan kesehatan adalah sikap, emosi, pengetahuan dan pengalaman masa lalu.

1. Sikap yang baik yang dimiliki perawat akan mempengaruhi penyampaian informasi kepada pasien, sehingga informasi akan lebih jelas untuk dapat dimengerti pasien.
2. Pengendalian emosi yang dimiliki perawat merupakan faktor yang mempengaruhi pelaksanaan pendidikan kesehatan. Pengendalian emosi yang baik akan mengarahkan perawat untuk lebih bersikap sabar, hati-hati dan telaten. Dengan demikian informasi yang disampaikan lebih mudah diterima pasien.
3. Pengetahuan adalah kunci keberhasilan dalam pendidikan kesehatan. Perawat harus memiliki pengetahuan yang cukup untuk memberikan pendidikan kesehatan. Pengetahuan yang baik juga akan mengarahkan perawat pada kegiatan pembelajaran pasien. Pasien akan semakin banyak menerima informasi dan informasi tersebut sesuai dengan kebutuhan pasien.
4. Pengalaman masa lalu perawat berpengaruh terhadap gaya perawat dalam memberikan informasi sehingga informasi yang diberikan akan lebih terarah sesuai dengan kebutuhan pasien. Perawat juga lebih dapat membaca situasi pasien berdasarkan pengalaman yang mereka miliki.

Sedangkan faktor yang berasal dari pasien yang mempengaruhi keberhasilan dalam pemberian pendidikan kesehatan, menurut Potter & Perry (1997), Suliha *dkk* (2002) dan Machfoedz *dkk* (2005) yang dikutip oleh Waluyo (2010:18-19) adalah motivasi, sikap, rasa cemas/emosi, kesehatan fisik, tahap perkembangan dan pengetahuan sebelumnya, kemampuan dalam belajar, serta tingkat pendidikan.

1. Motivasi adalah faktor batin yang menimbulkan, mendasari dan mengarahkan pasien untuk belajar. Bila motivasi pasien tinggi, maka pasien akan giat untuk mendapatkan informasi tentang kondisinya serta tindakan yang perlu dilakukan untuk melanjutkan pengobatan dan meningkatkan kesehatannya.
2. Sikap positif pasien terhadap diagnosa penyakit dan perawatan akan memudahkan pasien untuk menerima informasi ketika dilakukan pendidikan kesehatan.
3. Emosi yang stabil memudahkan pasien menerima informasi, sedangkan perasaan cemas akan mengurangi kemampuan untuk menerima informasi.
4. Kesehatan fisik pasien yang kurang baik akan menyebabkan penerimaan informasi terganggu.
5. Tahap perkembangan berhubungan dengan usia. Semakin dewasa usia kemampuan menerima informasi semakin baik dan didukung pula pengetahuan yang dimiliki sebelumnya.
6. Kemampuan dalam belajar yang baik akan memudahkan pasien untuk menerima dan memproses informasi yang diberikan ketika dilakukan pendidikan kesehatan. Kemampuan belajar seringkali berhubungan dengan tingkat pendidikan yang dimiliki. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang umumnya kemampuan belajarnya juga semakin tinggi.

2.4.8 **Prinsip *Discharge Planning***

Ketika melakukan *discharge planning* dari suatu lingkungan ke lingkungan yang lain, ada beberapa prinsip yang harus diikuti/diperhatikan. Nursalam & Efendi (2008:229), prinsip-prinsip yang diterapkan dalam perencanaan pulang adalah sebagai berikut:

1. Pasien merupakan fokus dalam perencanaan pulang. Nilai keinginan dan kebutuhan dari pasien perlu dikaji dan dievaluasi.
2. Kebutuhan dari pasien diidentifikasi, kebutuhan ini dikaitkan dengan masalah yang mungkin muncul pada saat pasien pulang nanti, sehingga kemungkinan masalah yang muncul di rumah dapat segera di antisipasi.
3. Perencanaan pulang dilakukan secara kolaboratif. Perencanaan pulang merupakan pelayanan multidisiplin dan setiap tim harus saling bekerja sama.
4. Perencanaan pulang disesuaikan dengan sumber daya dan fasilitas yang ada. Tindakan atau rencana yang akan dilakukan setelah pulang disesuaikan dengan pengetahuan dari tenaga yang tersedia maupun fasilitas yang tersedia di masyarakat.
5. Perencanaan pulang dilakukan pada setiap sistem pelayanan kesehatan. Setiap pasien masuk tatanan pelayanan maka perencanaaan pulang harus dilakukan.

Selain prinsip-prinsip tersebut, dalam modul yang dikeluarkan oleh Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik-Departemen Kesehatan R.I (2008) dalam Wulandari (2011:13-14), prinsip-prinsip yang perlu diperhatikan perawat dalam membuat *discharge planning* (perencanaan pulang) adalah:

* 1. Dibuat Pada Saat Pasien Masuk

Pengkajian pada saat pasien masuk akan mempermudah proses pengidentifikasian kebutuhan pasien. Merencanakan pulang pasien sejak awal juga akan menurunkan lama waktu rawat yang pada akhirnya akan menurunkan biaya perawatan.

* 1. Berfokus Pada Kebutuhan Pasien

Perencanaan pulang tidak berfokus pada kebutuhan perawat atau tenaga kesehatan atau hanya pada kebutuhan fisik pasien. Lebih luas, perencanaan pulang berfokus pada kebutuhan pasien dan keluarga secara komprehensif.

* 1. Melibatkan Berbagai Pihak Yang Terkait

Pasien, keluarga, dan *care giver* dilibatkan dalam membuat perencanaan. Hal ini memungkinkan optimalnya sumber-sumber pelayanan kesehatan yang sesuai untuk pasien setelah ia pulang.

* 1. Dokumentasi Pelaksanaan *Discharge Planning*

Pelaksanaan *discharge planning* harus didokumentasikan dan dikomunikasikan kepada pasien dan pendamping minimal 24 jam sebelum pasien dipindahkan.

2.4.9 **Komponen/Unsusr *Discharge Planning***

Komponen yang dapat mendukung terselengaranya *discharge planning* yang efektif adalah keterlibatan pasien dan keluarga, kolaborasi antara tim kesehatan, dan dukungan dari *care giver*/pendamping pasien. Hal lain yang tidak kalah penting adalah mengidentifikasi kesiapan komunitas/keluarga dalam menerima pasien kembali ke rumah (Wulandari, 2011:19). Discharge Planning Association (2008) dalam Siahaan (2009:21) menyatakan bahwa unsur-unsur yang harus ada pada sebuah *form* perencanaan pemulangan antara lain:

* + - 1. Pengobatan di rumah, mencakup resep baru, pengobatan yang sangat dibutuhkan, dan pengobatan yang harus dihentikan.
      2. Daftar nama obat harus mencakup nama, dosis, frekuensi, dan efek samping yang umum terjadi.
      3. Kebutuhan akan hasil test laboratorium yang dianjurkan, dan pemeriksaan lain, dengan petunjuk bagaimana untuk memperoleh atau bilamana waktu akan diadakannya.
      4. Bagaimana melakukan pilihan gaya hidup dan tentang perubahan aktivitas, latihan, diet makanan yang dianjurkan dan pembatasannya.
      5. Petunjuk perawatan diri (perawatan luka, perawatan kolostomi, ketentuan insulin, dan lain-lain).
      6. Kapan dan bagaimana perawatan atau pengobatan selanjutnya yang akan dihadapi setelah dipulangkan. Nama pemberi layanan, waktu, tanggal, dan lokasi setiap janji untuk *control*.
      7. Apa yang harus dilakukan pada keadaan darurat dan nomor telepon yang bisa dihubungi untuk melakukan peninjauan ulang petunjuk pemulangan.
      8. Bagaimana mengatur perawatan lanjutan (jadwal pelayanan di rumah, perawat yang menjenguk, penolong, pembantu jalan/*walker*, kanul, oksigen, dan lain-lain) beserta dengan nama dan nomor telepon setiap institusi yang bertanggung jawab untuk menyediakan pelayanan.

**2.5Kerangka Konsep**

Faktor-Faktor Yang Memenuhi Pemenuhan ADL:

1. Umur dan Status Perkembangan
2. Kesehatan Fisiologi
3. Fungsi Kognitif
4. Fungsi Psikososial
5. Tingkat stress
6. Ritme Biologi
7. Status Mental

Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas Harian

1. Makan
2. Mandi / Kebersihan Diri
3. Berpakaian / Berdandan
4. Berpindah
5. Toileting/Eliminasi

Pemberian Edukasi *Discharge Planning*

menyiapkan meninggalkan rumah sakit untuk melanjutkan program perawatan yang berkelanjutan dirumah atau di unit perawatan

Komponen/Unsur *Discharge Planing:*

1. Keterlibatan Pasien dan Keluarga
2. Kolaborasi antara Tim Kesehatan
3. Dukungan dari Care Giver/Pendamping Pasien

Dapat melakukan

Tidak dapat melakukan

Keterangan:

: Variabel yang diteliti

: Variabel yang tidak diteliti

Kerangka konseptual ini adalah untuk pemeriksaan hubungan kemampuan aktivitas harian dengan pemberian edukasi dischange planning pada pasien post operasi fraktur ekstremitas bawah. Pandangan edukasi *discharge planning* dalam tatanan pelayanan keperawatan ditujukan kepada kebutuhan individu dalam melakukan tindakan keperawatan mandiri serta mengatur dalam kebutuhannya. Konsep keperawatan mengembangkan tiga bentuk teori self care, diantaranya: Teori perawatan diri sendiri (Self Care Theory), Teori defisit perawatan diri (Defisit Self Care Theory), Teori sistem keperawatan (Theory of Nursing System). Dan didalam pemenuhan ADL banyak sekali komponen yang dapat diukur, tetapi peneliti hanya berfokus pada kemampuan aktivitas harian.

**2.6 Hipotesis Penelitian**

Hipotesis penelitian ini adalah

H1 = Ada hubungan antara kemampuan aktivitas harian dengan pemberian edukasi dischange planning pada pasien post operasi fraktur ekstremitas bawah di Rs Lavalette Malang.