



UNIVERSITAS INDONESIA

**STUDI FENOMENOLOGI : PENGALAMAN KLIEN YANG
MENGALAMI FRAKTUR EKSTREMITAS BAWAH
DENGAN PEMASANGAN *EXTERNAL FIXATOR*
DI RSUP FATMAWATI JAKARTA**

TESIS

RATNA ARYANI

0906574695

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
UNIVERSITAS INDONESIA
JULI 2011**



UNIVERSITAS INDONESIA

**STUDI FENOMENOLOGI : PENGALAMAN KLIEN YANG
MENGALAMI FRAKTUR EKSTREMITAS BAWAH
DENGAN PEMASANGAN *EXTERNAL FIXATOR*
DI RSUP FATMAWATI JAKARTA**

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Magister Keperawatan

RATNA ARYANI
0906574695

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
UNIVERSITAS INDONESIA
JULI, 2011**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Ratna Aryani
NPM : 0906574695
Tanda Tangan :
Tanggal : 18 Juli 2011



PERNYATAAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Ratna Aryani

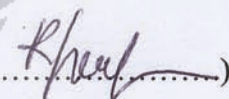
NPM : 0906574695

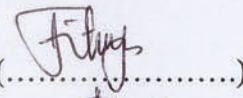
Program Studi : Pasca Sarjana Peminatan Keperawatan Medikal Bedah Fakultas
Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Judul Tesis : Studi Fenomenologi : Pengalaman Klien yang Mengalami Fraktur
Ekstremitas Bawah Dengan Pemasangan *External Fixator* di RSUP
Fatmawati Jakarta

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Pasca Sarjana Peminatan Keperawatan Medikal Bedah Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing I : DR. Ratna Sitorus, S.Kp., M.App. Sc (.....)

Pembimbing II : Poppy Fitriyani, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep.Kom (.....)

Penguji : Tuti Herawati, S.Kp., MN (.....)

Penguji : Dudut Tanjung, S.Kp., M. Kep., Sp.KMB (.....)

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Allah SWT karena atas berkat dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis dengan judul “Studi Fenomenologi : Pengalaman Klien yang Mengalami Fraktur Ekstremitas Bawah Dengan Pemasangan *External Fixator* di RSUP Fatmawati Jakarta”. Tesis ini diajukan sebagai bahan untuk menyelesaikan pendidikan Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah pada Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Dalam menyelesaikan tesis ini, penulis mendapatkan bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak, untuk itu penulis menyampaikan terima kasih khususnya kepada yang terhormat :

1. Direktur RSUP Fatmawati Jakarta yang telah memberikan ijin kepada peneliti untuk melakukan penelitian di RS Fatmawati
2. Dra. Dewi Irawaty, M.A. PhD., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. Astuti Yuni Nursasi, SKp., MN sebagai Ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
4. Dr. Ratna Sitorus Sudarsono, S.Kp. M.App.Sc., selaku pembimbing I dan Poppy Fitriyani, S.Kp., M.Kep.,Sp.Kep.Kom, selaku pembimbing II yang selalu meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan dan arahan dengan sabar kepada peneliti selama penyusunan tesis sehingga penyusunan tesis ini menjadi lebih baik.
5. Amelia K, MN, Umi Asyiyah M. Kep., Sp.KMB, Dudut Tanjung, S.Kp., M. Kep., Sp.KMB, dan Elsa Roselina, S.Kp., M.Biomed atas segala *support*, diskusi, kiriman jurnal-jurnalnya, semangat dan *positive thinkingnya*.
6. Seluruh staf pengajar Program Magister Ilmu Keperawatan terutama peminatan Keperawatan Medikal Bedah dan seluruh staf akademik yang telah membantu peneliti.
7. Seluruh staf RSUP Fatmawati yang telah membantu peneliti dalam mendapatkan data partisipan dan sebagai tempat bertanya peneliti, terutama Ns.

Ida Djubaedah, S.Kep, Ns. Nyoman, S.Kep, Mursani, AMK dan Intan, AMK (poliklinik).

8. Ani Nuraeni, S.Kep., M.Kes., selaku Direktur Poltekkes Departemen Jakarta I dan Reni Chairani, M.Kep.,Sp.Kom., selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Departemen Jakarta I.
9. Suami tercinta (Kurniawan) yang mendukung dengan segala pengorbanan, doa dan *supportnya*, serta anak-anakku tercinta (Hafshah Fairuz dan Abdullah Azzam Tsaqib). Mohon maaf atas hilangnya waktu kebersamaan selama menjalani proses pendidikan.
10. Bapak, Ibu, adik-adik dan seluruh keluarga yang selalu memberikan dukungan dan do'a bagi peneliti.
11. Seluruh rekan-rekan mahasiswa Program Magister Keperawatan peminatan Keperawatan Medikal Bedah angkatan 2009, terutama Teh Hafna, RSD, Teh Puji, Teh Elvi, Teh Dwi Kartika, Pak Chandra, Pak Welas dan Pak Hendro, yang telah memberikan dukungan dan semangat bagi peneliti.
12. Seluruh partisipan yang bersedia membagi pengalamannya dalam penelitian ini. Semoga Bapak/Ibu/Saudara/I dapat segera sembuh.
13. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu dan ikut berperan dalam penyelesaian tesis ini.

Akhirnya penulis berharap semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi masyarakat dan dunia keperawatan. Saran dan kritik membangun penulis harapkan guna perbaikan tulisan ini.

Depok, Juli 2011

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ratna Aryani
NPM : 0906574695
Program Studi : Pasca Sarjana Peminatan Keperawatan Medikal Bedah
Fakultas : Fakultas Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu penegetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Noneksklusif (Non-exclusive Royalty-Free Right) atas karya ilmiah saya yang berjudul :


Studi Fenomenologi : Pengalaman Klien yang Mengalami Fraktur Ekstremitas Bawah Dengan Pemasangan *External Fixator* di RSUP Fatmawati Jakarta

Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia / formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tesis saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis / pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : 18 Juli 2011

Yang menyatakan,


Ratna Aryani

ABSTRAK

Nama : Ratna Aryani
Program Studi : Pasca Sarjana Peminatan Keperawatan Medikal Bedah Fakultas
Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
Judul : Studi Fenomenologi : Pengalaman Klien yang Mengalami Fraktur
Ekstremitas Bawah Dengan Pemasangan *External Fixator* di RSUP
Fatmawati Jakarta

External fixator adalah metode untuk mengatasi fraktur dengan cara memasukkan pin ke dalam jaringan kulit, jaringan lunak dan tulang yang dihubungkan dengan *rigid external frame*. Penelitian kualitatif fenomenologi deskriptif ini bertujuan untuk menggambarkan pengalaman klien yang mengalami fraktur ekstremitas bawah dengan pemasangan *external fixator*. Hasil penelitian mengidentifikasi 7 tema, yaitu respon psikologis, ketidaknyamanan fisik, perubahan pemenuhan kebutuhan dasar, mengalami kerugian finansial, dukungan sosial yang diterima, pelayanan keperawatan yang telah diterima, dan harapan klien terkait pemberian pelayanan keperawatan. Hasil penelitian ini menjadi acuan bahwa perawat harus memiliki kemampuan memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif sehingga pemberian asuhan keperawatan akan lebih optimal dengan *outcome* yang lebih memuaskan.

Kata kunci : fenomenologi dekriptif, fraktur ekstremitas bawah, *external fixator*

ABSTRACT

Name : Ratna Aryani

Courses: Postgraduate Specialization in Medical Surgery of Nursing at Faculty of Nursing University of Indonesia

Title : Study Phenomenology: Experience Clients Who Have Lower Extremity Fractures With *External Fixator* in Fatmawati Hospital Jakarta

External fixator is a method to overcome the fracture by inserting pins into the skin tissue, soft tissue and bone that will be linked with external rigid frame. Descriptive phenomenology qualitative research aims to describe the experience of clients who experienced lower limb fracture with mounting external fixator. The study identified seven themes, namely the psychological response, physical discomfort, changed in the fulfillment of basic needs, suffered financial losses, received social support, nursing services that have been received, and related client service delivery expectations of nursing. The results of this research into a reference that nurses should have the ability to provide comprehensive nursing care so that the provision of nursing care will be optimized with a more satisfactory outcome.

Key words: descriptive phenomenology, lower extremity fractures, external fixator

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMBUNG	i
HALAMAN JUDUL.....	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR.....	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS	vii
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR SKEMA	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
1. PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Perumusan Masalah.....	11
1.3 Tujuan Penelitian	12
1.4 Manfaat Penelitian.....	13
2. TINJAUAN PUSTAKA.....	14
2.1 Konsep Fraktur.....	14
2.1.1 Definisi dan Dampak.....	14
2.1.2 Etiologi.....	14
2.1.3 Tipe dan Jenis	15
2.1.4 Tahapan Penyembuhan Tulang	18
2.1.5 Manifestasi Klinis	21
2.1.6 Pemeriksaan Penunjang	22
2.1.7 Penatalaksanaan	22
2.1.8 Komplikasi	23
2.2 Konsep <i>External Fixator</i>	26
2.2.1 Definisi.....	26
2.2.2 Bentuk dan Tipe.....	27
2.2.3 Indikasi Pemasangan.....	29
2.2.4 Waktu Pemasangan.....	30
2.2.5 Keuntungan dan Kelemahan	30
2.2.6 Dampak pemasangan	31
2.2.6.1 Aspek Fungsional.....	31
2.2.6.2 Aspek Fisik.....	32
2.2.6.3 Aspek Psikologis.....	40
2.2.6.4 Aspek Sosial.....	42
2.3 Analisa Keperawatan Klien Fraktur dengan Pemasangan <i>External Fixator</i>	43
2.3.1 Pengkajian Keperawatan.....	43
2.3.2 Diagnosa Keperawatan	44
2.3.3 Intervensi Keperawatan.....	45

2.4 Pendekatan Fenomenologi pada Penelitian Kualitatif.....	50
2.5 Kerangka Teori.....	55
3. METODE PENELITIAN.....	56
3.1 Desain Penelitian	56
3.2 Partisipan Penelitian	58
3.3 Waktu dan Tempat Penelitian	61
3.4 Etika Penelitian	62
3.4.1 <i>Right to Self Determination</i>	62
3.4.2 <i>Right to Privacy</i>	63
3.4.3 <i>Right to Autonomy and Confidentiality</i>	64
3.4.4 <i>Right to Fair Treatment</i>	64
3.4.5 <i>Right to Protection from Discomfort and Harm</i>	65
3.5 Prosedur Pengambilan Data Penelitian	66
3.6 Alat Pengumpul Data Penelitian	68
3.7 Analisa Data Penelitian	70
3.8 Keabsahan data	70
3.8.1 <i>Credibility</i>	72
3.8.2 <i>Dependability</i>	72
3.8.3 <i>Confirmability</i>	73
3.8.4 <i>Transferability</i>	73
4. HASIL PENELITIAN.....	74
4.1 Karakteristik Partisipan.....	74
4.2 Analisis Tema	75
5. PEMBAHASAN	104
5.1 Interpretasi Hasil dan Analisa Kesenjangan	104
5.2 Keterbatasan Penelitian	128
5.3 Implikasi Keperawatan.....	129
6. SIMPULAN DAN SARAN.....	131
6.1 Simpulan	131
6.2 Saran	132
DAFTAR PUSTAKA	134
LAMPIRAN	142

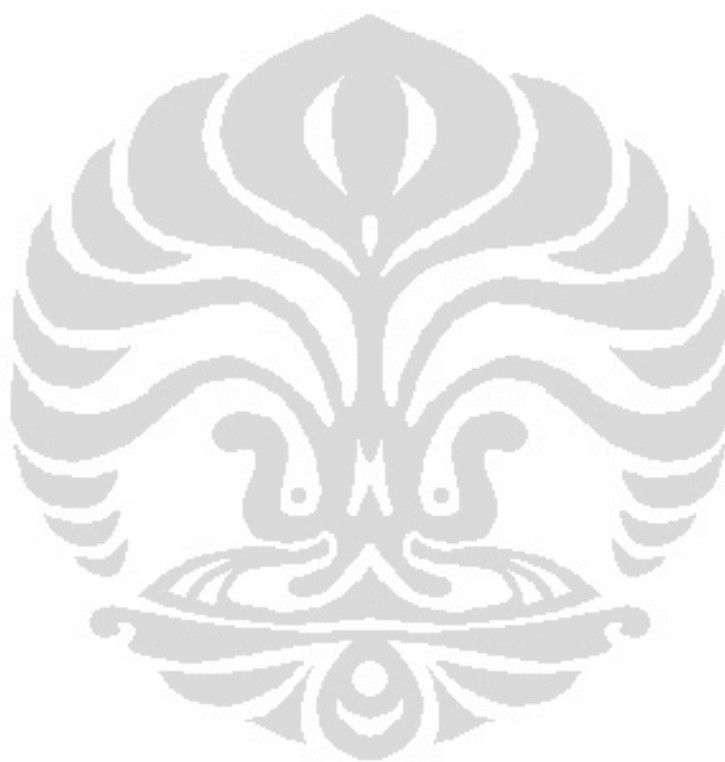
DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Klasifikasi Gustilo-Anderson pada Fraktur Terbuka.....	17
Tabel 2.2	Tahapan Penyembuhan Tulang.....	19
Tabel 2.3	Lokasi dan lama Penyembuhan Fraktur.....	20
Tabel 2.4	Manifestasi Klinis Klien yang Mengalami Fraktur.....	21
Tabel 2.5	Saleh & Scott Classification System	32
Tabel 2.6	Prinsip Perawatan Pin	34
Tabel 2.7	Home Care Checklist untuk Klien dengan <i>External Fixator</i>	35
Tabel 2.8	Pemeriksaan Neurovaskular (Sirkulasi, Pergerakan dan Sensasi)	38



DAFTAR GAMBAR

Tabel 2.1 Tipe dan Jenis Fraktur.....	16
Tabel 2.2 Gambaran Tahapan Penyembuhan Tulang	18
Tabel 2.3 Proses Perbaikan Tulang	27
Tabel 2.4 Hoffman, Orthofix dan Ilizarof <i>external fixator</i>	28



DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Kerangka Teori	55
Skema 4.1 Respon psikologis	76
Skema 4.2 Ketidaknyaman fisik	81
Skema 4.3 Perubahan pemenuhan kebutuhan dasar	83
Skema 4.4 Mengalami kerugian financial	90
Skema 4.5 Dukungan sosial yang diterima	91
Skema 4.6 Pelayanan keperawatan yang diterima	96
Skema 4.7 Harapan-harapan klien dalam hal pemberian pelayanan keperawatan .	101



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Penjelasan Penelitian	142
Lampiran 2	Lembar Persetujuan (<i>Informed Consent</i>)	144
Lampiran 3	Format Data Partisipan	145
Lampiran 4	Panduan Wawancara	146
Lampiran 5	Format Catatan Lapangan (<i>Field note</i>)	147
Lampiran 6	Jadwal Penelitian	148
Lampiran 7	Rekapitulasi Data Partisipan	149
Lampiran 8	Kisi-kisi Tema	150
Lampiran 9	Keterangan Lolos Kaji Etik	165
Lampiran 10	Permohonan Izin Penelitian	166
Lampiran 11	Persetujuan Penelitian dari RS	167
Lampiran 12	Daftar Riwayat Hidup	168



BAB 1 PENDAHULUAN

Bab ini akan menguraikan tentang latar belakang penelitian berkaitan dengan konsep dasar masalah penelitian secara umum dan pentingnya penelitian ini dilaksanakan. Selain itu juga akan menguraikan tentang perumusan masalah, tujuan dan manfaat penelitian.

1.1 Latar Belakang

Fraktur adalah rusaknya struktur pada kontinuitas tulang, epifisis ataupun kartilago (Altizer, 2002). Fraktur terjadi ketika tekanan yang diterima tulang melebihi apa yang dapat diabsorpsi oleh tulang tersebut (Roberts, 2009). Energi yang menyebabkan fraktur ataupun dislokasi fragmen tulang juga akan menyebabkan jaringan lunak di sekitarnya menjadi rusak.

Angka kejadian fraktur sangat tinggi di USA, yaitu sekitar 5,6 juta per tahunnya (Buckley, 2010). Insiden fraktur ini mencapai puncaknya terutama pada klien laki-laki usia 15-40 tahun dan juga pada lansia (Kunkler, 2002). Jika dibandingkan dengan negara-negara di Asia Tenggara, Indonesia merupakan negara dengan tingkat kecelakaan lalu lintas tertinggi pada tahun 2010. Berdasarkan angka kejadian kecelakaan lalu lintas di Indonesia, sebagai salah satu penyebab fraktur terbesar, maka diprediksi angka kejadian fraktur juga akan semakin meningkat. Secara rata-rata, angka kejadian lalu lintas di Indonesia mencapai 17.000 kejadian per tahunnya (Kementerian Pekerjaan Umum, 2011, hal. 1).

Jika fraktur tidak diberikan penatalaksanaan yang semestinya maka klien akan mengalami komplikasi yang dapat mengancam keadaan tungkai itu sendiri, bahkan dapat pula mengancam kehidupan (Altizer, 2004). Whiteing (2008) menyebutkan salah satu penatalaksanaan fraktur untuk mencegah terjadinya komplikasi adalah dengan cara memasang *external fixator*.

External fixator adalah suatu metode utama untuk mengatasi fraktur yang kompleks dengan cara memasukkan pin atau kawat ke dalam jaringan kulit, jaringan lunak dan masuk ke dalam tulang (Santy, Vincent, & Duffield, 2009). Pin atau kawat tersebut akan dihubungkan dengan *rigid external frame* (Addamo, 2002). *External frame* tersebut didesain untuk mendukung stabilitas rangka tulang sampai dilakukannya operasi ortopedi selanjutnya (Santy, Vincent, & Duffield, 2009).

Metode ini dapat menjadi pilihan utama (primer) pada kasus fraktur terbuka yang disertai kerusakan jaringan lunak, misalnya jenis fraktur *comminuted* yang rusak parah yang nantinya akan dirujuk untuk dilakukan *bone grafting* (Smeltzer, Bare, & Hinkle, 2008), fraktur yang tidak mengalami perbaikan pada waktunya (Roberts, 2009) ataupun fraktur tertutup yang posisinya tidak dapat difiksasi dengan gips, traksi ataupun *internal fixation* (Evans, 2010; Watson, 2002). *External fixator* juga sering digunakan pada klien dengan Osteomyelitis ataupun tumor karena mempunyai kemampuan dalam memanjangkan tulang, khususnya Ilizarov *external fixator* dengan rata-rata pemanjangan sepanjang 5,2 cm dan memungkinkan ahli bedah untuk menghilangkan segmen tulang tertentu tanpa mengganggu *alignment* tulang yang mengalami fraktur dengan pemasangan *external fixator* (Canale & Beaty, 2008; Bryant, 1998 dalam Buyukyilmaz, Sendir, & Salmond, 2009; Judith, et.al., 2009). Rasjad (2007) menambahkan bahwa *external fixator* juga dapat dipakai pada klien dengan fraktur terbuka tipe II dan III dan kadang-kadang juga pada fraktur tungkai bawah penderita Diabetes Melitus. Pemasangan *external fixator* bisa menjadi pilihan sekunder pada fraktur tertutup (Canale & Beaty, 2008).

Menurut Addamo (2002), pemasangan *external fixator* mempunyai implikasi yang positif, seperti stabilisasi fraktur yang lebih cepat dibandingkan metode lain, kompresi yang dihasilkan dipastikan dapat mendukung proses penyembuhan tulang, meningkatkan kenyamanan klien, memfasilitasi *nursing care* karena memungkinkan diobservasinya injuri jaringan lunak dan adanya akses untuk

membuka luka, memungkinkan adanya pergerakan sendi yang berdekatan, menurunkan kejadian perdarahan (terutama pada fraktur pelvis), menurunkan resiko sepsis serta memfasilitasi rekonstruksi vaskular dan jaringan lunak. Pemakaian *external fixator* memungkinkan klien untuk melakukan mobilisasi segera setelah pembedahan dan lebih sedikit menimbulkan komplikasi jika klien melakukan mobilisasi dini sehingga dapat meningkatkan fungsi paru.

Jika dilihat dari segi finansial, pemakaian *external fixator* dianggap lebih murah daripada traksi. Hedin, Borgquist dan Larsson (2004) pernah melakukan penelitian yang berfokus pada analisis biaya 1 tahun perawatan dengan membandingkan pemakaian *external fixator* dan traksi pada 3 Rumah Sakit di Swedia. Hasil penelitian tersebut mengungkapkan bahwa klien yang dirawat di RS pertama dengan pemakaian *external fixator* dan mobilisasi dini membutuhkan biaya perawatan sekitar EUR 10.000. Sedangkan klien yang dirawat di RS kedua yang kliennya diberikan traksi kulit atau traksi tulang dan dirawat di RS selama 1-2 minggu dengan diikuti pemakaian traksi di rumah membutuhkan biaya perawatan sekitar EUR 23.000. Klien yang dirawat di RS ketiga dilakukan perawatan di RS sampai fraktur benar-benar sembuh dengan biaya EUR 38.000. Berdasarkan hasil penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa klien yang dilakukan *external fixator* mengeluarkan biaya perawatan yang lebih murah daripada klien yang terpasang traksi.

Namun demikian, *external fixator* pun mempunyai kelemahan, misalnya hilangnya pin ataupun terjadinya infeksi di area pin, hilangnya stabilisasi tulang, timbulnya infeksi superfisial ataupun dalam pada injuri jaringan lunak, nekrosis, timbulnya injuri syaraf kutaneus dan kerusakan otot. Selain itu juga, *external fixator* menimbulkan rasa takut pada diri klien ataupun keluarganya ketika melihat *external fixator* yang sudah terpasang di tungkai klien (Addamo, 2002 dan Limb, 2003).

Pemasangan *external fixator* akan berdampak pada empat aspek, yaitu aspek fungsional, fisik, psikologis dan sosial klien (Patterson, 2006). Keempat aspek ini

harus menjadi perhatian perawat mengingat besarnya dampak yang diakibatkan akibat pemasangan *external fixator* tersebut.

Santy, Vincent dan Duffield (2009) dalam penelitiannya mengemukakan bahwa klien dengan *external fixator* akan mengalami perubahan fungsional dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Klien akan kehilangan kemampuannya sehingga membutuhkan bantuan orang lain dalam melakukan aktivitas yang sederhana, termasuk dalam melakukan perawatan diri (*self care*), misalnya mandi dan memakai pakaian. Penelitian tersebut merekomendasikan untuk dilakukan penelitian dan studi literatur lebih lanjut untuk lebih menggali pengalaman klien hidup dengan *external fixation*, terutama bagaimana klien dapat beradaptasi dengan ADL-nya.

Aspek fungsional lain yang juga dikeluhkan oleh klien dengan *external fixator* adalah gangguan tidur (Ramaker, Lagro, Roermund, & Sinnema, 2000). Penelitian tersebut dilakukan pada 26 klien berusia 6-17 tahun dengan metodologi deskriptif retrospektif. Penelitian tersebut menyatakan bahwa 12 klien mempunyai masalah tidur yang diakibatkan karena faktor nyeri ataupun karena rasa takut akibat pemasangan *external fixator*, terutama pada fase post operatif. Ketakutan yang dialami pada jam tidur dialami oleh 7 klien sedangkan ketakutan yang terjadi sesekali saja (kadang-kadang) dialami oleh 25 klien. Enam belas (16) klien dilaporkan mengalami ketidaknyamanan pada saat malam hari karena sulitnya bergerak bebas ataupun karena merasakan nyeri saat *external fixator* masih terpasang dan 9 orang lainnya dilaporkan masih mengalami ketidaknyamanan tersebut walaupun *external fixator* sudah dilepas.

Ramaker, Lagro, Roermund, & Sinnema (2000) menyebutkan bahwa aspek fungsional dapat juga terjadi karena dibatasinya fungsi fisik klien. Jika terjadi pada periode pre-operatif maka pembatasan fungsi fisik bertujuan untuk mengoreksi fungsi tungkai yang terkena fraktur dengan alasan meningkatkan kemampuan klien untuk aktivitas berjalan, mengendarai mobil ataupun berolahraga. Penelitian tersebut mengungkapkan bahwa semua klien

menunjukkan adanya gangguan dalam menjalankan rutinitas sekolah ataupun bekerja, kecuali pada 1 klien yang menunjukkan hal yang positif. Ketika berolahraga pun, 19 klien menyatakan bahwa mereka tidak dapat melakukan apa yang dapat dilakukan sebelum terpasang *external fixator*. Penelitian tersebut juga mengemukakan bahwa kebanyakan orang tua melaporkan bahwa anak mereka mengalami kesulitan berjalan setelah *external fixator* dilepas walaupun tidak cukup signifikan.

Keluhan fisik yang paling umum dirasakan klien adalah nyeri ataupun infeksi pada tempat penusukan pin (Patterson, 2006). Infeksi merupakan komplikasi yang paling sering terjadi dan paling ditakuti pada pemasangan *external fixator* (W-Dahl, Larsen, & Lindstrand, 2004). Infeksi tempat penusukan pin akan menyebabkan keluhan nyeri, memperlambat mobilisasi dan menimbulkan komplikasi lebih lanjut, misalnya Osteomyelitis, non-union, kehilangan *alignment* tulang dan infeksi sistemik (Temple & Santy, 2004 dalam Walker, 2007).

Sim dan Saleh (2000) melakukan penelitian dengan desain *prospective consecutive case series* pada 248 orang, usia rata-rata 38 tahun dengan rata-rata pemasangan *external fixator* selama 282 hari. Perawatan luka area penusukan pin memakai protokol Sheffield yang dimulai pada 48 jam post operatif. Area luka dibersihkan dengan menggunakan cairan *normal saline* atau dengan menggunakan air dingin ataupun air yang telah dididihkan. Jika terdapat eksudat maka dibersihkan dengan menggunakan *orthopaedic gauze*. Klien diperbolehkan untuk melakukan perawatan luka sendiri dan diizinkan untuk mandi pada hari ke-5 post operatif. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa 72% klien mendapatkan infeksi *grade II* (dengan menggunakan *Saleh and Scott classification system*). Sebanyak 84% klien yang terkena infeksi, diduga tidak mempunyai risiko terjadinya infeksi yang lebih parah dan 16% luka membutuhkan pemakaian antibiotik jangka panjang. Penelitian tersebut juga mengungkapkan bahwa *external fixator* yang terpasang di femur mempunyai

risiko infeksi yang paling besar, yaitu sekitar 86% dan jika terjadi di tibia sebesar 70%. Rata-rata risiko infeksi pada area ekstremitas bawah adalah 82%.

Dampak lain pada klien yang terpasang *external fixator* adalah dampak psikologis. Patterson (2006) menyebutkan bahwa depresi dan kecemasan merupakan reaksi yang paling umum terjadi yang kadangkala menimbulkan keinginan untuk melakukan bunuh diri ataupun menunjukkan perilaku yang destruktif pada diri sendiri. Beberapa klien mempunyai coping yang baik terhadap pemasangan, namun tak sedikit pula yang mengalami stress, mengurung diri dan menolak untuk keluar dari rumah mereka (Limb, 2003, 2004a).

Penelitian dengan menggunakan pendekatan *mixed method* dengan desain *prospective longitudinal* pada 15 remaja berusia 11-17 tahun yang dilakukan Martin, Farrell, Lambrenos, dan Nayagam (2003) menemukan bahwa 5 remaja mengalami depresi sebelum operasi dan 4 remaja mengalami depresi pada 7 hari setelah operasi pemasangan *external fixator*. Penelitian serupa yang dilakukan Yildiz, Uzun, Sinici, Atesalp, Ozsahin dan Basbozkurt (2005) pada 40 klien yang terpasang *external fixator* menunjukkan bahwa 25% klien menunjukkan gejala ansietas.

Alat ini juga dapat menyebabkan gangguan *body image* sehingga klien akan selalu menutupi *external fixator* yang terpasang ataupun menolak untuk melakukan kontak sosial. Limb (2004b) menyebutkan bahwa klien rentan terhadap munculnya gangguan *body image* karena penempatan *external fixator* yang dapat dilihat oleh klien ataupun orang lain ataupun karena *external fixator* berada di tempat yang tidak biasa. Santy (2000) menambahkan bahwa klien yang mempunyai gangguan *body image* dan harga diri akibat pemasangan *external fixator* seringkali menanyakan bagaimana penampilan mereka dan apa reaksi orang lain terhadap mereka serta mengalami gangguan psikologis yang berat juga, misalnya *anorexia nervosa*.

Buyukyilmaz, Sendir, dan Salmond (2009) pernah melakukan penelitian kuantitatif deskriptif di Rumah Sakit Turki dengan jumlah sampel 50 orang yang terpasang *external fixator*. Penelitian tersebut menyimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara gangguan *body image* dan harga diri (*self-esteem*) dengan pemasangan *external fixator*. Hasil penelitian ini bertolak belakang jika dibandingkan dengan studi literatur sebelumnya ataupun fenomena yang umumnya terjadi. Penelitian ini merekomendasikan untuk dilakukan penelitian dengan cara mengkaji klien secara individual.

Haines (2008) dalam testimoninya menyebutkan bahwa ia sangat tidak menyukai *external fixator* yang terpasang di kakinya karena kecelakaan lalu lintas pada tahun 1999. Ia mengungkapkan bahwa ia sering membenturkan *external fixator*-nya ke dinding, tangga, kursi, meja dan benda lainnya. Ia merasa bahwa ia merasa sangat sial, bosan, kesal, depresi, marah sekaligus juga takut terhadap *external fixator*-nya. Bahkan Koelewyn (2008, hal. 1) dalam testimoninya juga mengungkapkan bahwa ia menjadi sangat benci dengan RS ataupun benci melakukan aktivitas ke luar rumah.

Penelitian lainnya yang serupa dilakukan oleh Patterson (2006) dengan menggunakan metode *research review*. Patterson mengumpulkan publikasi riset dari tahun 1990 sampai dengan 2003 yang terkait dengan klien yang terpasang *external fixator*. Penelitian tersebut merekomendasikan untuk melakukan penelitian lebih lanjut dengan menggunakan pertanyaan-pertanyaan yang langsung ditanyakan kepada klien yang terpasang *external fixator*.

Aspek sosial juga akan dialami klien dengan pemasangan *external fixator*. Ramaker, Lagro, Roermund, dan Sinnema (2000) menyebutkan bahwa orang dengan pemasangan *external fixator* biasanya akan menerima tatapan tidak suka ataupun reaksi yang negatif dari masyarakat pada umumnya ataupun dari teman-teman mereka. Penelitian tersebut juga mengungkapkan bahwa 13 dari 26 klien menyatakan bahwa mereka tetap melakukan kontak dengan teman-temannya, 8 orang menghabiskan waktu yang sama dengan waktu sebelum pemasangan

external fixator, sedangkan 5 orang lainnya hanya sedikit sekali melakukan kontak dengan teman-temannya. Namun demikian, kontak sosial ataupun hubungan klien dengan teman lawan jenis akan meningkat setelah *external fixator* dilepas (Lavini, 1990 dalam Patterson, 2006).

Selain dampak sosial antara klien dengan teman-temannya, klien juga akan menampakkan ketidakpatuhan terhadap aturan-aturan Rumah Sakit dan membuat konfrontasi dengan perawat (Hrutkay & Eilert, 1990 dalam Patterson, 2006). Orang tua klien menyebutkan bahwa apa yang dilakukan klien dikarenakan stress dengan regimen pengobatan.

Keempat aspek di atas membutuhkan waktu untuk diadaptasi dengan baik oleh klien. Adaptasi fisiologis biasanya akan tercapai pada bulan pertama setelah pemasangan *external fixator* (Martin, Farrell, Lambrenos, & Nayagam, 2003). Peran teman, keluarga dan perawat sangat penting untuk memberikan dukungan mental kepada klien (Martin, Farrell, Lambrenos, & Nayagam, 2003).

Perawat berperan dalam memberikan asuhan keperawatan sejak sebelum operasi pemasangan *external fixator* sampai klien pulang ke rumah. Martin, Farrell, Lambrenos, & Nayagam (2003) merekomendasikan agar perawat mempersiapkan intervensi-intervensi keperawatan yang berkaitan dengan *problem solving*, koping dan bagaimana melakukan *self-management* sebelum operasi pemasangan *external fixator*. Perawat juga harus mengetahui mekanisme injuri, tipe dan jenis tulang, manifestasi klinis yang ditampilkan klien sehingga perawat akan lebih percaya diri ketika memberikan asuhan keperawatan (Bateman, 2009). Whiteing (2008) menambahkan bahwa pengetahuan perawat terhadap tahapan penyembuhan tulang dan penatalaksanaan fraktur, termasuk fraktur dengan pemasangan *external fixator*, merupakan suatu keharusan untuk meyakinkan bahwa klien mendapatkan perawatan yang holistik untuk mendukung penyembuhan fraktur sehingga klien dapat segera pulang dari RS. Jika tanpa penyulit, maka klien biasanya akan dilakukan perawatan selama 8 hari (Hedin, Borgquist, & Larsson, 2004).

Adapun asuhan keperawatan yang diberikan mulai dari pengkajian keperawatan, perumusan diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan. Pengkajian yang dilakukan meliputi pengkajian riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik dan pengkajian psikologis (LeMone & Burke, 2008). Pengkajian riwayat kesehatan merupakan data dasar keperawatan yang meliputi usia, riwayat injuri, adanya penyakit kronik dan medikasi yang diterima.

LeMone dan Burke (2008) menyebutkan bahwa pemeriksaan fisik perlu dilakukan pada klien fraktur dengan pemasangan *external fixator* yang meliputi 5P pengkajian neurovaskular, yaitu *pain* (nyeri), *pulses* (nadi), *pallor* (warna), *paralysis / paresis*, dan *paresthesia* (perubahan sensasi). Menurut Roberts (2009), tujuan dari pengkajian neurovaskuler adalah mendeteksi adanya kerusakan neurovaskuler, mencegah komplikasi lanjut (misalnya sindrom kompartemen), mencegah kerusakan neurovaskuler yang bersifat permanen, mencegah kerusakan syaraf dan pembuluh darah serta mencegah kontraktur, paralisis, kehilangan sensasi ataupun amputasi. Perawat juga perlu melakukan pengkajian luka di sekitar area pemasangan pin pada klien yang terpasang *external fixator*, termasuk mengenali tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, nyeri, rasa panas dan adanya purulen (Santy, Vincent, & Duffield, 2009).

Pengkajian psikologis juga perlu dilakukan karena pada umumnya klien akan dilakukan perawatan di RS dalam waktu beberapa minggu sampai klien benar-benar siap untuk pulang. Hal ini akan mempengaruhi gaya hidup dan juga akan menimbulkan stress psikologis (Evans, 2010). Pengkajian psikologis dilakukan sehingga klien akan menceritakan tentang pengalaman stress-nya dan gambaran *body image* sehingga diharapkan klien mempunyai coping yang adaptif.

Setelah pengkajian, perawat menegakkan diagnosa keperawatan terkait dengan masalah yang dihadapi klien dan selanjutnya dibuat perencanaan serta implementasi dengan tujuan utama mencakup upaya pencapaian perbaikan kondisi fraktur. Intervensi diharapkan mampu memotivasi klien untuk patuh pada program pengobatan dan perawatan sehingga tercapai perbaikan fungsi

fungsional, fisik, psikologis dan sosial. Evaluasi diharapkan klien mematuhi anjuran pendidikan kesehatan, aktifitas fisik dan pemakaian obat sesuai anjuran (LeMone & Burke, 2008).

Pemberian asuhan keperawatan merupakan wujud *caring* seorang perawat kepada kliennya. Watters (2009) menyatakan bahwa *caring* seorang perawat merupakan perekat antara klien dengan perawat tersebut. Manthey (2008) menyebutkan bahwa *caring* merupakan *invisible power of nursing* karena *caring* seorang perawat mempunyai efek positif untuk klien yang tidak dapat diukur dan tidak pernah pula dibahas dalam sistem kesehatan. Terlebih bagi seorang perawat ortopedi, *caring* merupakan bagian yang harus terintegral dalam dirinya. Hal ini disebabkan klien-klien ortopedi pada umumnya akan berada di RS dalam jangka waktu yang lama, menghadapi trauma yang mengancam kehidupan dan mengalami perubahan gaya hidup.

Salah satu RS di Indonesia yang menangani klien dengan masalah fraktur yang terpasang *external fixator* adalah RSUP Fatmawati Jakarta. RS ini menjadi rujukan nasional dan ditetapkan sebagai *Center of Excellence*, khususnya bidang Ortopedi dan Rehabilitasi Medik (RSUP Fatmawati, 2009, hal. 1). Berdasarkan data rekam medik, angka kejadian fraktur ekstremitas bawah di RSUP Fatmawati Jakarta pada periode Januari – Juni 2011 terdapat 123 kasus dengan 10% diantaranya mengalami tindakan operatif dengan pemasangan *external fixator*. Jika berdasarkan lokasi fraktur ekstremitas bawah, didapatkan 44 kasus (36%) fraktur femur, 35 kasus (29%) fraktur tibia, 4 kasus (3%) fraktur fibula, 3 kasus (2%) fraktur multiple dan 37 kasus (30%) bagian ekstremitas bawah lainnya. Pada umumnya Fraktur ekstremitas bawah tersebut dialami oleh klien dewasa laki-laki (69%) dengan usia antara 25-44 tahun. Berdasarkan hasil wawancara dengan perawat ruang Ortopedi RSUP Fatmawati, klien dengan pemasangan *external fixator* tanpa faktor penyulit akan dilakukan perawatan selama kurang lebih 1-2 minggu.

Penelitian kualitatif dengan metodologi fenomenologi deskriptif tentang pengalaman klien yang terpasang *external fixator* masih sangat terbatas, terlebih lagi di Indonesia dan khususnya bagi RSUP Fatmawati Jakarta. Penelitian kualitatif adalah penelitian yang berfokus pada proses memahami hidup seseorang yang kompleks dan kemudian membangunnya ke dalam gambaran yang lengkap dari suatu fenomena (Macnee, 2004). Sedangkan yang dimaksud dengan fenomenologi deskriptif adalah salah satu metode dalam penelitian kualitatif yang digunakan untuk mengeksplorasi suatu fenomena melalui interaksi antara peneliti dan partisipan dalam penelitian tersebut (Wojnar & Swanson, 2007). Berdasarkan fenomena dan rekomendasi penelitian-penelitian di atas, penulis tertarik mengadakan penelitian kualitatif studi fenomenologi tentang pengalaman klien yang mengalami fraktur ekstremitas bawah dengan pemasangan *external fixator* di RSUP Fatmawati Jakarta.

1.2 Perumusan Masalah

Pemasangan *external fixator* pada klien yang mengalami fraktur memberikan dampak terhadap fungsional, fisik, psikologis dan sosial klien. Hal tersebut terungkap dalam beberapa penelitian terdahulu dan fenomena yang didapat penulis dari situs resmi komunitas klien fraktur ekstremitas bawah yang terpasang *external fixator*.

Perawat berperan dalam memberikan asuhan keperawatan. Terlebih lagi perawat sebagai pemberi layanan kesehatan yang paling lama kontak dengan pasien dengan peran uniknya sebagai petugas yang memberi pemenuhan kebutuhan hidup dasar manusia meliputi bio-psiko-sosio-spiritual, diharapkan mampu memahami pengalaman klien fraktur ekstremitas bawah dengan pemasangan *external fixator*.

Penelitian terdahulu memberikan rekomendasi dimana perlu dilakukannya penelitian dengan cara mengkaji klien secara individual dengan menggunakan pertanyaan-pertanyaan yang langsung ditanyakan kepada klien yang terpasang *external fixator*, salah satunya untuk lebih menggali bagaimana klien dapat

beradaptasi dengan aktivitas sehari-harinya (Buyukyilmaz, Sendir, & Salmond, 2009; Santy, Vincent, & Duffield, 2009; Patterson, 2006). Pengalaman klien yang mengalami fraktur ekstremitas bawah dengan pemasangan *external fixator* perlu digali agar dapat teridentifikasi permasalahan-permasalahan yang umumnya terjadi sehingga diharapkan dapat menjadi perhatian perawat (khususnya perawat ortopedi dalam memberikan asuhan keperawatan) ataupun keluarga dan *support system* lainnya dalam memberikan dukungan kepada klien. Berdasarkan hal tersebut, maka penulis tertarik untuk mengadakan penelitian kualitatif dengan metodologi fenomenologi deskriptif dengan rumusan masalah “Bagaimana pengalaman klien yang mengalami fraktur ekstremitas bawah dengan pemasangan *external fixator* di RSUP Fatmawati Jakarta“.

1.3 Tujuan penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengeksplorasi pengalaman klien yang mengalami fraktur ekstremitas bawah dengan pemasangan *external fixator* di RSUP Fatmawati Jakarta.

1.3.2 Tujuan khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah untuk memperoleh gambaran tentang :

- a. Respon klien yang mengalami fraktur ekstremitas bawah dengan pemasangan *external fixator* di RSUP Fatmawati Jakarta.
- b. Dampak pemasangan yang dirasakan klien yang mengalami fraktur ekstremitas bawah dengan pemasangan *external fixator* di RSUP Fatmawati Jakarta.
- c. Dukungan yang diterima klien yang mengalami fraktur ekstremitas bawah dengan pemasangan *external fixator* di RSUP fatmawati Jakarta.
- d. Pelayanan keperawatan yang telah diterima klien yang mengalami fraktur ekstremitas bawah dengan pemasangan *external fixator* di RSUP fatmawati Jakarta.

- e. Harapan klien yang mengalami fraktur ekstremitas bawah dengan pemasangan *external fixator* dalam hal pemberian pelayanan keperawatan di RSUP fatmawati Jakarta

1.4 Manfaat Penelitian

Manfaat yang diharapkan dari penelitian ini adalah :

1.4.1 Manfaat aplikatif

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan dan bahan pertimbangan bagi perawat ketika memberikan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami fraktur ekstremitas bawah dengan *external fixator* pada saat klien masih dilakukan perawatan di RS ataupun sebelum pulang sehingga perawat dapat meningkatkan kesiapan klien dan keluarganya hidup dengan *external fixator*. Hasil penelitian ini juga dapat menjadi dasar untuk pembuatan SOP yang baku untuk klien yang akan atau sedang terpasang *external fixator*. Hasil penelitian ini juga diharapkan dapat dipakai sebagai bahan masukan dalam merencanakan dan melaksanakan *home-care* sehingga klien dengan *external fixator* memperoleh perawatan sesuai dengan apa yang dibutuhkan oleh klien.

1.4.2 Manfaat keilmuan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan *evidence based practice* dalam praktek keperawatan medikal bedah dan sebagai bahan pembelajaran dalam pendidikan tentang perawatan pada klien yang mengalami fraktur ekstremitas bawah dengan *external fixator*. Dengan demikian mahasiswa keperawatan dapat belajar sesuai dengan kondisi yang nyata.

1.4.3 Manfaat penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi rujukan bagi penelitian berikutnya terkait dengan perawatan pada klien yang mengalami fraktur ekstremitas bawah dengan *external fixator*.

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini menguraikan tentang tinjauan pustaka yang disertai dengan beberapa hasil penelitian terkait, yaitu tinjauan pustaka tentang fraktur, *external fixation* dan studi fenomenologi.

2.1 Fraktur

2.1.1 Definisi dan Dampak Fraktur

Menurut Altizer (2002), fraktur adalah rusaknya struktur ataupun adanya gangguan pada kontinuitas tulang, epifisis ataupun kartilago sendi. Fraktur dapat menyebabkan tulang menjadi dua bagian atau lebih (Watson, 2002). Fraktur terjadi ketika tekanan yang diterima tulang melebihi apa yang dapat diabsorpsi oleh tulang tersebut (Roberts, 2009). Ketika terjadi fraktur, energi yang menyebabkan fraktur ataupun dislokasi fragmen tulang juga akan menyebabkan jaringan lunak di sekitarnya menjadi rusak.

Fraktur akan menimbulkan dampak yang sangat besar. Rasjad (2007) menyebutkan bahwa 50% kejadian fraktur di USA membutuhkan tindakan medis dan 12% membutuhkan perawatan di Rumah Sakit. Rasjad juga mengemukakan bahwa 300 ribu orang (1%) diantaranya akan mendapatkan cacat yang menetap dan 8,7 juta orang (30%) akan mendapatkan cacat sementara dan menyebabkan kematian sebanyak 145 ribu (0,5%) per tahunnya.

2.1.2 Etiologi Fraktur

Fraktur dapat terjadi akibat tekanan secara langsung, tabrakan, gerakan memutar ataupun akibat kontraksi otot yang ekstrim (Smeltzer & Bare, 2004). Roberts (2009) menambahkan bahwa fraktur juga dapat disebabkan kondisi biologis seperti osteopenia (misalnya pada klien dengan *Cushing syndrome* ataupun klien dengan pemakaian steroid) atau *osteogenesis imperfect* (misalnya penyakit kongenital akibat tidak efektifnya produksi kolagen oleh osteoblast). Neoplasma

juga dapat menyebabkan kerusakan tulang yang juga berkontribusi terhadap terjadinya fraktur. Sedangkan pada orang tua, wanita lebih sering mengalami fraktur daripada laki-laki yang berhubungan dengan meningkatnya insidensi osteoporosis yang terkait dengan perubahan hormon pada menopause ataupun karena disebabkan kekurangan protein sehingga menurunkan massa tulang. Pada orang yang sehat, biasanya fraktur disebabkan karena aktifitas rekreasi ataupun pekerjaan (misalkan olahraga *skateboarding* ataupun panjat tebing).

Fraktur akan menyebabkan semua struktur yang berhubungan dengan tulang yang mengalami fraktur menjadi terganggu yang menghasilkan edema jaringan lunak, perdarahan menuju otot dan sendi, dislokasi sendi, ruptur tendon, kerusakan syaraf yang berat dan kerusakan pembuluh darah. Bagian tubuh pun dapat terjadi injuri akibat tekanan yang disebabkan rusaknya fragmen tulang (Smeltzer & Bare, 2004). Fraktur juga akan mempengaruhi kebutuhan dasar manusia yang berkaitan dengan mobilitas dan sensasi (Evans, 2010).

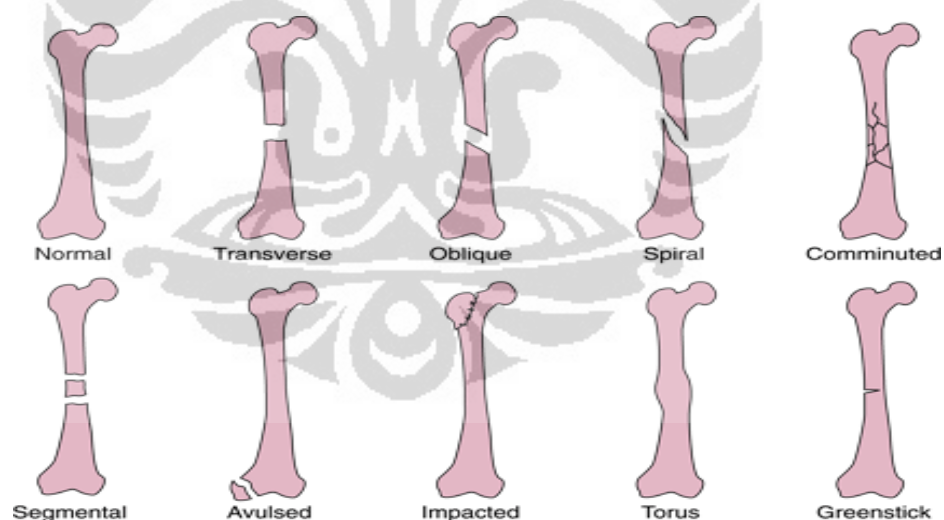
2.1.3 Tipe dan Jenis Fraktur

Tipe fraktur secara spesifik disebutkan dalam Smeltzer, Bare, dan Hinkle (2008) dan Kunkler (2002) yang tampak pada gambar 2.1, yaitu :

- a. *Transverse*, terjadi jika terjadi patahan tulang secara horizontal. Biasa terjadi jika menerima mekanisme energi yang sedang sampai besar secara terus-menerus melebihi toleransi jaringan tulang.
- b. *Oblique fracture*, adalah fraktur yang membentuk sudut melewati korteks tulang. Biasa terjadi jika tulang menerima energi secara langsung atau tidak langsung dengan angulasi ataupun tekanan tertentu.
- c. *Spiral fracture*, adalah fraktur yang membentuk kurva mengelilingi korteks tulang sehingga terjadi dislokasi. Biasa terjadi jika tulang menerima energi langsung ataupun tidak langsung dengan gerakan memutar.
- d. *Comminuted fracture*, adalah fraktur dengan lebih dari dua bagian karena adanya trauma jaringan lunak.

- e. *Segmental fracture*, adalah fraktur dengan dua atau lebih segmen tulang. Ia dapat disebabkan karena tulang menerima energi langsung ataupun tidak langsung yang sedang sampai dengan berat.
- f. *Avulsi fracture*, terjadi ketika tulang dan jaringan lunak lainnya tidak berada di tempat yang semestinya akibat kekuatan energi yang secara langsung diterima oleh tulang.
- g. *Impacted fracture*, adalah fraktur pada ujung tulang menuju bagian yang berseberangan atau bagian dalam dari fragmen tulang. Penyebabnya adalah tekanan aksial dari energi langsung pada area fragmen tulang bagian distal.
- h. *Torus fracture*, adalah fraktur pada salah satu korteks atau shaft tulang, misalnya pada bagian radius ulna.
- i. *Greenstick fracture*, terjadi jika hanya pada satu korteks tulang akibat energi yang kecil, baik langsung atau tidak langsung.

Gambar 2.1 : Tipe dan jenis fraktur



Sumber gambar : Spiral fracture (2010). *Spiral fracture*. Diunduh pada tanggal 25 April 2011 di <http://orthopedics.ygoy.com/spiral-fracture-%E2%80%93-what-is-a-spiral-fracture/>

Berdasarkan jenis patahan tulang, fraktur diklasifikasikan atas fraktur komplrit dan fraktur inkomplit (Evans, 2010). Fraktur komplrit terjadi jika patahnya tulang menjadi 2 bagian atau lebih dan jika patahnya tulang tidak sampai membagi tulang menjadi 2 bagian atau lebih maka disebut dengan fraktur inkomplit

(misalnya *green-stick fracture*). Jika dilihat dari ada tidaknya hubungan luka fraktur dengan lingkungan luar melalui kulit maka terbagi atas fraktur tertutup (*simple fracture*) dan terbuka (*compound fracture*).

Fraktur terbuka dapat diklasifikasikan lebih rinci lagi dalam pembagian stadium. Stadium 1 terjadi bila injuri dan kerusakan kulit sangat minimal, stadium 2 jika terjadi kerusakan kulit yang disertai kerusakan otot dan stadium yang paling parah kerusakannya adalah stadium 3 dimana terjadi kerusakan kulit, otot, jaringan syaraf dan pembuluh darah (Evans, 2010). Stadium ini hampir mirip dengan klasifikasi *Gustilo-Anderson* yang tampak pada tabel 2.1 (Kunkler, 2002).

Tabel 2.1 : Klasifikasi *Gustilo-Anderson* pada fraktur terbuka

TIPE	DESKRIPSI
Tipe I	Bila terdapat luka kurang dari 1 cm dengan kerusakan jaringan lunak yang minimal, tidak ada tanda-tanda tumbukan dan biasanya terjadi pada fraktur <i>simple transverse</i> atau oblik.
Tipe II	Terdapat luka lebih besar dari 1 cm, terdapat tanda-tanda tumbukan ringan sampai sedang, tidak ada kerusakan jaringan yang luas, flap atau avulsi.
Tipe III	Terdapat kerusakan yang hebat dari jaringan lunak termasuk otot, kulit, dan struktur neurovaskuler dengan kontaminasi yang hebat. Tipe ini di bagi menjadi tiga subtipe.
Tipe IIIa	Terdapat kerusakan jaringan lunak yang hebat dengan laserasi yang luas, flap dan energy trauma yang tinggi. Tipe ini biasa terjadi pada fraktur <i>comminuted</i> atau <i>segmental</i> akibat energi yang besar.
Tipe IIIb	Terjadi pada fraktur terbuka dengan injuri yang luas atau kehilangan jaringan lunak, terkelupasnya periosteum dan keadaan tulang yang dapat terlihat / terekspose. Tipe ini juga terjadi kontaminasi yang masif akibat tumbukan yang berat.
Tipe IIIc	Fraktur terbuka dengan injuri arteri sehingga harus segera diperbaiki. Tipe ini juga kehilangan jaringan lunak yang sangat luas. Pada umumnya jika terjadi kerusakan arteri diproyeksikan akan dilakukannya amputasi dengan kemungkinan 25%-90%.

Sumber : Russel, T. & Palmieri, A. (1995) dalam Kunkler. (2002). *Orthopaedic Nursing*. 3rd ed. Philadelphia : WB Saunders Company

Klasifikasi fraktur tertutup dapat menggunakan klasifikasi Tscherne yang terbagi atas 2 tipe (Koval & Zuckerman, 2006). Tipe I terjadi jika injuri hanya mengakibatkan kerusakan jaringan lunak yang tidak berarti, biasanya terjadi

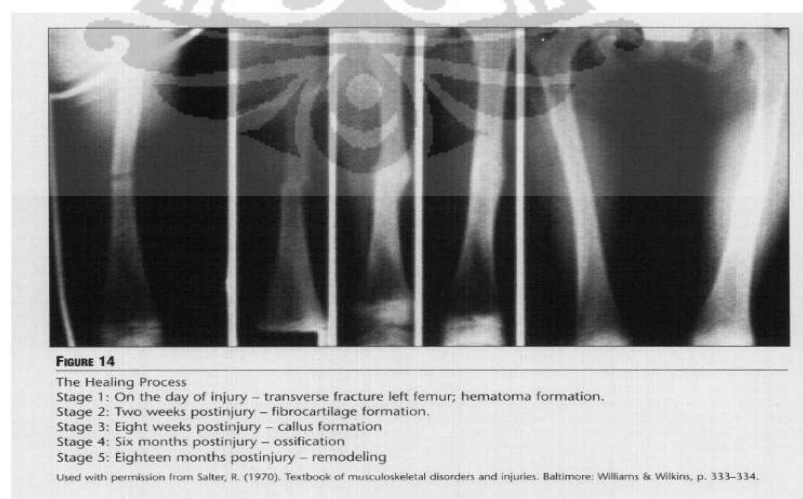
akibat mekanisme energi yang tidak langsung. Sedangkan yang termasuk kategori tipe II jika terjadi abrasi superfisial dan kerusakan jaringan lunak yang ringan yang diakibatkan karena mekanisme energi yang kecil sampai sedang.

2.1.4 Tahapan Penyembuhan Tulang

Perawat diharapkan dapat mengerti tentang tahapan penyembuhan tulang sehingga dapat memberikan informasi kepada klien tentang waktu penyembuhan yang dibutuhkan secara normal (Bateman, 2009). Biasanya klien akan dilakukan imobilisasi pada area fraktur 6-12 minggu sampai tulang menjadi lebih kuat dan terjadi penyambungan tulang. Klien juga dapat diberikan informasi bahwa jika terjadi fraktur pada ekstremitas bawah umumnya waktu penyembuhan luka akan menjadi lebih lama, sekitar 12 bulan, bahkan diperlukan juga waktu tahunan untuk membuat sambungan tulang menjadi benar-benar kembali seperti semula.

Menurut Roberts (2009) dan Altizer (2002), tahapan penyembuhan tulang terbagi atas 5 fase. Fase tersebut adalah fase hematoma, pembentukan kartilago, pembentukan kalus, osifikasi dan konsolidasi-remodeling. Tahapan tersebut dapat dilihat pada tabel 2.2 dan gambar 2.2.

Gambar 2.2 : Gambaran tahapan penyembuhan tulang



Sumber : Altizer, L. (2002). Fractures. *Orthopaedic Nursing*. 21 (6), 51- 60

Tabel 2.2 : Tahapan penyembuhan tulang

Tahapan	Deskripsi
Hematoma / inflamasi	Fase ini terjadi 1-3 hari setelah injuri. Jumlah kerusakan tulang dan jaringan sekitarnya menentukan ukuran hematoma itu sendiri. Darah akan membentuk bekuan diantara fragmen tulang yang terkena fraktur. Dilatasi pembuluh darah terjadi sebagai respon akumulasi kematian sel, debris pada area fraktur dan terjadinya eksudasi dari plasma yang kaya akan fibrin akan menstimulus migrasi sel-sel fagosit ke area injuri. Jika suplai vaskular tidak adekuat maka tahapan inflamasi ini akan mengalami gangguan.
Pembentukan kartilago	Fase ini terjadi dalam waktu 3 hari sampai 2 minggu. Fibroblas, osteoblas dan kondroblas akan bermigrasi ke area fraktur menghasilkan inflamasi akut dan pembentukan fibrokartilago. Aktivitas osteoblas distimulasi trauma peristeum dan pembentukan tulang akan terjadi dengan cepatnya. Periosteum akan elevasi dari tulang dan beberapa hari kombinasi dari elevasi periosteum dan jaringan granulasi akan membentuk kalus di sekitar fragmen fraktur.
Pembentukan kalus	Fase ini terjadi 2-6 minggu. Jaringan granulasi akan menjadi lebih matur menjadi pro-kalus. Pro-kalus ini besar dan membentuk jalinan yang diameternya lebih besar daripada diameter tulang yang mengalami fraktur. Pro-kalus ini akan melindungi fragmen tulang namun belum cukup kuat. <i>Alignment</i> tulang pada fase ini sangat penting dalam proses penyembuhan tulang. Jika fase ini berjalan lambat ataupun ada gangguan maka dapat terjadi union atau non-union.
Osifikasi	Fase ini terjadi 3-6 minggu. Kalus tulang yang permanen akan melewati <i>fracture gap</i> diantara periosteum dan korteks untuk menyambung antar fragmen. Pembentukan kalus medulla terjadi secara internal untuk mendukung pembentukan kontinuitas tulang diantara kavitas sumsum tulang. Tulang trabekular secara bertahap akan menggantikan kalus. Pembentukan tulang ini dapat dikonfirmasi dengan pemeriksaan radiologis x-ray.
Konsolidasi-remodeling	Fase ini terjadi 6 minggu sampai dengan 1 tahun. Hukum Wolff menyebutkan bahwa perubahan bentuk atau fungsi tulang akan diikuti pula bentuk eksternalnya yang disebut dengan <i>remodeling</i> .

Sumber : Roberts, T. (2009). Management of clients with musculoskeletal trauma or overuse. Dalam Black, J.M., & Hawks, J.H. (3rd ed). *Medical surgical nursing : Clinical management for positive outcomes* (507-543). Philadelphia : WB Saunders Company dan Altizer, L. (2002). Fractures. *Orthopaedic Nursing*. 21 (6), 51- 60

LeMone dan Burke (2008) menambahkan bahwa tingkat keparahan dan lama penyembuhan fraktur akan sangat bervariasi. Smeltzer dan Bare (2004)

menyatakan bahwa lama penyembuhan akan sangat tergantung pada lokasi dan tipe fraktur (lihat tabel 2.3).

Tabel 2.3 : Lokasi fraktur dan lama penyembuhan

LOKASI FRAKTUR	LAMA PENYEMBUHAN
Pelvis	6 minggu
Femur :	
• Intrakapsuler	24 minggu
• Intratrokanter	10 – 12 minggu
• Batang	18 minggu
• Suprakondiler	12 – 15 minggu
Tibia :	
• Proksimal	8 – 10 minggu
• Batang	14 – 20 minggu
• Maleoleus	6 minggu
Kalkaneus	12 – 16 minggu
Metatarsal	6 minggu
Phalang	3 minggu
	4

Sumber : Smeltzer & Bare. (2004). *Textbook of Medical Surgical Nursing*. 10ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins

Banyak faktor yang dapat mendukung ataupun memperlambat proses penyembuhan tulang seperti yang diungkapkan Smeltzer dan Bare (2004). Adapun faktor yang dapat mempengaruhi mempercepat proses penyembuhan tulang adalah imobilisasi fragmen tulang, adanya kontak yang optimal dengan fragmen tulang, suplai darah yang cukup, nutrisi adekuat, latihan / *exercise*, dan faktor hormon (hormon pertumbuhan, tiroid, kalsitonin, vitamin D, steroid anabolik).

Adapun faktor yang dapat memperlambat proses penyembuhan tulang adalah adanya trauma lokal, hilangnya tulang (*bone loss*), imobilisasi yang tidak adekuat, infeksi, adanya tumor maligna, penyakit metabolik tulang (misalnya penyakit Paget's), tulang yang terkena radiasi dan menjadi nekrosis, *avascular necrosis*, fraktur intra-artikular (misalnya bercampurnya cairan synovial dengan fibrolisin yang akan mengakibatkan bekuan darah / *clotting*), usia (pada usia yang lebih tua maka perbaikan luka akan menjadi lebih lama dibandingkan usia muda) dan pemakaian obat kortikosteroid karena akan menghambat proses

perbaikan luka. Bateman (2009) juga menyebutkan bahwa merokok termasuk salah satu kebiasaan buruk yang dapat menghambat proses penyembuhan tulang.

2.1.5 Manifestasi Klinis Fraktur

Manifestasi klinis fraktur bervariasi, tergantung dari lokasi, tipe, jumlah segmen tulang yang mengalami dislokasi dan derajat kerusakan dari struktur jaringan lunak. Ia juga dipengaruhi oleh kepribadian dan persepsi klien terhadap injuri serta norma-norma sosial yang dianut (Watson, 2002). Manifestasi umum yang biasanya akan dialami klien seperti terlihat pada tabel 2.4.

Tabel 2.4 : Manifestasi klinis klien yang mengalami fraktur

Manifestasi klinis	Penyebab
Nyeri hebat	Injuri, kerusakan fungsi syaraf, spasme otot, kerusakan jaringan
Deformitas atau pemendekan tungkai	Dislokasi fragmen tulang, spasme otot
Gangguan mobilisasi dan kehilangan fungsi	Kompresi syaraf oleh fragmen tulang, gangguan tulang
Sirkulasi darah kurang adekuat atau hilang	Kompresi pembuluh darah arteri oleh fragmen tulang
Bengkak	Perdarahan dan atau masuknya cairan ke dalam jaringan, setelah 2-5 hari biasanya akan terjadi perubahan warna (ekimosis)
Krepitasi	Pergerakan fragmen tulang

Sumber : Watson, J.E. (2002). *Clinical Nursing and Related Sciences*. 6ed. USA : Bailliere Tindall

LeMone dan Burke (2008) menyebutkan bahwa klien yang mengalami fraktur juga akan mengalami berkurang atau hilangnya sensasi akibat kerusakan syaraf, shock hipovolemik akibat kehilangan darah karena injuri, spasme otot karena kontraksi otot yang berdekatan dengan lokasi fraktur serta terjadinya ekimosis akibat ektravasasi darah ke dalam jaringan subkutaneus.

2.1.6 Pemeriksaan penunjang Fraktur

Radiografi x-ray merupakan metode yang paling umum untuk mengkaji fraktur. Roberts (2009) menyebutkan bahwa x-ray untuk menentukan lokasi fraktur harus memenuhi *Rule of Two*, yaitu memenuhi 2 gambaran : anteroposterior (AP) dan lateral, memuat 2 sendi : proksimal dan distal fraktur dan memuat 2 gambaran foto ekstremitas, baik yang cedera dan yang tidak cedera (khususnya pada anak-anak) dan dilakukan 2 kali (sebelum tindakan dan setelah tindakan). Jika terdapat fraktur maka akan terlihat adanya dislokasi atau subluksasi, edema jaringan yang lunak, udara diantara rongga tulang dan pada garis fraktur terdapat peningkatan *radiolucency*. Selain x-ray, dapat pula menggunakan *Computerized Tomography* (CT) untuk menentukan adanya fraktur. Keuntungan CT dibandingkan x-ray adalah dapat melihat struktur pembuluh darah dan adanya hematoma.

2.1.7 Penatalaksanaan Fraktur

Menurut Kunkler (2002), ada 2 alasan obyektif sehingga penatalaksanaan yang tepat untuk klien fraktur diperlukan, yaitu 1) mendukung proses penyembuhan tulang dan memperbaiki fungsinya, 2) mengembalikan klien pada ADL (*Activities of Daily Living*), pekerjaan dan gaya hidup sebelumnya dalam waktu sesingkat mungkin. Whiteing (2008) menyatakan bahwa terdapat 3 penatalaksanaan fraktur, yaitu :

- a. Reduksi adalah usaha untuk mengembalikan tulang pada posisi *alignment*-nya. Dokter dapat melakukan reduksi dengan cara manipulasi tertutup dan manipulasi terbuka. Manipulasi tertutup dilakukan dengan cara menarik fragmen tulang yang terkena fraktur dan manipulasi terbuka dengan cara melakukan insisi pada prosedur operatif.
- b. Imobilisasi dapat dicapai dengan cara memakai fiksasi internal dan eksternal. Fiksasi internal dengan cara operatif menggunakan *plate* dan *screw*, *intermedullary nails* dan *compression nails*. Sedangkan fiksasi eksternal dapat menggunakan metode konservatif (misalnya kain gendongan atau mitella, gips, traksi kulit ataupun traksi tulang) ataupun operatif (misalnya menggunakan frame *external fixator*). Mengenai *external fixator* akan lebih dijelaskan dalam sub-bab 4.2.

- c. Rehabilitasi adalah mengembalikan fungsi tulang kembali normal dan membantu klien untuk mempunyai koping yang adaptif berkaitan dengan *disability*-nya. Memutuskan kapan klien mulai melakukan fisioterapi sangatlah sulit. Rehabilitasi yang dilakukan terlalu awal akan menyebabkan malunion dari tulang itu sendiri dan jika terlalu lambat maka akan menyebabkan kelemahan otot sehingga tidak mampu menggerakkan tungkai yang terkena fraktur (Dandy & Edwards, 2003 dalam Whiteing, 2008). Perawat bertanggungjawab untuk mengetahui program rehabilitasi yang akan dilakukan pada kliennya.

2.1.8 Komplikasi Fraktur

Jika fraktur tidak segera diatasi maka akan terjadi komplikasi. Komplikasi tersebut terbagi atas 2 fase, yaitu fase awal dan fase lanjut (Smeltzer, Bare, & Hinkle, 2008). Fase awal meliputi shock, sindrom fat emboli, sindrom kompartemen, DVT (*Deep Venous Thrombosis*) dan emboli paru, sedangkan pada fase lanjut akan terjadi delayed union, malunion dan nonunion.

2.1.8.1 Shock

Shock hipovolemik terjadi akibat perdarahan (baik perdarahan yang terlihat ataupun yang tidak terlihat) dan menyebabkan hilangnya volume intravaskular menuju ruang interstisial dan kerusakan jaringan lunak (Smeltzer, Bare, & Hinkle, 2008). Hilangnya darah dalam jumlah yang besar, terutama pada klien dengan fraktur femur atau pelvis, sangat mungkin terjadi karena letaknya yang berdekatan dengan pembuluh darah yang berukuran besar. Terapi yang diberikan pada klien adalah menstabilkan kembali posisi tulang yang mengalami fraktur untuk mencegah perdarahan yang lebih hebat, memperbaiki volume darah dan sirkulasi, menurunkan nyeri klien, melindungi klien dari injuri berulang serta mencegah komplikasi.

2.1.8.2 Fat emboli

Sebenarnya komplikasi ini jarang terjadi namun dapat merupakan komplikasi yang serius (Whiteing, 2008). Sindrom fat emboli paling banyak terjadi pada

klien usia muda (antara usia 20-30 tahun) ataupun pada klien lansia yang mengalami fraktur femur bagian proksimal, misalnya fraktur pinggang / *hip fracture* (Smeltzer, Bare & Hinkle, 2008). Pada saat terjadinya fraktur, globulus lemak akan masuk dalam kompartemen pembuluh darah akibat tekanan sumsum tulang yang lebih besar daripada tekanan kapiler ataupun adanya peningkatan katekolamin akibat reaksi stress yang dialami klien (Porth, 2005). Globulus lemak juga dapat masuk ke dalam pembuluh-pembuluh darah kecil yang mensuplai paru-paru, otak, ginjal dan organ-organ lainnya. Onset gejala yang ditimbulkan sekitar 24-72 jam setelah injuri namun dapat pula terjadi sampai 1 minggu setelah injuri (Porth, 2005).

Klien akan menampilkan gejala seperti ansietas, takipnea, takikardia, nyeri dada, $PO_2 < 60$ mmHg, sianosis, penurunan tekanan darah, nafas yang pendek, peningkatan suhu, petekie di aksila, dada ataupun konjungtiva (Harvey, 2006). Sedangkan pada pemeriksaan x-ray tampak gambaran seperti kabut. Pada pemeriksaan urin didapatkan serum lipase dan lemak.

2.1.8.3 Sindrom kompartemen

Tubuh manusia mempunyai 46 kompartemen dimana 36 diantaranya berada pada ekstremitas. Sindrom kompartemen terjadi jika tekanan kompartemen lebih besar daripada nilai normal (Smeltzer, Bare & Hinkle, 2008). Hal ini diakibatkan karena akumulasi cairan ruang tertutup dan atau peningkatan tekanan eksternal dan penurunan perfusi yang akhirnya mengakibatkan nekrosis jaringan.

Manifestasi klinis khas yang akan ditampilkan klien adalah nyeri hebat seperti ditarik. Biasanya terjadi 6-8 jam setelah injuri, namun terkadang baru tampak setelah 2 hari (Altizer, 2004). Harvey (2006) menambahkan bahwa klien juga akan menampilkan manifestasi klinis rasa baal, kesemutan, edema, kulit yang pucat, CRT / *Capillary Refill Time* yang abnormal, tidak mampu melakukan dorsifleksi atau plantarfleksi, tidak adanya atau lemah pulsasi. Jika menggunakan alat pengukur tekanan kompartemen yang diberi nama *Stryker* maka akan didapat tekanan yang tinggi (nilai normal adalah kurang dari 10 mmHg).

2.1.8.4 DVT (*Deep Venous Thrombosis*)

Periode imobilisasi ataupun karena efek dari prosedur operatif, klien akan beresiko terjadi DVT, biasanya jika yang diimobilisasi adalah kaki (walaupun mungkin juga terjadi di tempat yang lain). Pada umumnya klien akan menerima injeksi heparin, antikoagulan oral dan pemakaian stoking (Pellino, Preston, Bell, Newton, & Hansen, 2002). Jika DVT tidak segera diatasi maka akan terjadi pembekuan darah dimana bekuan darah tersebut dapat menuju paru-paru sehingga terjadi komplikasi yang lebih fatal, misalnya emboli paru.

2.1.8.5 Emboli pulmonal

Harvey (2006) menyebutkan *trias Virchow* sebagai tanda dari emboli pulmonal, yaitu stasis vena, adanya bekuan darah dalam pembuluh darah pulmonal dan obstruksi sirkulasi pulmonal. Stasis vena terjadi karena adanya hiperkoagulasi dan hasil dari injuri endothelial yang mengakibatkan kondisi tromboemboli. Obstruksi pulmonal akan menyebabkan klien menjadi hipoksia karena adanya penurunan oksigenasi.

Emboli pulmonal ini terjadi 10-14 hari post injuri atau imobilisasi yang menghasilkan DVT. Klien akan menampakkan gejala ansietas, ketakutan, dispneu, takipnea, takikardi, nyeri dada *pleuritic*, *diaphoresis*, nafas pendek, PO₂ < 60 mmHg, penurunan tekanan darah, peningkatan temperature dan positifnya tanda Hofman. Umumnya pada pemeriksaan x-ray akan didapatkan hasil yang normal, PCO₂ normal atau menurun, EKG akan menampakkan sinus takikardi, scan paru akan menampakkan ventilasi yang normal dan gangguan perfusi. Pemeriksaan angiogram pulmonal akan menampakkan bekuan darah (Harvey, 2006).

2.1.8.6 Delayed union, malunion dan nonunion.

Smeltzer, Bare dan Hinkle (2008) menyebutkan bahwa *delayed union* terjadi jika proses penyembuhan tulang tidak terjadi pada rata-rata waktu yang dibutuhkan secara normal. Hal ini biasanya berhubungan dengan distraksi fragmen tulang,

infeksi lokal ataupun sistemik, nutrisi yang tidak adekuat ataupun penyakit (misalnya Diabetes Melitus ataupun penyakit autoimun).

Nonunion dihasilkan dari kegagalan fragmen-fragmen tulang untuk menyatu kembali sedangkan malunion terjadi jika tulang gagal untuk kembali ke posisi *alignment*. Naik nonunion dan malunion biasanya disebabkan karena infeksi pada lokasi fraktur, interposisi jaringan antar tulang, imobilisasi yang tidak adekuat, adanya manipulasi yang mengganggu pembentukan kalus, adanya ruang berlebih antara fragmen tulang (*bone gap*), keterbatasan tulang itu sendiri ataupun karena adanya gangguan aliran darah (Smeltzer, Bare, & Hinkle, 2008).

2.2 External Fixator

2.2.1 Definisi External Fixator

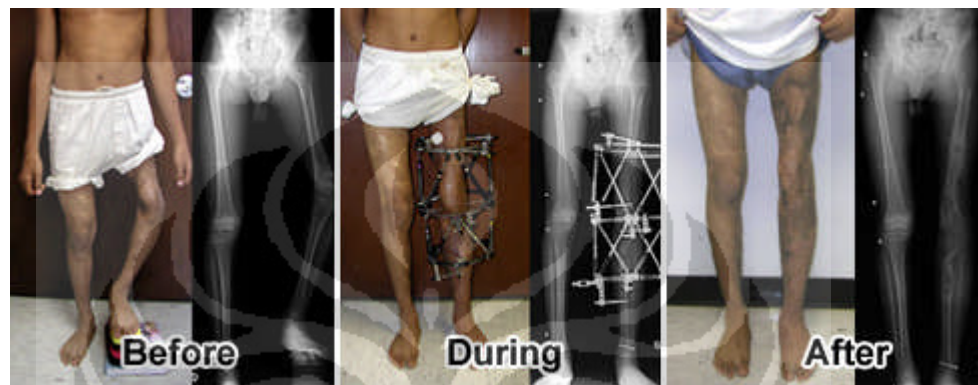
Ketika fraktur tidak dapat direduksi dengan menggunakan gips ataupun traksi maka metode operatif menjadi pilihan, salah satunya adalah dengan menggunakan *external fixator* (Whiteing, 2008). *External fixator* adalah suatu metode untuk mengimobilisasi fraktur (terutama fraktur yang kompleks) dengan cara memasukkan pin atau kawat secara perkutaneus dan menembus jaringan lunak serta tulang yang dihubungkan dengan *rigid external frame* (Addamo, 2002 ; Santy, Vincent, & Duffield, 2009). Walaupun metode ini masih dianggap baru, sebenarnya metode ini sudah dikenal sejak tahun 1800-1900-an (Paul, 2003 dalam Patterson, 2006).

Alat ini akan memperbaiki kondisi fraktur yang ada, diposisikan sesuai *alignment* tubuh dan diimobilisasi dengan bantuan pin-pin yang dimasukkan ke dalam tulang. Posisi pin akan di-*maintenance* dengan menggunakan frame yang terbuat dari besi. Pin-pin tersebut mempunyai ukuran panjang dan ketebalan yang bervariasi. Selain dapat memfasilitasi reposisi tulang yang terkena fraktur, dengan pemakaian alat ini memungkinkan klien merasa nyaman ketika melakukan mobilisasi dini dan melakukan latihan aktif sehingga akan meminimalisir komplikasi yang berkaitan dengan imobilisasi (Smeltzer, Bare, & Hinkle, 2008). Tidak ada batasan umur yang pasti untuk memakai alat ini namun

Lucas dan Davis (2005 dalam Whiteing, 2008) menyebutkan bahwa alat ini dapat dipakai pada klien anak-anak ataupun dewasa dengan kisaran usia 3-70 tahun.

Ketika perbaikan tulang sudah mencapai penyembuhan yang diharapkan maka alat ini dapat dilepas. Setelah itu biasanya klien akan dipasang gips sampai proses penyembuhan komplet seperti tampak pada gambar 2.3 (Evans, 2010).

Gambar 2.3 : Proses perbaikan tulang



Sumber gambar : University of Medicine and Dentistry of New Jersey. (2011). *Limb Lengthening & Deformity Correction*. Diunduh pada tanggal 4 Mei 2011 di <http://www.theuniversityhospital.com/limblength/tech.htm>

2.2.2 Bentuk dan Tipe *External Fixator*

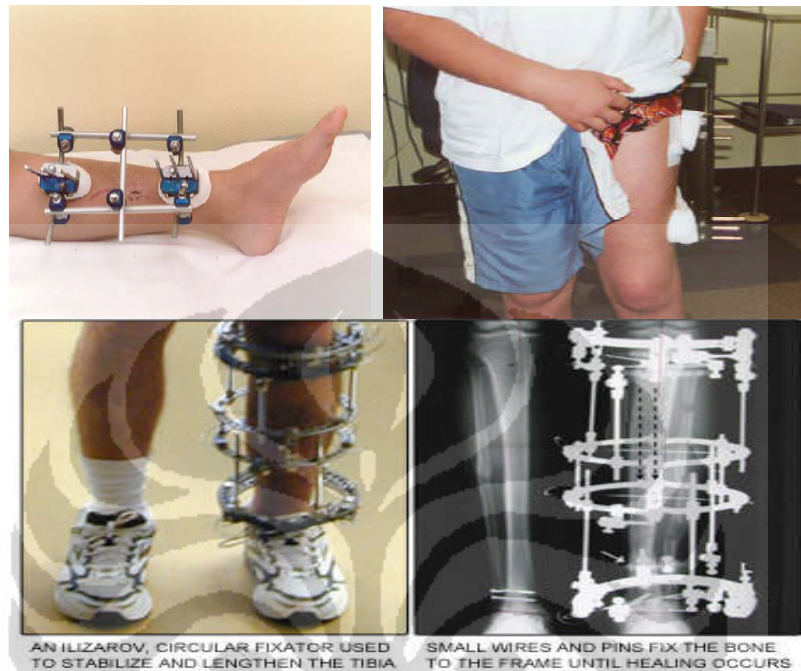
Bentuk *external fixator* bermacam-macam yang akan dipakai tergantung dari kompleksitas injuri dan anatomi penusukan (Holmes & Brown, 2005). Royal Children's Hospital (n.d, hal. 1) menyebutkan beberapa bentuk *external fixator* yang biasa dipakai (lihat gambar 2.3), yaitu :

2.2.2.1 Planar

Bentuk ini mempunyai 2 tipe, yaitu Hoffman dan Orthofix (Royal Children's Hospital, n.d). Hoffman *external fixator* terdiri dari serangkaian pin, yang digunakan untuk menahan fragmen tulang yang terkena fraktur. Alat ini sering digunakan untuk fraktur yang tidak stabil ataupun fraktur dengan kerusakan kulit atau otot yang tidak dapat diatasi dengan gips. Orthofix *external fixator* mempunyai bentuk yang sama dengan Hoffman *external fixator*, namun dapat

juga digunakan untuk memanjangkan tungkai atau mengkoreksi tulang dan atau mengatasi deformitas sendi.

Gambar 2.4 : Hoffman *external fixator*, Orthofix *external fixator* dan Ilizarov *external fixator*



Sumber gambar : Royal Children's Hospital. (n.d). External Fixators. Diunduh pada tanggal 4 Mei 2011 di http://www.rch.org.au/emplibrary/edinst/External_Fixators.pdf

2.2.2.2 Sirkular

Jika berbentuk sirkular disebut dengan Ilizarov *external fixator* yang dibuat di Rusia pada tahun 1950-an dan mulai dipakai di seluruh dunia sejak tahun 1980-an (Santy, Vincent, & Duffield, 2009). Alat ini berbentuk bulat melingkar dan mempunyai kelebihan dibandingkan *external fixator* konvensional karena dapat mengkoreksi angulasi, rotasi, panjang dan lebar tulang untuk mempercepat proses penyembuhan tulang. Bentuknya yang bulat juga dapat mendorong bagian korteks tulang dan menstimulus pertumbuhan tulang. Judith, et.al (2009) menyebutkan bahwa Ilizarov *external fixator* mempunyai kemampuan untuk memanjangkan tulang rata-rata sepanjang 5,2 cm.

Pemasangan *tension wires* akan dijadikan satu dengan *fixator rings* dan akan digabungkan dengan menggunakan *telescoping rods*. Perawat perlu melakukan edukasi kepada klien bagaimana cara untuk menyesuaikan *telescoping rods* dan bagaimana melakukan perawatan kulit.

2.2.3 Indikasi Pemasangan *External Fixator*

External fixator dapat menyangga dan menstabilkan tulang dengan baik sehingga metode ini menjadi pilihan utama (primer) pada kasus fraktur terbuka yang disertai kerusakan jaringan lunak, misalnya jenis fraktur *comminuted* yang rusak parah yang nantinya akan dirujuk untuk dilakukan *bone grafting* (Smeltzer, Bare, & Hinkle, 2008), fraktur yang tidak mengalami perbaikan pada waktunya (Roberts, 2009) ataupun fraktur tertutup yang posisinya tidak dapat difiksasi dengan gips, traksi ataupun *internal fixation* (Evans, 2010; Watson, 2002). *External fixator* juga sering digunakan pada klien dengan Osteomyelitis ataupun tumor karena mempunyai kemampuan dalam memanjangkan tulang, khususnya Ilizarov *external fixator* dengan rata-rata pemanjangan sepanjang 5,2 cm dan memungkinkan ahli bedah untuk menghilangkan segmen tulang tertentu tanpa mengganggu *alignment* tulang yang mengalami fraktur dengan pemasangan *external fixator* (Canale & Beaty, 2008; Bryant, 1998 dalam Buyukyilmaz, Sendir, & Salmond, 2009; Judith, et.al., 2009). Rasjad (2007) menambahkan bahwa *external fixator* juga dapat dipakai pada klien dengan fraktur terbuka tipe II dan III dan kadang-kadang juga pada fraktur tungkai bawah penderita Diabetes Melitus. Pemasangan *external fixator* bisa menjadi pilihan sekunder pada fraktur tertutup (Canale & Beaty, 2008).

2.2.4 Waktu pemasangan *External Fixator*

Pemasangan *external fixator* dapat dilakukan dengan segera setelah terjadinya injuri yang berat, namun beberapa kasus dapat pula tidak segera dilakukan dengan kisaran waktu beberapa minggu atau beberapa bulan sebelum memutuskan apakah diperlukan *external fixator* atau tidak (Santy, Vincent, & Duffield, 2009). Biasanya klien juga akan mengalami masalah muskuloskeletal selama beberapa bulan atau tahun sebelum *external fixator* terpasang.

Alat ini dapat dipakai di bagian tubuh humerus, pergelangan tangan, femur, tibia dan pelvis. Bahkan alat ini pun memungkinkan pula dipakai di area wajah dan rahang, *costae*, jari tangan dan jari kaki (Roberts, 2009).

2.2.5 Keuntungan dan Kelemahan *External Fixator*

Pemasangan *external fixator* mempunyai beberapa keuntungan dan kelemahan. Menurut Addamo (2002), keuntungan yang didapat klien diantaranya adalah stabilisasi fraktur lebih cepat dibandingkan metode lain, kompresi yang dihasilkan dipastikan dapat mendukung proses penyembuhan tulang, memfasilitasi *nursing care* karena lebih mudah untuk dilakukan observasi kulit untuk melihat ada atau tidaknya sindrom kompartemen, memungkinkan diobservasinya injuri jaringan lunak, adanya akses yang lebih mudah untuk melakukan perawatan luka, memungkinkan adanya pergerakan sendi yang berdekatan, menurunkan kejadian perdarahan (terutama pada fraktur pelvis), menurunkan resiko sepsis dan memfasilitasi rekonstruksi vaskular dan jaringan lunak. *External fixator* juga dapat meningkatkan fungsi paru karena memungkinkan klien untuk melakukan mobilisasi segera setelah pembedahan dan lebih sedikit menimbulkan komplikasi jika klien melakukan mobilisasi dini. *External fixator* juga dapat merubah posisi tulang kembali ke posisi yang benar (Holmes & Brown, 2005).

Adapun kelemahan *external fixator* adalah hilangnya pin ataupun terjadinya infeksi di area pin, hilangnya stabilisasi tulang, timbulnya infeksi yang superfisial ataupun dalam pada injuri jaringan lunak, nekrosis, timbulnya injuri syaraf kutaneus dan kerusakan otot. *External fixator* juga menimbulkan rasa takut akibat pemasangan yang dialami klien ataupun keluarganya (Addamo, 2002).

2.2.6 Dampak Pemasangan *External Fixator*

2.2.6.1 Aspek fungsional

Periode pre-operatif pemasangan *external fixator* merupakan salah satu alasan mengapa klien dibatasi fungsi fisiknya, misalnya aktivitas berjalan, mengendarai

mobil ataupun berolahraga (Ramaker, Lagro, Roermund, & Sinnema, 2000). Penelitian tersebut dilakukan pada 26 klien berusia 6-17 tahun dengan metodologi deskriptif retrospektif. Semua klien menunjukkan adanya gangguan dalam menjalankan rutinitas sekolah ataupun bekerja, kecuali pada 1 klien yang menunjukkan hal yang positif. Dalam berolahraga pun 19 klien menyatakan bahwa mereka tidak dapat melakukan apa yang dapat dilakukan sebelum terpasang *external fixator*. Penelitian tersebut juga mengemukakan bahwa kebanyakan orang tua melaporkan bahwa anak mereka mengalami kesulitan berjalan walaupun tidak signifikan.

Aspek fungsional lain yang terganggu adalah fungsi tidur. Ramaker, Lagro, Roermund, dan Sinnema (2000) menyatakan bahwa 12 klien dari 26 klien yang diteliti mempunyai masalah tidur dengan pemasangan *external fixator*. Mereka merasa kesulitan bergerak dengan bebas dengan adanya frame *external fixator*. Ketakutan yang dialami pada jam tidur dialami oleh 7 klien sedangkan ketakutan yang terjadi sesekali saja (kadang-kadang) dialami 25 klien. Enam belas (16) klien dilaporkan mengalami ketidaknyamanan pada saat malam hari saat masih terpasang dan 9 orang lainnya dilaporkan masih mengalami ketidaknyamanan tersebut walaupun *external fixator* sudah dilepas.

Klien dengan *external fixator* juga akan mengalami perubahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Bahkan dalam melakukan aktivitas yang sederhana-pun akan menjadi tantangan tersendiri dalam melakukannya (Santy, Vincent, & Duffield, 2009). Klien akan kehilangan kemandiriannya sehingga membutuhkan bantuan orang lain dalam melakukan *self care*, misalnya mandi dan memakai pakaian.

2.2.6.2 Aspek fisik

Gangguan fisik yang dimaksud salah satunya adalah infeksi pada tempat penusukan pin. Sims dan Saleh (2000) menemukan bahwa dari 248 klien yang terpasang *external fixator*, 72% diantaranya mengalami infeksi dan 13 kasus

diantaranya dilakukan pengangkatan pin karena infeksi yang didapat sudah cukup parah.

Perawat profesional harus dapat membedakan antara proses penyembuhan yang normal dan tanda-tanda infeksi penusukan pin. Konsensus keperawatan di Inggris telah membedakan antara reaksi, kolonisasi dan infeksi area penusukan pin (Lee-Smith, Santy, Davis, Jester & Kneale, 2001). Reaksi merupakan perubahan fisiologis yang terjadi setelah 72 jam post operatif di sekitar area pemasangan pin. Perubahan yang dimaksud meliputi perubahan warna kulit, adanya rasa hangat dan adanya serosa ataupun darah dengan jumlah sedikit di area penusukan pin. Sedangkan yang dimaksud dengan kolonisasi adalah jika ditemui warna merah di sekitar area penusukan, timbul rasa hangat, drainase dan rasa nyeri yang bertambah serta jika dilakukan kultur akan ditemukan mikroba. Sedangkan yang dimaksud dengan infeksi adalah jika terdapat semua tanda-tanda seperti kolonisasi, namun disertai dengan adanya pus, hilangnya pin dan juga bertambahnya pertumbuhan mikroba dari uji kultur.

Klasifikasi yang dapat dipakai untuk menentukan derajat keparahan infeksi dapat menggunakan *Saleh and Scott classification system* (Holmes & Brown, 2005). Klasifikasi tersebut dapat dilihat lebih rinci pada tabel 2.5 di bawah ini.

Tabel 2.5 : *Saleh and Scott classification system*

Grade	Deskripsi
0	Tidak ada masalah
1	Berespon terhadap <i>local treatment</i>
2	Berespon terhadap antibiotik oral
3	Berespon terhadap antibiotik yang dimasukkan ke dalam pembuluh darah vena
4	Berespon ketika pin dilepas
5	Berespon terhadap <i>local surgical curettage</i>
6	Osteomyelitis kronik

Sumber : Holmes, S.B. & Brown S.J. (2005). Skeletal pin site care : National Association of Orthopaedic Nurses' Guidelines for Orthopaedic Nursing. *Orthopaedic Nursing*, 24 (2), 99-107

Infeksi pada tempat penusukan pin bisa didapat dari klien ataupun tenaga kesehatan melalui perawatan luka yang salah. *Department of Health* (2003) di UK mencatat bahwa 9% dari klien yang dirawat akan mendapatkan infeksi yang didapat dari tenaga kesehatan, biasa disebut dengan a *healthcare-associated infection* (HCAI), padahal sebenarnya hal ini dapat dicegah. *The National Audit Office* (2000, hal. 6) mengestimasi bahwa biaya yang dibutuhkan untuk mengatasi HCAI sekitar £1 juta per tahunnya dengan biaya per-orangnya sekitar £ 4.000 - £10.000. Pratt, et.al, (2007) mengatakan seharusnya perawat memperhatikan beberapa hal yang direkomendasikan, yaitu memperhatikan kebersihan lingkungan RS, cuci tangan di waktu-waktu tertentu, terutama sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan menggunakan Alat Pelindung Diri (APD) pada saat melakukan perawatan luka pada tempat penusukan pin, misalnya sarung tangan.

Klien sebaiknya mematuhi protokol perawatan luka dengan cara mencuci tangan sebelum melakukan prosedur, memakai sarung tangan steril, membersihkan area sekitar pin dengan menggunakan kassa steril yang dibasahi NaCl 0,9% ataupun cairan antiseptik yang diresepkan, memberikan antimikroba di sekeliling pin (jika diresepkan), melakukan perawatan luka sesuai dengan kebutuhan (tergantung dari jumlah drainase luka), melakukan pengecekan area pin terhadap adanya pus, bengkak dan rasa hangat (Bailey, 2003).

Timby dan Smith (2007) merekomendasikan bahwa klien sebaiknya menggunakan 1 aplikator untuk 1 pin dari arah dalam ke arah luar ketika melakukan perawatan luka, tidak menyentuh tempat penusukan pin dan lakukan kultur luka jika terdapat pus. Lee-Smith, Santy, Davis, Jester dan Kneale (2001) menyebutkan beberapa prinsip dan rasionalisasinya dalam melakukan perawatan pin seperti terlihat pada tabel 2.6. Jika terjadi infeksi pada tempat penusukan pin maka dapat terjadi *Osteomyelitis* yang merupakan komplikasi yang lebih serius dan sulit untuk dilakukan pengobatan (Ignatavicius & Workman, 2010).

Tabel 2.6 : Prinsip perawatan pin

Prinsip	Rasional
Lakukan perawatan luka dengan tehnik steril dengan menggunakan balutan yang dapat menyerap dengan sedikit tekanan	Dapat mengabsorpsi eksudat dan darah
Inspeksi luka dalam 24 jam pertama	Untuk meningkatkan kenyamanan klien Pengkajian yang dilakukan sedini mungkin dapat mendeteksi masalah-masalah yang potensial terjadi (Blaisier et al. 1992)
Jangan berikan larutan apapun dalam balutan luka, hanya diperbolehkan menggunakan normal saline (NS) atau air steril	Tidak ada evidence based yang dapat menunjukkan bahwa diperlukan larutan tertentu untuk membersihkan area sekitar pin
Gunakan balutan dengan ukuran kecil untuk mengurangi tekanan di area pin	Untuk mencegah pengerutan kulit (Sims & Saleh 1996).
Hanya mengganti balutan jika diperlukan saja (misalkan sudah kotor). Lakukan ganti balutan dengan memperhatikan tehnik steril	Mencegah infeksi silang
Lakukan observasi secara periodik area pemasangan pin	Mendeteksi adanya masalah sedini mungkin
Setelah melakukan perawatan pin, biarkan mengering sesaat	Luka yang terlalu lembab dapat mempercepat kolonisasi kuman
Buang kotoran / kerak yang menempel di area pin	Mencegah infeksi
Ajarkan klien dan keluarga mengenal tanda-tanda infeksi	Mendeteksi adanya masalah sedini mungkin
Ajak klien dan keluarga dalam <i>support group</i>	Dapat mengurangi ansietas klien dan keluarga karena biasanya pemakaian pin dapat mengganggu body image

Sumber : Lee-Smith, Santy, Davis, Jester dan Kneale (2001). Pin site management : Towards a consensus. *Journal of Orthopaedic Nursing*. 5, 37-42.

Holmes dan Brown (2005) pernah menyatakan bahwa klien dapat pula melakukan perawatan luka pada tempat penusukan pin dengan menggunakan tehnik bersih jika klien sudah kembali ke rumah. Holmes dan Brown (2005) juga menyatakan 4 rekomendasi tentang perawatan luka pada tempat penusukan pin, yaitu : 1) semua pin yang terpasang dianggap mempunyai resiko infeksi yang tinggi karena pin dipasang sampai menembus tulang, 2) setelah 48-72 jam setelah

pemasangan *external fixator* maka klien dapat melakukan perawatan luka tempat penusukan pin setiap hari atau setiap minggunya tergantung dari jumlah drainase luka yang dihasilkan, 3) cairan Chlorhexidine 2 mg/mL adalah cairan yang paling efektif dalam melakukan perawatan luka tempat penusukan pin dan 4) klien dan keluarga harus diberikan edukasi terlebih dahulu tentang perawatan luka *pin sites* sebelum klien dipulangkan dan diberikan catatan secara tertulis (lihat tabel 2.7), misalnya tentang tahapan-tahapan melakukan perawatan luka di rumah.

Tabel 2.7 : *Home care checklist* untuk klien dengan *external fixator*

No	Keterangan	Klien	Caregiver
1	Dapat mendemonstrasikan perawatan <i>pin site</i> sesuai SOP.	√	√
2	Mengenal tanda-tanda infeksi <i>pin site</i> (kemerahan, bengkak, adanya peningkatan purulen dalam drainase <i>pin site</i>).	√	√
3	Mampu mengontrol jika terjadi bengkak dan nyeri (misalnya mengelevasikan ekstremitas ke arah jantung, minum obat analgesik yang sudah diresepkan).	√	√
4	Melaporkan jika rasa nyeri tidak dapat dikontrol dengan cara elevasi ekstremitas dan analgesic (mungkin saja indikator terjadinya gangguan perfusi jaringan, kompartemen sindrom ataupun infeksi <i>pin site</i>).	√	
5	Mendemonstrasikan bagaimana cara untuk berpindah dari satu tempat ke tempat yang lain.	√	
6	Menggunakan alat pengaman ketika ingin berpindah dari satu tempat ke tempat yang lain.	√	
7	Tidak menggunakan bagian yang terkena injuri dengan kapasitas beban yang berlebihan. Lakukan observasi bagaimana batasan <i>Sambungan eight-bearing</i> .	√	
8	Mengenal indikator-indikator terjadinya komplikasi dan melaporkannya kepada dokter (jika terjadi bengkak dan nyeri yang tidak dapat dikontrol, kulit dingin, jari yang pucat, parestesia, paralisis, drainase dengan pus, tanda-tanda infeksi sistemik, hilangnya pin).	√	√
9	Mampu menggambarkan perawatan ketika <i>external fixator</i> dilepaskan (misalnya bagaimana cara melakukan aktivitas sehari-hari tanpa membuat terjadinya fraktur berulang).	√	√

Sumber : Watson, J.E. (2002). *Clinical Nursing and Related Sciences*. 6ed. USA : Bailliere Tindall

Seperti diungkapkan sebelumnya, Chlorhexidine merupakan cairan yang direkomendasikan untuk dipakai pada saat melakukan perawatan luka area sekitar pemasangan pin. Meskipun demikian, beberapa riset juga masih menyatakan bahwa pemakaian air bersih, *normal saline* ataupun *hydrogen peroxide* masih dianggap efektif untuk digunakan (Holmes, & Brown, 2005). Namun demikian, riset-riset perawatan luka menyebutkan bahwa *hydrogen peroxide* dalam konsentrasi tertentu bersifat sitotoksik sehingga akan merusak osteoblast dan merusak jaringan yang sehat, sedangkan dengan perbandingan 1:10 dan 1:5 juga tidak bersifat bakterisidal (Rabenberg, Ingersoll, Sandrey, & Johnson, 2002).

Klien sebaiknya juga melapor kepada perawat ataupun dokter jika terdapat demam ataupun tanda infeksi lainnya (Bailey, 2003). Middleton (2003) mengungkapkan bahwa perawat juga perlu mengingatkan klien dan keluarganya untuk melakukan pemeriksaan neurovaskular untuk menghindari kecacatan jangka panjang (lihat tabel 2.8), mengecek integritas dan kepatenan frame dan menjaga agar pin tidak hilang. Pengawasan terhadap tempat penusukan pin paling tidak dilakukan setiap 8-12 jam dengan memperhatikan karakteristik drainase luka (warna, bau, jumlah). Jika hal yang tidak diinginkan terjadi, maka klien perlu melaporkan kepada perawat ataupun dokter (Judge, 2007).

Mengingat hal di atas, maka perawat mempunyai peran yang sangat penting dalam mencegah infeksi pada tempat penusukan pin (Holmes & Brown, 2005). Lakukan pengawasan tempat penusukan pin dan gunakan rekomendasi-rekomendasi di atas dapat menolong menurunkan kemungkinan terjadinya infeksi.

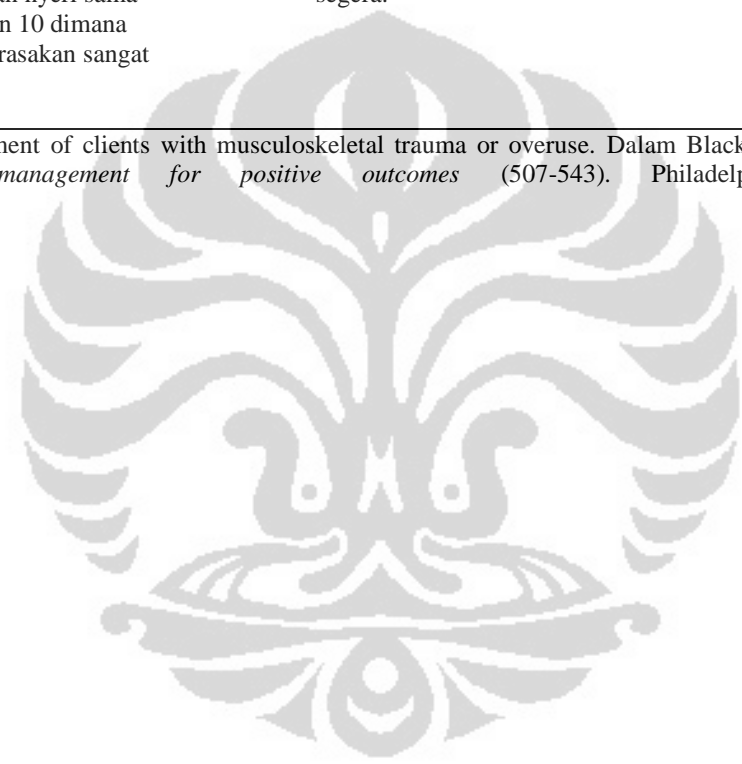
Tabel 2.8 : Pemeriksaan neurovaskular (sirkulasi, pergerakan dan sensasi)

Pemeriksaan	Teknik	Hasil yang diharapkan
Warna	Inspeksi warna ekstremitas yang mengalami fraktur dengan yang sehat	Mempunyai warna yang sama, walaupun wajar jika ada sedikit kemerahan dan nyeri di lokasi fraktur. Jika terdapat insisi, maka kemungkinan juga terdapat warna kemerahan di sepanjang garis insisi. Warna kulit yang normal mengindikasikan keadekuatan sirkulasi vena dan arteri.
Capillary refill di area kuku	Tekan area kuku dan ukur waktu yang dibutuhkan untuk kembali ke warna semula	Normalnya 2-3 detik, jika terjadi 4-6 detik maka laporkan ke dokter.
Pulsasi	Palpasi pulsasi kaki bagian dorsalis pedis menuju posterior tibialis	Pulsasi seharusnya ada secara bilateral. Jika tidak terdapat pulsasi dorsal mungkin saja suatu bentuk hal yang normal atau dapat pula sebagai tanda terjadinya kompresi pembuluh darah.
Edema	Inspeksi dan palpasi adanya edema	Tidak ada edema. Jika terdapat edema di area fraktur maka yakinkan bahwa hal tersebut diakibatkan karena trauma, luka pembedahan atau tromboflebitis. Jika terdapat edema di kedua ekstremitas curigai adanya penyakit yang berkaitan dengan jantung.
Suhu di ekstremitas lokasi fraktur	Gunakan bagian dorsum (punggung tangan) untuk mengkaji temperatur	Temperatur seharusnya sama di setiap ekstremitas. Laporkan jika terjadi ekstremitas yang terlalu dingin atau panas
Sensasi di ekstremitas lokasi fraktur	Minta klien untuk merasakan sentuhan pemeriksa	Sensasi di kedua ekstremitas seharusnya sama. Laporkan jika terjadi penurunan sensasi.
Pergerakan	Minta klien untuk menggerakkan jari-jari kaki atau jari-jari tangan	Pergerakan seharusnya sama di setiap ekstremitas. Jika terjadi penurunan pergerakan, kaji adanya riwayat stroke atau kesulitan bergerak sebelumnya). Seharusnya juga tidak ada atau terjadi penurunan nyeri dan edema.

Sambungan

Nyeri	Minta klien mengukur skala nyeri (0 s.d 10, dimana 0 klien tidak merasakan nyeri sama sekali dan 10 dimana klien merasakan sangat nyeri	Pada umumnya nyeri akan terasa terutama di lokasi fraktur. Jika klien tidak merasakan nyeri, mungkin saja karena efek obat analgesik. Jika nyeri tidak terkontrol, mungkin saja terjadi sindrom kompartemendan harus dilaporkan dengan segera.
-------	---	--

Sumber : Roberts, T. (2009). Management of clients with musculoskeletal trauma or overuse. Dalam Black, J.M., & Hawks, J.H. (3rd ed). *Medical surgical nursing : Clinical management for positive outcomes* (507-543). Philadelphia : WB Saunders Company



2.2.6.3 Aspek psikologis

Riset-riset yang berhubungan dengan kemampuan perawat professional dalam mengerti isu-isu yang berkaitan dengan gangguan psikologis yang berkaitan dengan pemasangan *external fixator* sangatlah terbatas karena pada umumnya meneliti aspek-aspek fisik dalam melakukan perawatan klien dengan *external fixator* (Limb, 2004a). Mengidentifikasi masalah klien yang berhubungan dengan gangguan psikologis merupakan tantangan baru khususnya bagi perawat ortopedi (Lucas & Davis, 2005 dalam Whiteing, 2008). Namun hal ini seharusnya tidaklah menjadi masalah karena dapat meningkatkan keanekaragaman peran dari perawat ortopedi itu sendiri.

Menurut Gill dan Laflamme (1984 dalam Limb 2003), reaksi yang ditampakan klien akibat pemasangan *external fixator* adalah seperti mendapatkan teror ataupun ketika mendapatkan hal yang sangat menakutkan. Ketika melihat *external fixator* maka klien akan teringat kembali dengan kecelakaan yang menimpa mereka.

Patterson (2006) menyebutkan bahwa sebenarnya dampak psikologis pada klien yang terpasang *external fixator* tergantung pula dari individu klien sendiri. Namun demikian, depresi dan kecemasan merupakan merupakan reaksi yang paling umum terjadi. Beberapa klien mempunyai koping yang baik terhadap pemasangan, namun tak sedikit pula yang mengalami stress, mengurung diri dan menolak untuk keluar dari rumah mereka (Limb, 2003, 2004a).

Pemasangan alat ini dapat pula menyebabkan gangguan *body image* sehingga klien akan selalu menutupi *external fixator* yang terpasang ataupun menolak untuk melakukan kontak sosial. Limb (2004b) menyebutkan bahwa klien rentan terhadap munculnya gangguan *body image* karena penempatan *external fixator* yang dapat dilihat oleh klien ataupun orang lain ataupun karena *external fixator* berada di tempat yang tidak biasa.

Santy (2000) menambahkan bahwa klien yang mempunyai gangguan *body image* dan harga diri akibat pemasangan *external fixator* seringkali menanyakan bagaimana penampilan mereka dan apa reaksi orang lain terhadap mereka. Hidup dengan *external fixator* memang sulit karena frame yang tebal, banyak tonjolannya dengan banyak balutan luka. Berdasarkan hal tersebut, klien sebaiknya berkumpul dengan komunitas yang berisi klien-klien yang juga terpasang *external fixator* untuk saling berbagi pengalamannya ataupun untuk mendapatkan edukasi (Santy, Vincent, & Duffield, 2009).

Buyukyilmaz, Sendir, dan Salmond (2009) pernah melakukan penelitian kuantitatif dengan menggunakan MBSRQ (*Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire*) dan *Coppersmith Self-Esteem Inventory*. Sampel dilakukan pada 50 klien rawat jalan Rumah Sakit Turki yang terpasang *external fixator*. Penelitian tersebut menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara gangguan *body image* dan harga diri dengan pemasangan *external fixator*. *Body image* adalah cara seseorang dalam melihat dirinya sendiri, baik penampilan fisik, struktur dan fungsi tubuh (Potter & Perry, 2005). Sedangkan yang dimaksud dengan harga diri adalah pengalaman seseorang sehingga mampu memenuhi tantangan hidup sehingga layak mendapatkan kebahagiaan (*National Association for Self-esteem, n.d*). Hasil penelitian ini bertolak belakang jika dibandingkan dengan penelitian sebelumnya ataupun fenomena yang umumnya terjadi. Akhirnya penelitian ini merekomendasikan untuk dilakukan penelitian dengan cara mengkaji klien secara individual.

Gangguan psikologis biasa terjadi karena adanya perubahan gaya hidup. Salah satu situs resmi khusus komunitas para klien yang menggunakan *external fixator*, mengungkapkan beberapa pengalaman anggotanya seperti yang diungkapkan Haines (2008) dan Koelewyn (2008). Haines (2008) mengungkapkan bahwa ia adalah klien yang pernah mengalami pemasangan *external fixator* di kakinya pada tahun 1999 karena kecelakaan lalu lintas. Pernyataan yang diungkapkan adalah :

“Saya memukul frame sialan itu ke dinding, tangga, kursi, meja dan lain-lain. Anjing ! Jelas aku merasa sial dan bosan dengan semua ini.Jujur, saya takut dan saya kesal juga.Aku bercerita kepada radiografer tentang depresi yang dialami oleh saya dan dia terkejut....Aku duduk berbicara dengan salah satu perawat saya sebelumnya, bercerita tentang kemarahan saya...”

Pengalaman lainnya diungkapkan Koelewyn, 40 tahun (2008, hal. 1) yang kakinya juga terpasang *external fixator* pada tahun 1999 karena ACL (*Anterior Cruciate Ligament*). Ia mengatakan :

“Aku benci rumah sakit. Aku benci tidak bisa keluar rumah dengan bebas. Aku benci tidak dapat mengenakan pakaian selain rok pendek. Aku benci pergi belanja karena aku harus selalu berhenti setiap saat dan ditanya "apa yang telah anda lakukan untuk diri sendiri?"”

Dua pernyataan di atas mengungkapkan bahwa klien mengalami gangguan psikologis akibat pemasangan *external fixator*. Terlebih lagi klien sampai membenci RS sebagai sumber pelayanan ataupun tempat mengontrol untuk mengetahui terjadi atau tidaknya komplikasi karena pemakaian *external fixator* menunjukkan klien tidak mampu menampilkan coping yang adaptif.

2.2.6.4 Aspek sosial

Aspek sosial dapat mengalami gangguan karena biasanya klien dengan pemasangan *external fixator* akan menerima tatapan tidak suka ataupun reaksi yang negatif dari masyarakat pada umumnya ataupun dari teman-teman mereka (Ramaker, Lagro, Roermund, & Sinnema, 2000).

Penelitian Ramaker, Lagro, Roermund, & Sinnema (2000) juga mengungkapkan bahwa 13 dari 26 klien menyatakan bahwa mereka tetap melakukan kontak dengan teman-temannya, 8 orang menghabiskan waktu yang sama dengan waktu sebelum pemasangan *external fixator*, sedangkan 5 orang lainnya hanya sedikit sekali

melakukan kontak dengan teman-temannya. Namun demikian, klien akan meningkat kontak sosialnya ataupun hubungannya dengan teman lain jenis setelah *external fixator* telah dilepas (Lavini, 1990 dalam Patterson, 2006).

Pemasangan *external fixator* juga dapat menyebabkan klien mengalami konflik dengan pelayanan kesehatan. Hal ini distimulus dengan adanya stres akibat regimen pengobatan sehingga menyebabkan ketidakpatuhan klien terhadap aturan-aturan RS dan membuat konfrontasi dengan perawat (Hrutkay & Eilert, 1990 dalam Patterson, 2006).

2.3 Asuhan Keperawatan Klien Fraktur dengan Pemasangan *External Fixator*

Prioritas keperawatan pada klien yang mengalami fraktur adalah mencegah terjadinya injuri berulang, menurunkan nyeri dan mencegah komplikasi. Perawat juga harus memprioritaskan untuk memberikan edukasi mengenai kondisi / prognosa dan treatment yang dibutuhkan (Doenges, Moorhouse & Murr, 2002).

2.3.1 Pengkajian keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah proses mengumpulkan data secara sistematis terhadap riwayat kesehatan klien pada saat ini dan masa lalu, status fungsional dan mekanisme kopinya (Capernito-Moyet, 2005). LeMone dan Burke (2008) menyebutkan bahwa perawat perlu melakukan pengkajian yang spesifik pada klien yang terpasang *external fixator*. Pengkajian tersebut meliputi pengkajian riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik dan pengkajian psikologis.

Pengkajian riwayat kesehatan yang meliputi usia, riwayat injuri, adanya penyakit kronik dan medikasi yang diterima. Pengkajian ini sangat penting sebagai data dasar keperawatan.

Pemeriksaan fisik pun perlu dilakukan yang meliputi 5P pengkajian neurovaskular, yaitu : 1) *Pain* (nyeri), dapat dikaji dengan menggunakan skala 0-10 dimana nilai 10

adalah nilai dimana klien sangat mengeluh nyeri yang sangat hebat, 2) *Pulses* (nadi), kaji nadi distal pada area yang terpasang *external fixator* dan bandingkan dengan bagian tubuh yang tidak terpasang, 3) *Pallor* (warna), observasi warna kulit dan bandingkan dengan tubuh yang tidak terpasang *external fixator*. Jika terjadi akral yang dingin ataupun pucat mengindikasikan gangguan aliran darah arteri, 4) *Paralysis / Paresis*, kaji kemampuan pergerakan anggota tubuh yang terpasang *external fixator* dan 5) *Paresthesia*, tanyakan kepada klien apakah terjadi perubahan sensasi seperti rata terbakar, bengkak ataupun perasaan tidak enak. Santy, Vincent, dan Duffield (2009) menyatakan bahwa perawat juga perlu melakukan pengkajian luka di sekitar area pemasangan pin pada klien yang terpasang *external fixator*, termasuk mengenali tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, nyeri, rasa panas dan adanya purulen.

Pengkajian psikologis juga perlu dilakukan karena pada umumnya klien akan dilakukan perawatan di RS dalam waktu beberapa minggu sampai klien benar-benar siap untuk pulang. Hal ini akan mempengaruhi gaya hidup dan juga akan menimbulkan stress psikologis (Ignatavicius & Workman, 2010). Stres dapat terjadi karena kondisi kronik ataupun adanya hubungan yang tidak nyaman antara klien dengan anggota keluarga ataupun teman. Lakukan pengkajian psikologis sehingga klien akan melakukan menceritakan tentang pengalaman stress-nya sehingga diharapkan klien mempunyai coping yang adekuat. Adanya gangguan *body image* atau gangguan seksual juga dapat terjadi pada fase perbaikan fraktur ataupun imobilisasi jangka panjang.

2.3.2 Diagnosa keperawatan

Menurut Potter & Perry (2007), diagnosa keperawatan adalah langkah kedua dari proses keperawatan yang memberikan makna dari data yang dikumpulkan dan disusun oleh perawat selama melakukan pengkajian. Proses diagnosa merupakan hasil dari analisa perawat. *NANDA International* (2005 dalam Potter & Perry, 2007) menambahkan bahwa diagnosa keperawatan adalah *clinical judgment* tentang respon

aktual dan potensial masalah kesehatan atau proses kehidupan dari individu, keluarga atau komunitas. Adapun diagnosa keperawatan yang mungkin ada pada klien yang mengalami fraktur dengan *external fixator* ekstremitas bawah, adalah :

2.3.2.1 Nyeri akut b.d fraktur, edema, injuri jaringan lunak, alat bantu *external fixator*.

2.3.2.2 Kerusakan mobilitas fisik b.d kerusakan neurovaskular, nyeri, imobilisasi tungkai, alat bantu *external fixator*.

2.3.2.3 Risiko infeksi b.d ketidakadekuatan *defences* primer, proses inflamasi, luka terbuka, jaringan trauma, lingkungan yang terekspose, prosedur invasif.

2.3.2.4 Risiko atau aktual gangguan integritas kulit b.d injuri, fraktur terbuka, insersi pin dan kawat skeletal, imobilisasi fisik.

2.3.2.5 Risiko gangguan neurovaskular perifer b.d reduksi, interupsi aliran darah, injuri, trauma jaringan, edema, pembentukan trombus, hipovolemia.

2.3.2.6 Defisit pengetahuan (kebutuhan belajar) terhadap kondisi, prognosis, treatment, *self-care* dan kebutuhan akan pulang ke rumah b.d keterbatasan informasi yang didapat, tidak familiarnya dengan sumber informasi.

2.3.2.7 Risiko koping tidak efektif b.d respon post trauma, pembatasan aktivitas, defisit perawatan diri.

2.3.2.8 Gangguan body image b.d perubahan situasi karena pemasangan alat bantu *external fixator*.

2.3.2.9 Ketakutan b.d antisipasi nyeri, pemasangan alat bantu *external fixator*, defisit pengetahuan

2.3.3 Intervensi keperawatan

Intervensi yang dibuat sesuai tujuan yang telah dirumuskan untuk mengatasi masalah pada pasien fraktur dengan pemasangan *external fixator*. Menurut Saba (2007, hal. 1), intervensi keperawatan adalah prosedur atau aktivitas yang dilakukan perawat untuk mencapai tujuan diagnosa, baik diagnosa keperawatan ataupun medis.

Saat ini intervensi keperawatan mengalami perkembangan dimana intervensi yang diberikan sudah diklasifikasikan, dikenal dengan istilah *Nursing Intervention*

Classification (NIC). McCloskey dan Bulechek (n.d, hal. 1) menyatakan bahwa ada beberapa alasan mengapa klasifikasi intervensi keperawatan dibutuhkan, yaitu : 1) standarisasi asuhan keperawatan, 2) pengembangan ilmu pengetahuan tentang keperawatan terkait dengan diagnosa, pengobatan, dan hasil yang ingin dicapai, 3) memfasilitasi pengembangan sistem informasi keperawatan serta informasi kesehatan, 4) memfasilitasi pengajaran kepada mahasiswa-mahasiswa keperawatan bagaimana mengambil keputusan dalam memberikan asuhan keperawatan, 5) membantu menentukan biaya layanan yang diberikan oleh perawat; 6) membantu dalam perencanaan sumber daya yang diperlukan dalam praktik keperawatan; 7) menyediakan media berkomunikasi dengan orang lain tentang keperawatan 8) mengartikulasikan dengan sistem klasifikasi kepada penyedia layanan kesehatan lainnya. Adapun intervensi keperawatan yang dapat dilakukan berdasarkan tiap diagnosa keperawatan NANDA menurut Capernito-Moyet (2009) serta Gulanick dan Myers (2007) adalah :

2.3.3.1 Nyeri akut b.d fraktur, edema, injuri jaringan lunak, alat bantu *external fixator*. NOC *pain level* yang diharapkan adalah klien dapat mengungkapkan secara verbal, menampilkan ekspresi yang rileks, dapat berpartisipasi dalam beraktivitas dan klien dapat tidur dengan tenang. NIC *pain management* yang dapat dilakukan perawat meliputi mengimobilisasi ekstremitas yang terpasang *external fixator*, mengelevasi ekstremitas yang terkena injuri, mengevaluasi nyeri untuk menilai efektifitas intervensi yang sudah dilakukan, memberikan alternatif cara mengurangi nyeri dengan metode non farmakologi (misalnya masase, *back rub* dan perubahan posisi), mengajarkan tehnik manajemen stress (misalnya nafas dalam, *guided imagery* ataupun sentuhan dan melakukan kolaboratif dengan pemberian *ice pack* 24-72 jam dan pemberian analgesik.

2.3.3.2 Kerusakan mobilitas fisik b.d kerusakan neurovascular, nyeri, imobilisasi tungkai, alat bantu *external fixator*. NOC *mobility* yang diharapkan adalah klien dapat melakukan mobilitas seoptimal mungkin, meningkatkan kekuatan dan fungsi

ekstremitas yang terpasang *external fixator* dan mampu melakukan ADL. NIC *bed rest care* yang dapat dilakukan perawat adalah memantau dan meningkatkan derajat imobilisasi, melakukan latihan *Range Of Motion* (ROM), membantu klien dalam melakukan ADL, membantu mobilisasi klien dengan menggunakan alat bantu (misalnya kursi roda, kruk), memonitor tanda-tanda vital terutama setelah beraktivitas dan melakukan kolaborasi dengan terapi okupasi ataupun spesialis rehabilitasi.

2.3.3.3 Risiko infeksi b.d ketidakadekuatan *defences* primer, proses inflamasi, luka terbuka, jaringan trauma, lingkungan yang terekspose, prosedur invasif. NOC *infection status* yang diharapkan adalah klien dapat mencapai perbaikan luka sesuai dengan waktunya, tidak adanya pus dan afebris. NIC *infection prevention* yang dapat dilakukan perawat adalah mengobservasi keadaan kulit apakah terjadi iritasi atau tidak di area sekitar pin, meminta klien untuk melaporkan jika klien mempunyai keluhan seperti nyeri, rasa terbakar, edema ataupun adanya pus yang mengindikasikan terjadinya infeksi, melakukan perawatan pin dengan tehnik steril, menganjurkan klien untuk tidak menyentuh area tempat penusukan pin, memonitor tanda-tanda vital dan melakukan kolaborasi dengan dokter untuk melakukan pemeriksaan diagnostik (misalnya pemeriksaan darah lengkap, kultur luka), memberikan medikasi antibiotik ataupun menyiapkan operasi jika ada indikasi.

2.3.3.4 Risiko atau aktual gangguan integritas kulit b.d injuri, fraktur terbuka, insersi pin dan kawat skeletal, imobilisasi fisik. NOC *tissue integrity : skin* yang diharapkan adalah klien dapat mengungkapkan secara verbal ketidaknyamanannya, mendemostrasikan tehnik untuk mencegah kerusakan kulit ataupun segala sesuatu yang dapat memfasilitasi proses penyembuhan luka dan mencapai perbaikan luka sesuai dengan waktunya. NIC *skin surveillance* yang dapat dilakukan adalah mengobservasi keadaan kulit dari timbulnya luka terbuka, kemerahan, perdarahan, perubahan warna, melakukan masase kulit dan menjaga agar linen tempat tidur selalu dalam keadaan kering atau tidak adanya lipatan. NIC *Immobilization care*

yang dapat dilakukan adalah menutupi semua bagian frame *external fixator* untuk mencegah injuri ke area tubuh yang lain dan memberikan salep kulit untuk mencegah terbentuknya scar.

2.3.3.5 Risiko gangguan neurovaskular perifer b.d reduksi, interupsi aliran darah, injuri, trauma jaringan, edema, pembentukan thrombus, hipovolemia. NOC *tissue perfusion* yang diharapkan adalah klien dapat mempertahankan perfusi jaringan dengan karakteristik terabanya pulsasi, kulit yang hangat, sensasi yang normal, tanda-tanda vital yang stabil dan adekuatnya haluaran urin. NIC *circulatory precautions* yang dapat dilakukan perawat adalah melakukan pemeriksaan *capillary refill time*, warna kulit, hangat atau tidaknya kulit bagian distal dari ekstremitas yang terpasang *external fixator* dan kualitas pulsasi. Perawat juga dapat melakukan kolaborasi dengan dokter untuk melakukan pemeriksaan darah (misalnya hemoglobin, hematokrit dan faktor koagulasi), pemberian heparin dan antiemboli.

2.3.3.6 Defisit pengetahuan (kebutuhan belajar) terhadap kondisi, prognosis, treatment, *self-care* dan kebutuhan akan pulang ke rumah b.d keterbatasan informasi yang didapat, tidak familiarnya dengan sumber informasi. NOC *knowledge : treatment regimen* yang diharapkan adalah klien dapat mengungkapkan secara verbal tentang kondisi, prognosa dan kemungkinan komplikasi. NIC *disease process* yang dapat dilakukan perawat adalah dengan cara merencanakan kebutuhan belajar klien (misalnya tentang diet, obat, mobilisasi dan ambulasi, perawatan luka dan pengenalan tanda-tanda infeksi), membuat daftar aktifitas yang dapat dilakukan klien (baik mandiri ataupun dibantu), mendukung klien untuk melakukan latihan aktif, mengidentifikasi pelayanan publik yang dapat diterima klien ketika pulang ke rumah dan mendiskusikan tentang pentingnya terapi lanjutan.

2.3.3.7 Risiko koping tidak efektif b.d respon post trauma, pembatasan aktivitas, defisit perawatan diri. NOC *coping* dan *social support* yang diharapkan adalah klien dapat mengekspresikan secara verbal tentang perasaan dan respon terhadap dirinya

sendiri serta klien dapat mengidentifikasi adanya dukungan keluarga dan sosial. NIC *coping enhancement, support system enhancement* yang dapat dilakukan perawat adalah dengan cara mengobservasi status psikososial sebelum hospitalisasi, gaya hidup, kemampuan fisik, *body image*, sikap, bagaimana respon klien terhadap kebutuhan akan orang lain, adanya ketergantungan yang berlebihan atau ekstrim, tanda-tanda perubahan kebiasaan dan tingkat penerimaan terhadap injuri dan treatmentnya. Perawat juga dapat menyediakan waktu untuk mendengarkan klien, mendukung klien untuk merencanakan dan berpartisipasi dalam aktivitas perawatan dan mengatur lingkungan klien untuk mendukung klien terlibat secara aktif dalam program rehabilitasi untuk mendukung self esteem

2.3.3.8 Gangguan *body image* b.d perubahan situasi karena pemasangan alat bantu *external fixator*. NOC *body image* dan *self esteem* yang diharapkan adalah klien dapat mendemonstrasikan *body image* dan *self esteem* –nya dengan menunjukkan kemauan melihat, menyentuh, berbicara ataupun melakukan perawatan yang berhubungan dengan anggota tubuh dan fungsinya. NIC *body image enhancement* yang dapat dilakukan perawat adalah dengan cara memberikan pengetahuan bahwa respon klien terhadap perubahan struktur tubuh dan fungsinya merupakan hal yang normal, membantu klien mengidentifikasi perubahan yang terjadi, memfasilitasi klien untuk mengekspresikan perasaannya, bantu klien dalam beradaptasi dengan ADL, lingkungan social, hubungan interpersonal ataupun aktivitas pekerjaan. Perawat dapat pula mengajarkan tentang gangguan *body image* dan tahapan proses berduka, membantu klien mengidentifikasi coping sebelumnya.

2.3.3.9 Ketakutan b.dantisipasi nyeri, pemasangan alat bantu *external fixator*, defisit pengetahuan. NOC *fear self control* dan coping yang diharapkan adalah klien dapat menampakkan coping adaptif dan melaporkan adanya penurunan ataupun hilangnya rasa takut. NIC *anxiety reduction* dan *emotional support* yang dapat dilakukan perawat adalah dengan cara menunjukkan bahwa perawat peduli terhadap rasa takut yang dialami klien, berada lebih lama dengan klien untuk menciptakan

rasa nyaman, membina hubungan dengan lebih intensif, membantu klien mengidentifikasi rasa takut dan solusinya, menyediakan fase istirahat ataupun memberikan akses untuk bertemu dengan ahli agama. Perawat dapat pula mengajarkan latihan relaksasi, meditasi ataupun *guided imagery*.

2.4 Pendekatan Fenomenologi pada Penelitian Kualitatif

Menurut Boyd (2001 dalam Broussard, 2006), penelitian kualitatif adalah kumpulan pertanyaan-pertanyaan tentang pengalaman seseorang dan pembelajaran secara nyata kepada orang yang kontak langsung dengan lingkungan alaminya sehingga menghasilkan data deskripsi yang banyak sekali sehingga membantu kita dalam memahami pengalaman orang lain. Macnee (2004) menambahkan bahwa penelitian kualitatif adalah penelitian yang berfokus pada proses memahami hidup seseorang yang kompleks dan kemudian membangunnya ke dalam gambaran yang lengkap dari suatu fenomena. Peneliti diharapkan dapat menemukan dan memahami konsep, fenomena ataupun kultur tertentu membantu memformulasikan suatu fenomena sehingga mudah dimengerti (Wood & Haber, 2010).

Karakteristik dari penelitian kualitatif adalah fleksibel sehingga dapat ditentukan atau ditemukan apa yang akan dipelajari selama proses pengumpulan data, memungkinkan untuk memakai strategi pengumpulan data dengan strategi yang bervariasi dan holistik sehingga seseorang dapat mengerti secara keseluruhan mengenai suatu hal. Peneliti juga dimungkinkan untuk terlibat secara intens dalam jangka waktu yang lama dan menjadi instrumen dalam penelitiannya. Peneliti bebas menentukan kapan kerja lapangan penelitian dilakukan dan analisa data yang dihasilkanpun dapat dibuat rumusan strategi berikutnya (Polit, Beck, & Hungler, 2001). Dalam penelitian kualitatif, peneliti juga tidak perlu mempunyai hipotesa, kerangka teori, variabel independen dan dependen, sampel yang besar, prosedur statistik yang kompleks, instrumen dengan skala ukurnya ataupun kesimpulan definitif bagaimana menggunakan apa yang ditemukan dalam penelitian tersebut (Wood & Haber, 2010).

Patton (2002 dalam Polit & Beck, 2006) menyatakan bahwa dalam penelitian kualitatif tidak ada aturan baku dalam menentukan jumlah partisipan, tergantung dari tujuan dan rasionalisasi penelitian. Salah satu faktor yang menentukan adalah tercapainya saturasi data (Morse, 2000 dalam Polit & Beck, 2006). Jika partisipan dapat memberikan data yang merefleksikan pengalamannya dengan baik dan dapat berkomunikasi efektif maka saturasi data dapat dicapai dengan jumlah partisipan yang lebih sedikit. Polit & Beck (2006) menambahkan bahwa saturasi data dapat dicapai jika partisipan tidak memberikan informasi yang baru, hanya ada pengulangan atau kejenuhan data dari data yang sudah terkumpul sebelumnya.

Menurut Burns & Grove (2009), ada 4 faktor penting yang harus dipertimbangkan peneliti dalam menentukan jumlah partisipan dalam penelitian kualitatif. Keempat faktor tersebut adalah ruang lingkup penelitian, topik yang diteliti, kualitas data dan desain penelitian yang akan dijelaskan di bawah ini :

2.4.1 Ruang lingkup penelitian.

Semakin besar ruang lingkup penelitian maka peneliti akan membutuhkan data yang lebih banyak untuk mencapai tujuan penelitian sehingga akan lebih lama dalam mencapai saturasi data. Penelitian dengan tujuan dan ruang lingkup yang besar akan membutuhkan partisipan, kejadian atau dokumen yang lebih banyak jika dibandingkan penelitian dengan ruang lingkup yang sempit (Morse, 2000 dalam Burns & Grove, 2009), misalnya penelitian yang menggambarkan fenomena nyeri kronik pada klien dewasa dengan Rheumatoid Arthritis maka partisipan yang dibutuhkan akan lebih sedikit jika dibandingkan penelitian yang menggambarkan fenomena nyeri kronik pada lansia. Penelitian dengan nyeri kronik pada lansia mempunyai fokus yang lebih luas dan kurang jelas daripada penelitian nyeri kronik yang dialami klien dewasa dengan diagnosa medis spesifik Rheumatoid Arthritis. Penelitian dengan fokus yang jelas dan pengumpulan data yang fokus juga akan menghasilkan data yang lebih banyak dengan hasil yang kredibel.

2.4.2 Topik yang diteliti.

Jika topik yang dipilih dalam penelitian jelas ataupun partisipan dapat dengan mudah mendiskusikan fenomena yang dialami, maka jumlah partisipan yang dibutuhkan juga lebih sedikit untuk mendapatkan data yang penting. Jika topik yang dibicarakan sulit untuk didefinisikan, janggal ataupun sensitif untuk dibicarakan (misalnya pengalaman dengan anak yang mengalami kekerasan seksual), maka peneliti akan membutuhkan partisipan yang lebih banyak untuk mencapai saturasi data (Morse, 2000; Patton, 2002 dalam Burns & Grove, 2009).

2.4.3 Kualitas data.

Kualitas data yang berasal dari wawancara, observasi ataupun *document review* akan mempengaruhi jumlah partisipan. Jumlah partisipan yang lebih sedikit akan menghasilkan saturasi data dengan kualitas data yang tinggi dan kaya akan informasi. Selain itu partisipan yang mempunyai waktu lebih banyak biasanya juga akan diperoleh data yang lebih banyak dan dalam.

2.4.4 Desain penelitian.

Beberapa penelitian memerlukan frekuensi wawancara lebih sering dengan partisipan, misalnya jika peneliti ingin melakukan wawancara sebelum kejadian dan sesudah kejadian. Peneliti juga memerlukan jumlah partisipan yang lebih banyak jika ingin mengetahui suatu kejadian dengan melakukan wawancara dengan keluarga ataupun grup individu.

Polit, Beck dan Hungler (2001) menyatakan tahapan yang harus dilalui dalam melakukan penelitian kualitatif. Tahapan yang akan dilakukan terbagi atas 3 tahapan, yaitu : 1) Orientasi dan melakukan *overview*, dimana peneliti kualitatif harus menetapkan ketertarikannya terhadap suatu fenomena, 2) Fokus untuk mengeksplorasi, dimana peneliti akan melakukan eksplorasi secara mendalam terhadap aspek fenomena yang akan diteliti. Peneliti menyiapkan pertanyaan-pertanyaan dan mengundang orang lain untuk menjadi partisipan penelitian, dan 3)

Melakukan konfirmasi dan *closure*, dalam fase akhir ini, peneliti akan menyusun apa yang sudah ditemukan dan meyakinkan apa yang ditemukan tersebut adalah benar, biasanya peneliti akan melakukan konfirmasi dengan partisipan.

Salah satu metode penelitian kualitatif yang dapat dipakai adalah fenomenologi deskriptif. Fenomenologi deskriptif adalah salah satu metode dalam penelitian kualitatif yang digunakan untuk mengeksplorasi suatu fenomena melalui interaksi antara peneliti dan partisipan dalam penelitian tersebut (Wojnar & Swanson, 2007). Broussard (2006) menambahkan bahwa fenomenologi deskriptif bertujuan untuk mendapatkan pengalaman sehari-hari seseorang sehingga tercapai pemahaman yang sangat mendalam tentang keadaan alami dan makna pengalaman orang tersebut.

Menurut Loisel, McGrath, Polit, dan Beck (2004), fenomenologi deskriptif terbagi atas 4 tahapan, yaitu *bracketing*, *intuiting*, *analyzing* dan *describing*. Tahap pertama, *bracketing*, adalah proses mengidentifikasi dan menghindari sikap kritis dan evaluatif terhadap semua informasi yang diberikan oleh partisipan dengan cara tidak menghakimi dan mengurung (*bracketing*) semua pengetahuan yang diketahui peneliti tentang fenomena. Menurut Wall, Mitchinson, Glenn dan Poole (2004), *bracketing* merupakan usaha peneliti untuk mencapai netralitas dengan cara mengesampingkan pemahaman sebelumnya tentang fenomena yang diteliti. Proses *bracketing* dapat dilakukan dengan menggunakan *field notes* sebagai catatan untuk menuliskan pengamatan dan asumsi peneliti.

Tahap kedua, *intuiting* dimana peneliti akan menyatu (*immersed*) secara total dalam fenomena yang akan diteliti. *Intuiting* adalah proses dimana peneliti mencari tahu fenomena yang digambarkan partisipan penelitian (Spiegelberg, 1975 dalam Broussard, 2006).

Tahap ketiga, *analyzing* dimana peneliti menggali dan mengidentifikasi data yang dikumpulkan serta menghubungkan antar kejadian (Spiegelberg, 1975 dalam

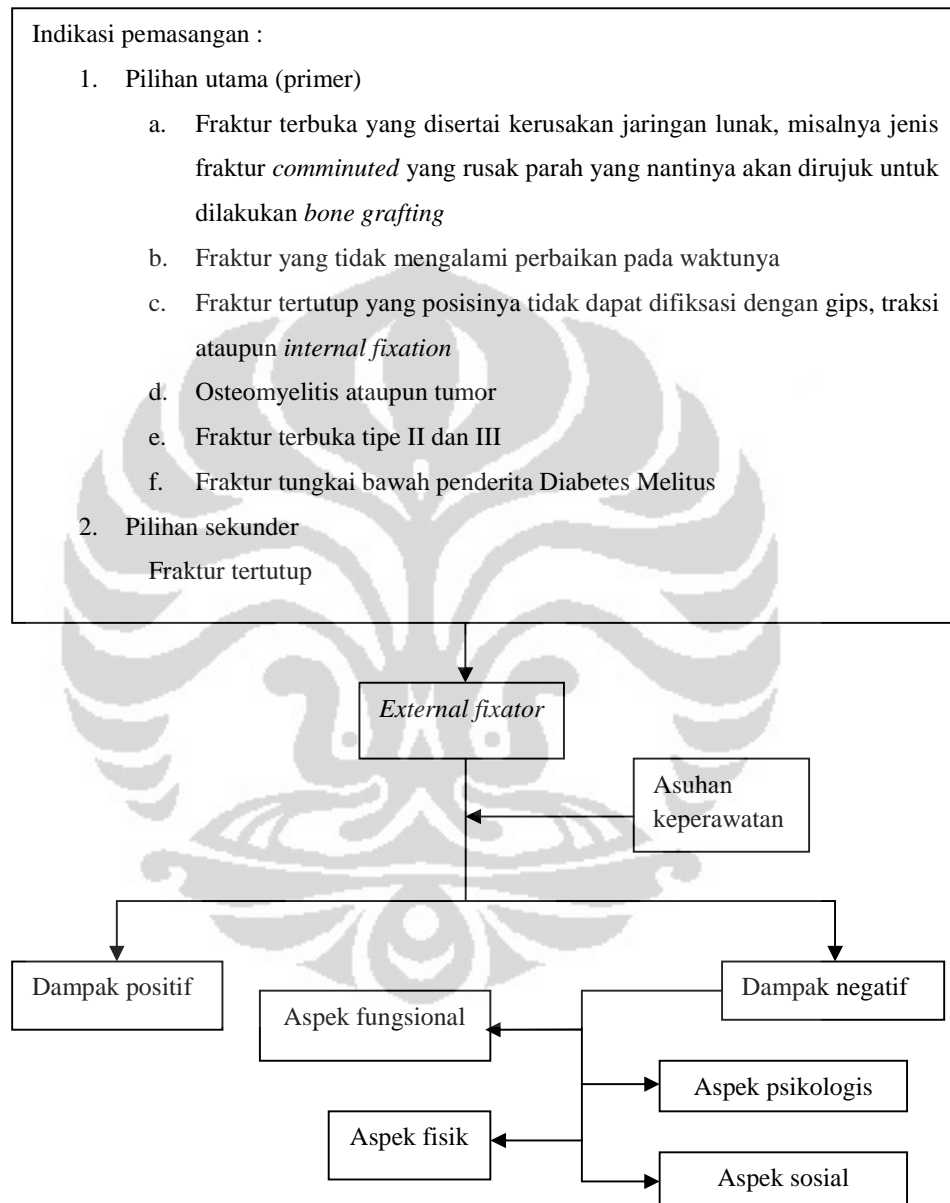
Broussard, 2006). Tahapan ini meliputi kegiatan penelitian seperti menggali pernyataan partisipan yang signifikan, mengkategorisasi dan membuat maknanya (Loiselle, McGrath, Polit, & Beck, 2004).

Tahap keempat, *describing* dimana peneliti menjadi paham dengan cara mendefinisikan fenomena yang didapat (Loiselle, McGrath, Polit & Beck, 2004). *Describing* bertujuan untuk mengkomunikasikan elemen penting apa yang diucapkan atau dituliskan partisipan (Spiegelberg, 1975 dalam Broussard, 2006).



2.5 Kerangka Teori

Skema 2.1 : Kerangka teori



Sumber : Smeltzer, et al. (2008); Black & Hawks (2009); Ignatavicius & Workman (2010); Watson (2002); Buyukyilmaz, Sendir dan Salmoud (2009); Rasjad (2007); Santy, et.al. (2009); Santy (2000); Patterson (2006); Limb (2003, 2004a); Limb (2004b); Doenges, Moorhouse & Murr. (2002), Canale & Beaty (2008).

BAB 3 METODE PENELITIAN

Bab ini menguraikan aplikasi rancangan penelitian kualitatif fenomenologi dalam usaha mengungkapkan pengalaman klien yang mengalami fraktur ekstremitas bawah dengan pemasangan *external fixator*.

3.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif untuk menggali bagaimana pengalaman klien yang mengalami fraktur dengan *external fixator* ekstremitas bawah. Menurut Boyd (2001 dalam Broussard, 2006), penelitian kualitatif adalah kumpulan pertanyaan-pertanyaan tentang pengalaman seseorang dan pembelajaran secara nyata kepada orang yang kontak langsung dengan lingkungan alaminya sehingga menghasilkan data deskripsi yang banyak sekali sehingga membantu kita memahami pengalaman orang lain.

Penelitian ini menggunakan metodologi fenomenologi deskriptif. Pendekatan ini memberikan peluang kepada partisipan untuk berbagi pengalamannya selama terpasang yang *external fixator* pada saat dirawat ataupun setelah pulang dari RSUP Fatmawati Jakarta. Fenomenologi deskriptif adalah salah satu metode dalam penelitian kualitatif yang digunakan untuk mengeksplorasi suatu fenomena melalui interaksi antara peneliti dan partisipan dalam penelitian tersebut (Wojnar & Swanson, 2007). Peneliti memakai metodologi ini dengan tujuan mendapatkan pengalaman sehari-hari klien yang mengalami fraktur dengan *external fixator* ekstremitas bawah sehingga tercapai pemahaman yang sangat dalam tentang keadaan pengalaman partisipan tersebut. Adapun 4 tahapan yang telah dilalui peneliti dalam penelitian ini adalah *bracketing*, *intuiting*, *analyzing* dan *describing* (Loiselle, McGrath, Polit, & Beck, 2004).

Tahap *bracketing*, peneliti telah mengidentifikasi namun juga menghindari sikap kritis dan evaluatif terhadap semua informasi yang diberikan oleh partisipan. Tahap ini dilakukan peneliti dengan cara tidak menghakimi dan mengurung (*bracketing*) semua pengetahuan yang diketahui peneliti tentang fenomena pengalaman klien yang mengalami fraktur dengan *external fixator* ekstremitas bawah.

Tahap *intuiting* dimana peneliti telah menyatu (*immersed*) secara total dalam fenomena yang diteliti dengan cara mencari tahu fenomena yang digambarkan partisipan penelitian (Spiegelberg, 1975 dalam Broussard, 2006). Pada tahap ini peneliti mendengarkan dengan empati semua penjelasan partisipan dan berusaha mendapatkan informasi secara jelas, mendalam dan detail dengan ataupun menanyakan kembali informasi-informasi yang dianggap kurang jelas oleh peneliti. Penjelasan yang sangat detail akan membantu peneliti dalam memahami fenomena klien dengan pemasangan *external fixator*. Peneliti juga membaca secara berulang-ulang hasil transkrip wawancara untuk mencari tahu fenomena yang digambarkan partisipan.

Setelah membaca hasil transkrip wawancara, peneliti melakukan tahap *analyzing* dimana peneliti menggali dan mengidentifikasi data yang dikumpulkan serta menghubungkan antar kejadian yang telah diceritakan partisipan dengan pemasangan *external fixator*-nya (Spiegelberg, 1975 dalam Broussard, 2006). Peneliti menggali pernyataan partisipan yang signifikan, mengkategorisasi dan membuat maknanya (Loiselle, McGrath, Polit, & Beck, 2004), sampai terbentuk tema-tema.

Tahap *describing* merupakan tahap terakhir yang dilakukan peneliti dalam fenomenologi deskriptif ini. Peneliti mendefinisikan fenomena yang didapat dari partisipan dengan membuat laporan hasil penelitian (Loiselle, McGrath, Polit, & Beck, 2004). *Describing* ini bertujuan untuk mengkomunikasikan elemen penting yang diucapkan partisipan (Spiegelberg, 1975 dalam Broussard, 2006).

3.2 Partisipan Penelitian

Partisipan dalam penelitian kualitatif adalah orang yang menjadi sampel penelitian (Macnee, 2004). Partisipan juga dikenal dengan istilah *volunteer* / relawan, *member* / anggota atau informan. Istilah-istilah tersebut merefleksikan bahwa individu tersebut aktif dalam proses penelitian dengan cara membagi pengetahuan atau pengalaman mereka kepada peneliti.

Jumlah partisipan dalam penelitian kualitatif umumnya antara 6-10 partisipan (Norwood, 2000). Penelitian yang dilakukan Patterson (2010) tentang pengalaman remaja dengan trauma injuri dan *external fixator* tercapai saturasi pada partisipan ke-9 sedangkan pada penelitian ini terjadi saturasi data pada partisipan ke-7. Menurut Polit dan Beck (2006), saturasi data diperoleh ketika partisipan tersebut tidak lagi memberikan informasi yang baru, hanya ada pengulangan atau kejenuhan data dari data partisipan yang sudah terkumpul sebelumnya (Polit & Beck, 2006). Semua partisipan yang terlibat dapat berperan serta sampai akhir penelitian. Peneliti pernah mendapatkan 1 calon partisipan yang memenuhi kriteria penelitian, namun calon partisipan tersebut menolak untuk terlibat dalam penelitian dengan tidak menyebutkan alasan penolakan.

Partisipan dalam penelitian ini adalah klien yang mempunyai pengalaman fraktur dengan pemasangan *external fixator*, baik yang masih dilakukan perawatan ataupun rawat jalan di RSUP Fatmawati periode Januari – Juni 2011. Rekrutmen partisipan dilakukan dengan cara *purposive sampling* dengan alasan peneliti dapat menseleksi partisipan yang diinginkan ataupun kejadian tertentu untuk dimasukkan ke dalam penelitian sehingga data yang didapat kaya akan informasi (Burns & Grove, 2009). Partisipan juga dipilih berdasarkan tujuan penelitian. Metode ini memungkinkan peneliti untuk mendapatkan makna atau *insight* area pembelajaran yang baru ataupun memungkinkan peneliti untuk memahami kejadian / pengalaman klien yang kompleks (Sandelowski, 2000 dalam Burns & Grove, 2009).

Partisipan pada penelitian ini dipilih berdasarkan karakteristik tertentu, yaitu klien dewasa berusia lebih dari 18 tahun sampai dengan 50 tahun, mampu menceritakan pengalamannya dengan baik, tidak mempunyai gangguan kognitif yang dibuktikan dari catatan dokter di rekam medis, mempunyai pengalaman terpasang *external fixator* dan saat ini masih terpasang, mampu berkomunikasi verbal dengan menggunakan bahasa Indonesia dengan baik yang dapat dimengerti peneliti, bersedia menjadi partisipan dan menyepakati *informed consent* yang diberikan. Calon partisipan yang dikunjungi ke rumah mempunyai data rekam medik yang menunjukkan alamat jelas dan nomor telepon yang dapat dihubungi serta tinggal di wilayah Jabodetabek.

Berdasarkan karakteristik tersebut, peneliti mendapatkan 7 partisipan yang berpartisipasi dalam penelitian ini, dengan rentang usia antara 21-46 tahun dan jenis kelamin partisipan laki-laki sebanyak 5 orang, sedangkan perempuan sebanyak 2 orang. Partisipan yang bertempat tinggal di wilayah DKI Jakarta sebanyak 5 orang dan 2 orang lainnya tinggal di wilayah Depok Jawa Barat. Berkaitan dengan pemasangan *external fixator*, 4 partisipan memakai Hoffman *external fixator*, 2 partisipan memakai Orthofix *external fixator* dan 1 partisipan memakai Illizarof *external fixator* dengan lama pemasangan post operatif terpasangnya *external fixator* antara 3 hari hingga 5 bulan (Lampiran 7). Partisipan yang terpasang Illizarof *external fixator* post operatif 3 hari, pernah terpasang Hoffman *external fixator* sebelumnya.

Perekrutan partisipan dimulai dengan mengidentifikasi nama-nama partisipan yang diperoleh peneliti dari dokumen rekam medik ataupun buku catatan perawat yang berisi nama-nama klien yang sedang atau pernah dirawat di gedung Profesor DR Soelarto. Peneliti menemui klien yang memenuhi kriteria inklusi untuk diminta persetujuannya mengikuti penelitian ataupun menghubungi calon partisipan ke nomor telepon yang tercatat di data rekam medik.

Partisipan yang masih dilakukan perawatan di RSUP Fatmawati ditemui peneliti di ruang perawatan. Terdapat 2 partisipan yang dirawat bersedia untuk dilakukan wawancara. Peneliti sebelumnya terlibat dalam aktivitas keperawatan dengan memakai seragam perawat sesuai anjuran dari Diklit RSUP Fatmawati. Hal ini dimanfaatkan peneliti untuk berkenalan terlebih dahulu dan membina hubungan saling percaya kepada calon partisipan. Setelah terbina hubungan saling percaya, peneliti menjelaskan prosedur penelitian (lampiran 1). Beberapa partisipan menanyakan hal-hal yang dianggap kurang jelas kepada peneliti, misalnya apa yang dimaksud dengan studi fenomenologi, bahkan beberapa partisipan ingin melihat terlebih dahulu bagaimana cara merekam dan bagaimana pula hasil rekaman tersebut. Peneliti kemudian meminta calon partisipan yang sudah menyetujui untuk dilakukan wawancara untuk menandatangani lembar persetujuan / *informed consent* (lampiran 2), kemudian melakukan wawancara sesuai dengan rencana penelitian dengan menggunakan format data partisipan (lampiran 3), panduan wawancara (lampiran 4) dan *field note* (lampiran 5).

Beberapa calon partisipan yang sudah pulang dari RS, pada awalnya akan didatangi oleh peneliti dengan melihat data rekam medik ataupun buku registrasi. Namun sayangnya, peneliti belum mendapatkan surat izin penelitian untuk melihat status calon partisipan tersebut dari rekam medik dan tidak semua data di buku registrasi mencantumkan alamat jelas serta nomor telepon. Beberapa data calon partisipan yang tercantum nomor telepon-pun tidak dapat dihubungi peneliti. Hal ini mungkin saja disebabkan calon partisipan tersebut sudah berganti nomor telepon yang baru. Alternatif yang dilakukan peneliti adalah mencari calon partisipan lain di Poliklinik setiap hari Senin sampai dengan Jum'at dari pukul 08.00 – 12.00 WIB di poliklinik ortopedi. Peneliti juga bekerjasama dengan 1 orang perawat poliklinik untuk memberitahu jika ada klien dengan pemasangan *external fixator* datang kontrol ke Poliklinik. Terdapat 2 partisipan yang dilakukan wawancara di poliklinik dan 3 partisipan lainnya dikunjungi peneliti di rumah partisipan berdasarkan keinginan

partisipan. Sebelum mengunjungi rumah partisipan, peneliti meminta alamat jelas dan nomor telepon yang dapat dihubungi.

3.3 Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini diawali dengan menyiapkan dan membuat proposal penelitian yang dimulai sejak awal Desember 2010. Setelah itu dilakukan seminar proposal yang dilaksanakan pada pekan ke-4 bulan Mei 2011 yang dilanjutkan dengan revisi proposal penelitian dan pengurusan izin penelitian ke RSUP Fatmawati Jakarta. Presentasi proposal penelitian dilakukan di RSUP Fatmawati pada pekan ke-2 bulan Juni 2011. Pengumpulan dan analisa data dilakukan pada pekan ke-2 dan ke-1 Juli 2011. Seminar hasil penelitian dilaksanakan pekan ke-2 bulan Juli 2011. Waktu Kegiatan penelitian terlampir (lampiran 6).

Peneliti merencanakan tempat penelitian di ruang rawat inap lantai 1 (kelas III) dan lantai 2 (kelas I dan II) gedung Profesor DR Soelarto dan di Poliklinik RSUP Fatmawati dimana klien fraktur dengan *external fixator* dilakukan perawatan ataupun kontrol berulang, namun pada saat pengambilan data tidak terdapat klien dengan pemasangan *external fixator* yang dirawat di lantai 2. Tempat penelitian yang terpakai dalam penelitian ini hanya di lantai 1 dan poliklinik. Lantai 1 mempunyai kapasitas tempat tidur sebanyak 17 buah.

RSUP Fatmawati dipilih menjadi tempat penelitian karena merupakan Rumah Sakit dengan Akreditasi Penuh Tingkat Lengkap 16 Pelayanan dengan kemampuan melaksanakan pelayanan spesialisik. Rumah Sakit ini juga merupakan Rumah Sakit rujukan nasional yang menjadi referensi yang ditetapkan sebagai *Center of Excellencie*, khususnya bidang Orthopaedi dan Rehabilitasi Medik sehingga memungkinkan peneliti untuk memperoleh partisipan penelitian (RSUP Fatmawati, 2009). Berdasarkan data rekam medik, angka kejadian fraktur ekstremitas bawah di RSUP Fatmawati Jakarta pada periode Januari – Juni 2011 terdapat 123 kasus dengan 10% diantaranya mengalami tindakan operatif dengan pemasangan *external*

fixator. Jika berdasarkan lokasi fraktur ekstremitas bawah, didapatkan 44 kasus (36%) fraktur femur, 35 kasus (29%) fraktur tibia, 4 kasus (3%) fraktur fibula, 3 kasus (2%) fraktur multiple dan 37 kasus (30%) bagian ekstremitas bawah lainnya. Pada umumnya fraktur ekstremitas bawah tersebut dialami oleh klien dewasa laki-laki (69%) dengan usia antara 25-44 tahun. Berdasarkan data tersebut dapat disimpulkan bahwa ekstremitas yang paling banyak mengalami fraktur adalah femur yang dialami laki-laki dengan usia produktif.

3.4 Etika Penelitian

Penelitian ini pada dasarnya tidak menimbulkan resiko bagi partisipan, namun peneliti tetap memperhatikan terhadap isu-isu etik dalam penelitian fenomenologi. Peneliti bertanggungjawab untuk memenuhi dan melindungi hak asasi manusia (*human rights*) dalam menjadi subyek penelitian (Burns & Grove, 2009). Pertimbangan etik dalam penelitian ini dilaksanakan dengan memenuhi prinsip-prinsip *human rights* tersebut, yaitu *Right to self-determination, right to privacy, right to autonomy and confidentiality, right to fair treatment, right to protection from discomfort and harm* (American Nurses Association / ANA, 2001; American Psychological Association / APA, 2002 dalam Burns & Grove, 2009).

3.4.1 *Right to self-determination*

Right to self-determination adalah hak untuk menentukan keinginan sendiri (Burns & Grove, 2009). Peneliti sangat memperhatikan prinsip etik ini sebagai wujud menghormati hak partisipan dengan cara memberikan kebebasan kepada partisipan untuk menentukan keinginannya, dalam hal ini untuk memilih terlibat dalam penelitian atau tidak, tanpa paksaan dari orang lain. Pengambilan keputusan partisipan adalah hak partisipan yang dihargai peneliti. Peneliti tidak memaksa partisipan untuk terlibat dalam penelitian. Selama proses pengambilan data berlangsung, peneliti mendapatkan satu calon partisipan yang memenuhi kriteria inklusi namun menolak untuk berpartisipasi dalam penelitian dengan terlebih dahulu menjelaskan isi dari format penelitian. Peneliti tidak melanjutkan ke prosedur

wawancara walaupun partisipan tidak menyebutkan alasan penolakan terlibat dalam penelitian.

Peneliti menjaga *right to self-determination* partisipan dengan terlebih dahulu memberikan penjelasan mengenai penelitian yang akan dilakukan, meliputi tujuan, manfaat, proses, durasi keterlibatan dan bagaimana partisipan diharapkan dapat berpartisipasi dalam penelitian. Peneliti juga menjelaskan kepada partisipan bahwa mereka mempunyai hak untuk bertanya, menolak memberikan informasi ataupun keluar dari penelitian kapanpun ia mau tanpa ada sanksi dari siapapun (Polit, Beck, & Hungler, 2001). Setelah partisipan menyetujui untuk berpartisipasi dalam penelitian, partisipan diberikan lembar persetujuan penelitian / *informed consent* oleh peneliti.

3.4.2 *Right to privacy*

Privasi adalah hak individu untuk menentukan waktu, keluasan informasi atau keadaan yang akan diberikan kepada orang lain (Burns & Grove, 2009). Informasi tersebut dapat berupa sikap, kepercayaan, kebiasaan, pendapat ataupun catatan. Oleh karena itu, peneliti menginformasikan bahwa partisipan berhak untuk tidak menjawab pertanyaan wawancara yang mungkin menimbulkan rasa malu atau tidak ingin diketahui oleh orang lain. Selama proses wawancara, semua partisipan menjawab semua pertanyaan dari peneliti.

Peneliti melakukan wawancara pada tempat dan waktu yang telah dipilih oleh partisipan. Setting wawancara dibuat atas dasar pertimbangan terciptanya kesan santai, tenang dan kondusif bagi partisipan untuk memberikan informasi secara terbuka, namun tetap terjaga privasi partisipan, misalnya ketika melakukan wawancara di poliklinik maka peneliti berusaha meminta izin memakai ruang edukasi poliklinik sebagai tempat melakukan wawancara.

Peneliti juga melakukan wawancara sesuai dengan kontrak waktu yang telah dipilih partisipan, misalnya ketika partisipan meminta peneliti untuk datang ke rumahnya pukul 17.00 WIB, maka peneliti datang sesuai dengan waktu yang diinginkan partisipan. Sebelum mengumpulkan data menggunakan alat perekam, peneliti terlebih dahulu menanyakan kesediaan partisipan untuk direkam, termasuk menanyakan apakah bersedia direkam wajah ataukah kaki yang terpasang *external fixator*. Semua partisipan bersedia untuk direkam wajahnya, kecuali pada 1 partisipan yang meminta bagian kaki yang terpasang *external fixator* saja yang direkam.

3.4.3 *Right to autonomy and confidentiality*

Right to autonomy and confidentiality adalah hak partisipan untuk dijaga otonomi dan kerahasiaannya. Ketika peneliti menjaga hak privasi partisipan, maka pada dasarnya partisipan juga akan dijaga anonimitas dan dokumen hasil pengumpulan data yang dikumpulkan akan dijaga kerahasiaannya (Burns & Grove, 2009).

Peneliti melindungi anonimitas dengan cara memberi kode setiap dokumen partisipan (misalnya lembar persetujuan mengikuti penelitian, biodata, video rekaman dan transkrip wawancara) dengan kode yang berbeda dan disimpan di tempat yang hanya bisa diakses oleh peneliti. Peneliti menyimpan semua data dengan menggunakan kode tersebut, bukan nama partisipan, termasuk ketika memasukkan data tersebut ke dalam komputer.

Peneliti menjaga kerahasiaan semua data yang sudah dikumpulkan dengan cara tidak menyebutkan nama partisipan dalam proses wawancara. Peneliti menyebutkan “Bapak”, “Teteh” atau “Abang” selama proses wawancara, berdasarkan keinginan partisipan. Semua bentuk data hanya digunakan untuk keperluan proses analisis data sampai penyusunan laporan penelitian selesai disusun.

3.4.4 *Right to fair treatment*

Right to fair treatment adalah hak untuk mendapatkan perlakuan yang adil (Burns & Grove, 2009). *Right to fair treatment* dilakukan atas dasar prinsip keadilan (*justice*) dimana peneliti memberikan hak yang sama dan adil kepada calon partisipan untuk dipilih atau terlibat dalam penelitian tanpa diskriminasi sesuai dengan kebutuhan penelitian. Partisipan juga mempunyai hak untuk diberikan prosedur penelitian yang sama dengan partisipan yang lain.

Peneliti menginformasikan kepada partisipan mengenai risiko ataupun keuntungan yang bisa didapatkan dari penelitian, sesuai dengan usaha, kebutuhan dan hak partisipan. Ketika melakukan penelitian, peneliti menghormati kesepakatan yang telah dibuat, termasuk menepati janji pertemuan ataupun tidak mengubah prosedur penelitian. Hal ini dilakukan peneliti untuk memfasilitasi proses pengambilan data dan meminimalisir keluarnya partisipan dari penelitian (Burns & Grove, 2009). Selama penelitian berlangsung, tidak ada partisipan yang *drop-out*.

3.4.5 *Right to protection from discomfort and harm*

Right to protection from discomfort and harm berarti hak partisipan untuk mendapatkan perlindungan dari ketidaknyamanan dan bahaya. Prinsip penelitian ini dilakukan berdasarkan prinsip etik *beneficence* dimana partisipan akan mendapatkan perlindungan dari eksploitasi dan memaksimalkan kemanfaatan (Polit, Beck, & Hungler, 2001).

Penelitian ini memang dapat menyebabkan ketidaknyamanan secara fisik ataupun psikologis. Ketidaknyaman fisik yang dirasakan partisipan biasanya berupa keluhan pegal akibat duduk dalam jangka waktu yang lama (± 45 menit). Peneliti memberikan kebebasan kepada partisipan untuk melakukan relaksasi sejenak ataupun melakukan aktivitas tertentu (misalnya beribadah sejenak, minum, mengirimkan sms atau menelpon seseorang).

Penelitian ini menimbulkan ketidaknyamanan psikologis, terutama ketika menanyakan hal-hal yang bersifat pribadi, menampakkan kelemahan ataupun rasa takut partisipan (Polit, Beck, & Hungler, 2001). Peneliti memberikan perhatian dan berusaha sensitif ketika mengajukan pertanyaan-pertanyaan penelitian dengan cara memilih kalimat yang tepat dalam menanyakan pertanyaan penelitian ataupun melihat ekspresi non verbal partisipan. Pada akhir wawancara peneliti menanyakan apakah terdapat ketidaknyaman yang dirasakan partisipan ketika proses wawancara. Semua partisipan mengatakan tidak ada masalah.

Penelitian ini memberikan manfaat kepada partisipan, misalnya meningkatkan pengetahuan partisipan tentang keadaan dirinya sendiri serta memberikan kesempatan untuk melakukan *self-reflection*. Partisipan mempunyai kegiatan di luar rutinitas harian, memperoleh kepuasan terlibat dalam penelitian serta kepuasan karena dapat menolong orang lain yang mempunyai masalah dan kasus yang relatif sama. Hal ini juga diungkapkan oleh partisipan dimana partisipan mengungkapkan bahwa dirinya merasa lega, senang ada teman berdiskusi, dan mempunyai kenang-kenangan pernah terlibat dalam penelitian mahasiswa UI. Sebagai ucapan terima kasih, peneliti memberikan manfaat materi kepada partisipan atas kesediaannya menjadi partisipan yang disesuaikan dengan kebutuhan partisipan dan kemampuan peneliti.

3.5 Prosedur Pengumpulan Data Penelitian

Tahapan yang dilalui peneliti dalam penelitian ini ada 3 tahapan, yaitu persiapan, pelaksanaan dan terminasi. Tahap persiapan yang dilakukan peneliti adalah menyiapkan proposal penelitian serta melakukan presentasi proposal di hadapan pembimbing dan penguji. Peneliti juga mengurus lulus uji etik dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (Lampiran 9) dan mengurus surat izin penelitian di kampus untuk dilanjutkan kepada Direktur Utama RSUP Fatmawati Jakarta (Lampiran 10). Peneliti menemui bagian Diklit dan staf direktur RSUP Fatmawati Jakarta untuk mengurus izin penelitian. Prosedur izin penelitian berlangsung hampir

selama 2 minggu, termasuk melakukan presentasi proposal di hadapan Ka IRNA C, komite etik, staf Diklit, dan spesialis Rehabilitasi. Setelah presentasi selesai, peneliti menerima surat izin penelitian sementara dan tanda pengenal untuk melaksanakan pengumpulan data penelitian di RSUP Fatmawati Jakarta, namun pada akhirnya peneliti menerima surat izin resmi dari Direktur RSUP Fatmawati Jakarta (Lampiran 11).

Tahap pelaksanaan penelitian dilakukan peneliti dengan cara mengidentifikasi daftar nama klien dengan fraktur yang terpasang *external fixator*, baik yang masih dirawat ataupun yang telah pulang dari RS dan terdaftar sebagai klien dengan *external fixator* pada periode Januari – Juni 2011 dari buku register yang terdapat di ruang rawat inap. Berdasarkan data yang didapat, peneliti mencatat nomor rekam medik partisipan dan meminjam status rekam medik di bagian rekam medik untuk mendapatkan alamat dan nomor telepon yang lebih detail. Peneliti menemui partisipan yang dirawat inap melalui tatap muka langsung dan menghubungi via telepon partisipan yang sudah pulang. Namun sayangnya data nomor telepon yang ada di rekam medis tidak dapat dihubungi. Peneliti meminta izin kepada partisipan untuk berpartisipasi dalam penelitian dengan memberikan format penjelasan penelitian. Peneliti memberikan kesempatan kepada partisipan untuk bertanya jika terdapat penjelasan yang tidak dapat dimengerti. Partisipan yang menyetujui secara verbal, peneliti langsung memberikan format lembar persetujuan untuk ditandatangani.

Wawancara dilakukan di tempat yang diinginkan oleh partisipan. Waktu yang dibutuhkan untuk wawancara adalah 45-60 menit, dengan frekuensi 2-3 kali. Pertemuan pertama dimulai dengan membangun hubungan saling percaya dengan partisipan. Peneliti memperkenalkan diri terlebih dahulu kepada partisipan. Perkenalan awal ini juga dapat memberikan peluang bagi peneliti dan partisipan untuk merasa nyaman antara satu dengan lainnya. Selain itu dapat juga dimanfaatkan peneliti dalam melengkapi data demografi yang dibutuhkan jika data tersebut tidak termuat dalam rekam medik klien. Data demografi merupakan informasi dasar yang

harus dikumpulkan oleh peneliti yang meliputi usia, jenis kelamin, pekerjaan, tingkat pendidikan, status pernikahan, indikasi pemasangan, waktu pemasangan, area pemasangan dan bentuk *external fixator*. Indikator yang dipakai peneliti telah terbinanya saling percaya antara partisipan dengan peneliti adalah kesediaan partisipan untuk memberikan informasi data demografi dan kesediaan dimulainya wawancara. Partisipan yang sudah terjalin hubungan percaya dengan peneliti, dilakukan wawancara pada pertemuan ke-1 atau ke-2. Pertemuan berikutnya (ke-2 atau 3) digunakan peneliti untuk melakukan validasi terhadap transkrip yang sudah dibuat peneliti ataupun menanyakan kembali informasi yang dianggap peneliti kurang jelas.

Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara semi terstruktur. Wawancara semi terstruktur adalah interaksi secara verbal dengan partisipan penelitian sehingga peneliti dapat mendapatkan data-data yang penting untuk menjawab pertanyaan penelitian (Burns & Grove, 2009). Keuntungan menggunakan wawancara adalah karena tehniknya yang fleksibel sehingga peneliti dapat mengeksplorasi lebih dalam mengenai pengalaman klien dan maknanya daripada menggunakan tehnik yang lain. Respon klien juga akan lebih terdali sehingga akan lebih representatif. Peneliti juga akan menggunakan kemampuan interpersonalnya sehingga partisipan akan lebih kooperatif dan tidak membatasi informasi yang diberikan.

Peneliti telah menyediakan beberapa pertanyaan terbuka kepada partisipan. Terkadang peneliti melakukan modifikasi pertanyaan sehingga partisipan dapat mengerti apa yang diinginkan pertanyaan penelitian (Burns & Grove, 2009). Modifikasi penelitian yang dilakukan peneliti adalah dengan cara memperjelas pertanyaan, misalnya ketika peneliti menanyakan “Pak, tolong ceritakan dampak pemasangan pin ini seperti apa?”, partisipan menjawab “maksudnya apa?”, maka diperjelas kembali dengan pertanyaan “Bagaimana dampak pemasangan pin ini terhadap aktifitas sehari-hari Bapak?”.

Tahap terminasi dilakukan peneliti ketika semua data yang didapat sudah dilakukan transkrip dan validasi kepada partisipan. Peneliti juga memberikan tanda terima kasih kepada partisipan.

3.6 Alat Pengumpul Data Penelitian

Peneliti melakukan pengumpulan data dengan menggunakan diri peneliti sendiri sebagai alat pengumpul datanya karena dalam penelitian kualitatif segala sesuatunya belum jelas dan perlu dikembangkan sepanjang penelitian (Lincoln & Guba, 1986 dalam Speziale & Carpenter, 2003). Peneliti juga menggunakan alat bantu pedoman wawancara yang berisi pertanyaan-pertanyaan penelitian, buku catatan (*field note*) dan kamera digital yang mempunyai fasilitas video untuk merekam hasil wawancara antara peneliti dengan partisipan.

Peneliti sebagai alat pengumpul data sudah melakukan uji coba dengan cara melakukan latihan wawancara terlebih dahulu pada 2 orang klien yang mempunyai karakteristik yang sama dengan partisipan. Uji coba wawancara dilakukan di RSPAD Gatot Soebroto dan RSUPN Cipto Mangunkusumo. Peneliti juga sudah berlatih dalam membuat *field note* sehingga dapat melakukan wawancara dengan fokus sekaligus juga dapat mengobservasi dan mencatat respon non verbal partisipan pada saat wawancara. Hasil uji coba sudah dilakukan pengecekan oleh pembimbing penelitian.

Pedoman wawancara adalah pedoman peneliti dalam melakukan wawancara yang berisi pertanyaan-pertanyaan penelitian. Pertanyaan-pertanyaan yang dipakai peneliti adalah *open-ended question* dimana peneliti menginginkan respon partisipan dengan menggunakan kata-katanya sendiri (Wood & Haber, 2010). Pedoman wawancara tersebut dibuat peneliti berdasarkan tujuan khusus yang ingin dicapai dalam penelitian. Pertanyaan dalam pedoman wawancara berisi tentang pertanyaan yang berkaitan dengan respon, dampak, hambatan dan tantangan, dukungan keluarga,

pelayanan kesehatan yang diterima dan harapan partisipan akibat pemasangan *external fixator*.

Buku catatan (*field note*) adalah ringkasan hasil observasi yang dibuat peneliti pada saat pengumpulan data (Wood & Haber, 2010). *Field note* dibuat secara narasi yang memberikan informasi tentang situasi yang dihadapi peneliti pada saat pengumpulan data.

Semula partisipan ingin menggunakan MP4, namun ternyata dengan penggunaan kamera digital yang mempunyai fasilitas merekam video menghasilkan suara dengan kualitas yang lebih bagus dan memberikan kemudahan pada peneliti pada saat membuat transkrip wawancara. Berdasar alasan tersebut, peneliti mengubah alat untuk merekam hasil wawancara antara peneliti dengan partisipan. Alat perekam kamera digital yang mempunyai fasilitas merekam video dibutuhkan karena keterbatasan peneliti dalam mengingat semua informasi yang disampaikan partisipan. Sebelum penelitian, alat ini sudah diujicobakan pada saat melakukan wawancara. Uji coba tersebut dapat diketahui bahwa penggunaan kamera digital dengan bantuan *tripod* dengan jarak $\frac{1}{2}$ meter dari partisipan dan peneliti serta posisi kamera sejajar dengan mulut partisipan, didapatkan kualitas suara yang baik dan jelas terdengar. Peneliti juga sudah berlatih bagaimana menggunakan kamera digital secara teknis sehingga peneliti sudah lebih terbiasa menggunakan alat kamera digital tersebut tersebut.

Peneliti sangat merasakan manfaat uji coba ini untuk mengidentifikasi masalah yang berkaitan dengan pertanyaan (baik desain pertanyaan, *sequence* pertanyaan, ataupun prosedur cara bertanya) sehingga diketahui reliabilitas dan validitas instrumen pedoman wawancara (Burns & Grove, 2009). Selain itu juga menguji kemampuan peneliti dalam melakukan wawancara dan membuat catatan lapangan ataupun menguji keadekuatan alat bantu kamera digital. Setelah uji coba pedoman wawancara selesai dilakukan, peneliti mulai mengumpulkan data.

3.7 Analisa Data Penelitian

Polit dan Beck (2006) menyatakan bahwa analisa jenis data kualitatif merupakan proses yang aktif dan interaktif. Peneliti sudah membaca transkrip dan catatan lapangan berulang kali sampai peneliti dapat menyelami data dengan baik. Morse dan Field (1995, dalam Polit & Beck, 2006) mencatat bahwa analisa kualitatif adalah suatu proses menyatukan data, membuat sesuatu yang tidak jelas menjadi jelas, proses menghubungkan sebab – akibat, proses memperkirakan, verifikasi, koreksi, modifikasi, menyarankan dan mempertahankan data.

Analisa data yang digunakan peneliti dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan metode fenomenologi yang dikembangkan oleh Colaizzi (1978 dalam Burn & Grove, 2009) dengan cara membaca tentang fenomena atau deskripsi yang akan diteliti agar dapat mengetahui pengalaman klien yang mengalami fraktur dengan *external fixator* secara teoritis dan penelitian terkaitnya sehingga peneliti dapat memperoleh makna terhadap apa yang akan diteliti.

Peneliti juga sudah membaca kembali semua transkrip dan menyaringnya untuk mendapatkan pernyataan yang signifikan berupa kata kunci tentang pengalaman klien yang mengalami fraktur dengan *external fixator*. Kata kunci yang sudah didapatkan peneliti, kemudian diformulasikan ke dalam tema-tema. Beberapa tema bahkan mempunyai sub tema dan sub-sub tema untuk memperjelas sintesa dari tiap tema. Peneliti kemudian menanyakan kembali kepada partisipan tentang data yang sudah ditemukan sebagai upaya untuk memvalidasi data yang sudah dikumpulkan.

Peneliti menemukan kesulitan dalam memformulasikan tema-tema karena merupakan pengalaman pertama peneliti dalam membuat penelitian kualitatif. Peneliti merasa kesulitan terutama ketika menemukan kata kunci yang dapat dimasukkan dalam beberapa kategori, misalnya kata kunci “sedih” dapat masuk dalam kategori “sedih” atau kategori “depresi”. Peneliti berkonsultasi dengan

pembimbing untuk mengklarifikasi tema-tema yang sudah dibuat peneliti untuk menghindari bias.

3.8 Keabsahan Data Penelitian (*Trustworthiness*)

Banyak hasil penelitian kualitatif diragukan kebenarannya karena beberapa hal, yaitu subjektivitas peneliti merupakan hal yang dominan dalam penelitian kualitatif. Untuk menjamin kebenaran data maka peneliti melakukan konfirmasi informasi yang telah ditemukan dengan cara : *credibility*, *dependability*, *confirmability* dan *transferability*.

3.8.1 *Credibility*

Credibility bertujuan untuk menilai kebenaran dari temuan data dan cara menginterpretasikannya sehingga dapat dipercaya sehingga hasil penelitian ini dapat dipercaya oleh semua pembaca secara kritis ataupun dari partisipan sebagai sumber informasi. (Polit & Beck, 2006). Peneliti telah memperhatikan *credibility* dengan cara mengungkapkan kembali tema-tema hasil penelitian untuk dibaca ulang kepada partisipan (*member checking*). Partisipan mengungkapkan bahwa tema-tema yang dibuat peneliti adalah benar-benar merupakan sebagai pengalaman dirinya sendiri sehingga hasil penelitian ini telah memiliki *credibility*.

Selain dibaca ulang oleh partisipan (*member checking*), teknik yang dilakukan peneliti dalam menjaga kredibilitas penelitian ini adalah dengan cara melakukan diskusi teman sejawat (*peer debriefing*) kepada orang yang pernah melakukan penelitian kualitatif (Polit, Beck, & Hungler, 2001). Peneliti dalam melakukan *peer debriefing*, misalnya dengan perawat ruangan dan juga pembimbing penelitian.

3.8.2 *Dependability*

Dependability berarti data yang didapat stabil dari waktu ke waktu dan dari kondisi ke kondisi, biasa disebut juga dengan istilah reliabilitas atau keajegan (Polit & Beck, 2006). Kriteria ini dapat digunakan untuk menilai apakah proses penelitian kualitatif

bermutu atau tidak dengan cara mengecek konsep rencana penelitian, pengumpulan data, dan pengintepretasiannya.

Salah satu tehnik untuk mencapai *dependability* dalam penelitian ini adalah *inquiry audit*, yang melibatkan suatu penelaahan data dan dokumen-dokumen yang mendukung secara menyeluruh dan detail oleh seorang penelaah eksternal. Penelaah eksternal yang dilibatkan dalam penelitian ini adalah para pembimbing peneliti selama melakukan penelitian dan menyusun tesis.

3.8.3 *Confirmability*

Confirmability adalah objektivitas atau netralitas data, dimana tercapai persetujuan antara dua orang atau lebih tentang keakuratan data, relevansi dan arti data (Polit & Beck, 2006). Dalam penelitian kualitatif, uji *confirmability* mirip dengan uji *dependability* sehingga pengujiannya dapat dilakukan secara bersamaan. Peneliti sudah melakukan *confirmability* dengan cara mendiskusikan seluruh transkrip yang sudah ditambahkan catatan lapangan, tabel pengkategorian tema awal dan tabel analisis tema pada orang yang tidak ikut dan tidak berkepentingan dalam penelitian dengan tujuan agar hasil dapat lebih objektif, yaitu pembimbing penelitian.

3.8.4 *Transferability*

Transferability merupakan istilah validitas eksternal dalam penelitian kualitatif yang menunjukkan derajat ketepatan atau dapat diaplikasikannya hasil penelitian tersebut di tempat atau pada grup yang lain (Polit & Beck, 2006). Peneliti telah bertanggungjawab dalam membuat laporan penelitian dengan cara memberikan uraian yang rinci, jelas, sistematis dan dapat dipercaya sehingga orang lain dapat turut mengevaluasi bisa atau tidaknya data penelitian tersebut dipakai di tempat lain (Polit, Beck, & Hungler, 2001).

BAB 4 HASIL PENELITIAN

Bab ini terdiri dari dua bagian untuk menjelaskan lebih detil tentang hasil penelitian yang telah dilakukan, yaitu gambaran karakteristik partisipan yang terlibat dalam penelitian dan bahasan analisis tematik tentang pengalaman klien yang mengalami fraktur ekstremitas bawah dengan pemasangan *external fixator* di RSUP Fatmawati Jakarta yang dikaitkan dengan tujuan khusus penelitian.

4.1 Karakteristik Partisipan

Berdasarkan format data partisipan yang telah dikumpulkan, peneliti mendapatkan 7 partisipan yang berpartisipasi dalam penelitian ini. Usia mereka bervariasi antara 21-46 tahun dengan jenis kelamin partisipan laki-laki sebanyak 5 orang dan perempuan sebanyak 2 orang. Tingkat pendidikan partisipan mulai dari SD, SLTA, Diploma dan Sarjana. Partisipan yang bertempat tinggal di wilayah DKI Jakarta sebanyak 5 orang dan 2 orang lainnya tinggal di wilayah Depok Jawa Barat. Semua partisipan beragama Islam. Pekerjaan dari masing-masing partisipan bervariasi dengan rincian 3 partisipan berwiraswasta, 1 partisipan bekerja sebagai karyawan swasta dan juga seorang mahasiswa di salah satu Universitas swasta di Jakarta, 1 partisipan sebagai buruh dan 2 partisipan sudah tidak bekerja. Tentang status perkawinan, 4 orang partisipan sudah menikah dan 3 partisipan lainnya belum menikah. Berkaitan dengan pemasangan *external fixator*, 4 partisipan memakai Hoffman *external fixator*, 2 partisipan memakai Orthofix *external fixator* dan 1 partisipan memakai Illizarof *external fixator* dengan lama pemasangan post operatif antara 3 hari hingga 5 bulan. Partisipan yang terpasang Illizarof *external fixator* post operatif 3 hari, pernah terpasang Hoffman *external fixator* sebelumnya. Berdasarkan status medis ditemukan adanya infeksi pada 2 partisipan.

Wawancara dengan partisipan dilakukan di tempat dan waktu yang diinginkan partisipan. Tiga partisipan ditemui di rumah partisipan dan 4 partisipan dilakukan di

RSUP Fatmawati, dengan rincian 2 partisipan di ruang perawatan, 1 partisipan di ruang staf administrasi poliklinik dan 1 partisipan di ruang edukasi poliklinik.

4.2 Analisis Tematik

Penelitian ini telah dianalisis dengan menggunakan metode Collaizzi. Berdasarkan tujuan khusus pertama, yaitu respon klien yang mengalami fraktur ekstremitas bawah dengan pemasangan *external fixator* didapatkan 1 tema, tujuan khusus kedua yaitu dampak pemasangan yang dirasakan klien yang mengalami fraktur ekstremitas bawah dengan pemasangan *external fixator* didapatkan 3 tema, tujuan khusus ketiga yaitu dukungan yang diterima klien yang mengalami fraktur ekstremitas bawah dengan pemasangan *external fixator* didapatkan 1 tema, tujuan khusus keempat yaitu pelayanan keperawatan yang telah diterima klien yang mengalami fraktur ekstremitas bawah dengan pemasangan *external fixator* didapatkan 1 tema dan tujuan khusus kelima yaitu harapan klien yang mengalami fraktur ekstremitas bawah dengan pemasangan *external fixator* dalam hal pemberian pelayanan keperawatan didapatkan 1 tema. Tema-tema tersebut adalah : (1) respon psikologis klien, (2) ketidaknyamanan fisik, (3) perubahan pemenuhan kebutuhan dasar, (4) mengalami kerugian finansial, (5) dukungan sosial yang diterima, (6) pelayanan keperawatan yang telah diterima, dan (7) harapan-harapan klien terkait dengan pemberian pelayanan keperawatan.

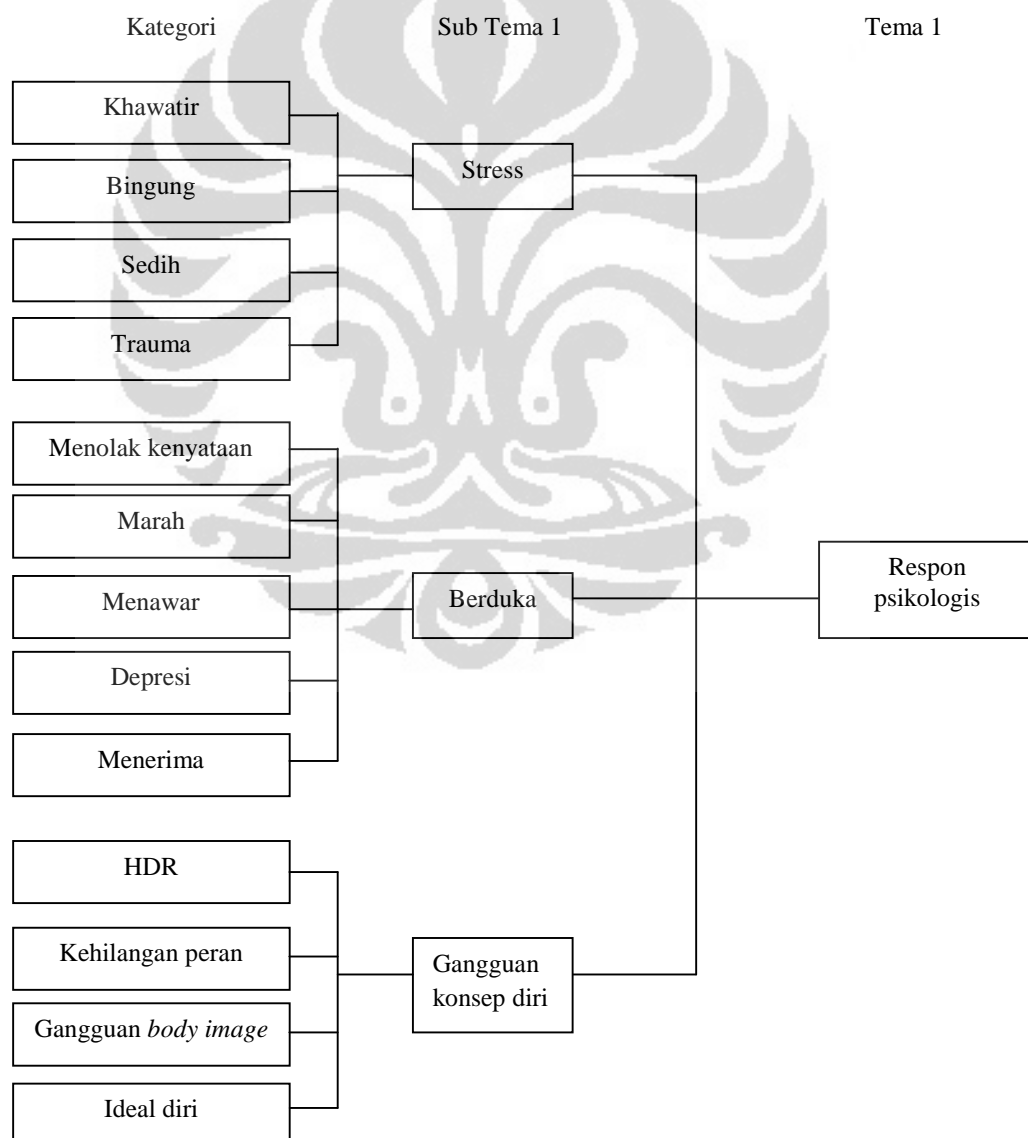
Tema-tema yang dihasilkan dalam penelitian ini dibahas secara terpisah untuk mengungkapkan makna berbagai pengalaman partisipan yang mengalami fraktur ekstremitas bawah dengan pemasangan *external fixator* di RSUP Fatmawati. Meskipun dibahas secara terpisah, tema-tema tersebut saling berhubungan satu sama lain untuk menjelaskan esensi pengalaman para partisipan dalam penelitian ini. Tema-tema yang dihasilkan akan dijabarkan berdasarkan tujuan khusus penelitian, seperti berikut ini :

4.2.1 Respon klien yang mengalami fraktur ekstremitas bawah dengan pemasangan *external fixator*.

Tema 1 : Respon psikologis klien

Respon psikologis yang muncul pada partisipan dengan pemakaian *external fixator* pada penelitian ini adalah stress, berduka dan gangguan konsep diri. Gambaran mengenai sintesa tema ini dapat dilihat pada skema berikut :

Skema 4.1 : Respon psikologis



Rasa stress diekspresikan dengan timbulnya rasa khawatir, bingung, sedih dan trauma. Rasa khawatir ditunjukkan oleh semua partisipan, kecuali partisipan ke-7. Hal-hal yang membuat rasa khawatir adalah kekhawatiran terhadap timbulnya rasa nyeri, khawatir pin terlepas, khawatir terbentur dengan benda lain, khawatir lama terpasang alat, dan khawatir terhadap timbulnya persepsi negatif dari orang lain terkait dengan pemasangan *external fixator*. Hal tersebut diungkapkan sebagai berikut :

“Saya tetap takut nyeri karena disenggol dikit aja udah terasa”. (P1)

”Ada rasa takut juga sih ngeliat pen-nya, takut lepas gitu”. (P6)

“Cuma saya takut kelamaan doang. Kelamaan dipasang gitu. Masalahnya saya kan usaha jadi, ga bisa dipakai kemana-mana kan kalo pakai pen gini.Biarpun saya pakai tongkat, kalau saya pakai besi gini, saya masih takut jalan. Takut kesenggol, nyangkut gimana gitu kan. Nanti tulang saya rusak. ...”. (P3)

”Cuma yang aku takutin gini, kayak gini keliatan orang, mereka jijik ga ya ngeliat kita (sambil menunjukkan bekas luka-luka di area pemasangan pen)”. (P5)

Rasa bingung partisipan dialami oleh empat partisipan yang diakibatkan dengan ketidaktahuan partisipan tentang cara beradaptasi dengan aktifitas sehari-hari dan ketika melihat bentuk dan ukuran *external fixator*. Tiga partisipan juga mengaku merasa sedih akibat pemasangan *external fixator*. Berikut pernyataan salah satu partisipan tentang rasa bingung dan sedihnya :

“...Ya sedih juga ya...Saya kaget..... Kok kaki saya kayak gini, gimana ceritanya. Kok begini, gimana saya harus pakai baju, pakai celana gitu. Saya bingung”. (P2)

“Pas liat alatnya,besar banget. Kok kayak gini ...”(P7)

Trauma terhadap berkendara motor dan kejadian kecelakaan juga dialami dua partisipan. Ungkapan yang menggambarkan trauma diungkapkan partisipan di bawah ini :

“Kapok sih naik motor..... Kapok, serius”. (P3)

“Kadang kejadian yang udah tuh kayak berasa di depan mata lagi gitu. Pas jeblak gitu, ingat lagi (sambil menggerakkan kepala ke arah kiri menggambarkan posisi jatuhnya). Masih ada trauma.”. (P5)

Respon psikologis lain yang ditunjukkan partisipan adalah berduka (*griefing*) dengan berbagai tahapan berduka. Tahapan berduka yang dimaksud adalah menolak kenyataan (*denial*), marah (*anger*), mencoba menawar (*bargaining*), depresi dan menerima (*acceptance*). Berikut ini adalah ungkapan partisipan yang menggambarkan bahwa partisipan pernah menolak kenyataan (*denial*) :

“Kok Allah ngasih ujian sama saya kayak gini. Kenapa ga orang lain aja, yang jahat kan banyak. Kayaknya saya sholat terus, baik sama tetangga, kok bisa kayak gini”. (P6)

Partisipan juga pernah mengungkapkan marahnya dengan cara mengungkapkan rasa kecewanya dan menyesali diri

“...., saya kecewa aja”. (P1)

“Nyeselin diri, kok jadi seperti ini”. (P2)

Partisipan ke-1 bahkan menolak untuk pulang dari RS, walaupun sudah diizinkan tim dokter. Partisipan tersebut memilih alternatif mengganti *external fixator* yang sudah terpasang 1 bulan lamanya. Ungkapan yang diucapkan partisipan sebagai berikut :

”.....saya belum mau pulang dari RS soalnya mau pasang pen dalam aja.masih mending pasang pen dalam aja. Jadi saya minta pasang pen dalam aja. Kan dikasih 2 alternatif, mau diterusin apa mau pasang pen dalam ?” (P1)

Tahapan depresi juga dialami oleh tiga partisipan. Tahapan ini diekspresikan partisipan dengan menolak keluar rumah, menangis, merasa sedih dan merasa putus asa. Berikut ungkapannya :

” Aku ga mau keluar rumah.depresi banget (sedih tetapi sambil tertawa kecil)... Saya nangis aja. Karena saya kan masih suka nangis, kok gini, jadi nangis gitu. Sering nangisnya daripada ga’-nya....”.(P2)

“Kalau sedih ada lah ya. Sampai berkecamuk sampai sekarang,...” (P5)

“Hidup jadi ga berarti lagi. Saya sebenarnya putus asa juga (terdiam sesaat)....” (P6)

Tiga partisipan berada dalam tahap menerima dengan alasan bahwa pemasangan *external fixator* merupakan pilihan terbaik bagi mereka. Partisipan ke-5 bahkan merasa sangat yakin akan mampu menghadapi segala konsekuensi pemasangan. Berikut ungkapan yang disampaikan partisipan :

”Tapi ya kata dokter ini yang terbagus, ya udah. Yang penting kaki saya cepat sembuh gitu. Saya pilih yang terbaik aja”. (P3)

“...Tapi yang aku yakinin, aku bisa selesai-in ini”. (P5)

Respon psikologis lain yang dirasakan partisipan adalah gangguan konsep diri, yang meliputi harga diri rendah, kehilangan peran, gangguan *body image* dan ideal diri. Empat partisipan mengungkapkan bahwa dirinya mempunyai harga diri rendah sejak pemasangan *external fixator*, kecuali pada partisipan ke-3,5 dan 7. Bahkan partisipan ke-4 juga merasa menjadi beban buat dirinya sendiri dan juga orang tuanya,

sedangkan pada partisipan ke-1 menolak untuk pulang ke rumah, walaupun sudah diizinkan oleh dokter RS.

“Ya, jadi beban aja, mbak. Menjadi beban buat diri sendiri, orangtua. Jadi ga bisa ngapa-ngapin jadinya kan. Jadi risih....Serasa agak minder sedikit,... Mungkin kan jadi bahan perhatian juga dengan keadaan kayak gini”. (P4)

“Memang kemarin suruh pulang, saya belum mau pulang dari RS soalnya mau pasang pen dalam aja. Kayak gini ga pede-lah, istilahnya. Ga pede.... Kalo kita jalan dengan kaki kayak gini ga pede, masih mending pasang pen dalam aja. Jadi saya minta pasang pen dalam aja”. (P1)

Semua partisipan juga mengaku kehilangan peran, baik sebagai seorang kepala keluarga, ibu rumah tangga, mahasiswa dan bahkan kehilangan pekerjaan. Salah satu ungkapkan partisipan adalah :

“Yaaaa.... Saya jadi hilang pekerjaan. Sekarang istri saya sendirian yang kerja untuk cari makan. Bantu-bantu nyuci ngegosok di perumahan sebelah. Seharusnya kan saya. Sebenarnya saya malu juga, kan saya sebagai kepala keluarga. Saya malu sama istri...malu sama saudara. Tapi istri saya sih maklum aja. Kan cuma sementara aja katanya.”.(P6)

“Kuliah masih cuti... Ini udah cuti 2 semester“. (P5)

Gangguan *body image* juga tergambar dari ungkapan partisipan ke-1, 2, 4 dan 6, bahkan partisipan ke-2 mengungkapkan penolakannya untuk melihat kaki yang terpasang *external fixator*, dengan ungkapan sebagai berikut :

Yaaaah...kayak robot aja....Masih mending kayak robot beneran, pakai besi seluruh badannya. Ya, kalau kita, pakai besi kakinya aja. (P1)

..... jalan kan saya juga udah pincang. (P4)

.....saya ga mau ngeliat kaki saya. Sampe 3 hari saya ga mau ngeliat kaki saya....(P2)

Berkaitan dengan ideal diri, partisipan ke-2, 4 dan 6 mengungkapkan bahwa dirinya tidak mempunyai harapan tentang masa depan, sedangkan partisipan ke-3, 5 dan 7 mengungkapkan masih mempunyai masa depan. Salah satu ungkapan partisipan adalah :

“...dengan kondisi kaki kayak gini, saya ga punya mimpi masa depan apa-apa, Mbak. ... Kalo tentang saya gimana-gimananya nanti ya urusan nanti aja. Kalau tentang gimana kedepannya, belum saya pikirin.” (P2)

“Kalau masa depan tetap harus punya, dalam arti aku harus tetap lanjutkan pendidikan. Hidupku harus bisa berjuang sampai S-1, bahkan bisa lebih. yang aku yakinin, aku bisa selesai-in ini. ...” (P5)

4.2.2 Dampak pemasangan yang dirasakan klien yang mengalami fraktur ekstremitas bawah dengan pemasangan *external fixator*

Tema 2 : Ketidaknyamanan fisik klien

Pemasangan *external fixator* adalah tindakan invasif yang mempunyai resiko bagi klien yang menjalaninya, termasuk ketidaknyamanan fisik, seperti keluhan fisik dan infeksi. Gambaran mengenai sintesa tema ini dapat dilihat pada skema berikut :

Skema 4.2 : Ketidaknyamanan fisik



Keluhan fisik yang dirasakan partisipan adalah adanya rasa pegal dan pusing. Rasa pegal dialami oleh partisipan ke-1, 3 dan 7, sedangkan pusing hanya dikeluarkan partisipan ke-3. Hal tersebut diungkapkan partisipan sebagai berikut :

Pegel.... Balik sini pegel, balik sini pegel. Kanan kiri pegel. (P7)

"..... Saya pusing kalo kelamaan ngebawa kaki.... Akhirnya duduk dulu. Istirahat dulu, baru jalan lagi. ... Pegel banget. Lebih sering pegelnya daripada sakitnya..." (P3)

Ketidaknyamanan fisik yang dialami partisipan terkait dengan adanya tanda-tanda infeksi dibuktikan dengan adanya ungkapan keluhan dari semua partisipan seperti timbulnya bengkak, rasa panas, keluar darah / nanah, pen yang terlepas, demam dan nyeri. Hal tersebut dibuktikan dengan adanya ungkapan partisipan sebagai berikut :

"Jadi sebelum operasi bengkak...sesudah operasi juga bengkak tapi berkurang". (P1)

"Nyerinya tuh seperti ngebet gitu...kayak ketarik uratnya. Ada rasa panasnya juga. Nyerinya cuma di kaki aja. Kemarin ada infeksi sedikit tuh di lukanya, ...Ga taunya di dalamnya ada semacam cairan.... Ga taunya ada infeksi, ada yang kotor di dalem. Udah dikeluarkan. Setelah dikeluarkan udah agak enakan....sebelum dikeluarkan badan meriang, panas dingin tapi badan ga panas. Sama kakinya ngiluuuuuu, ngebet." (P4)

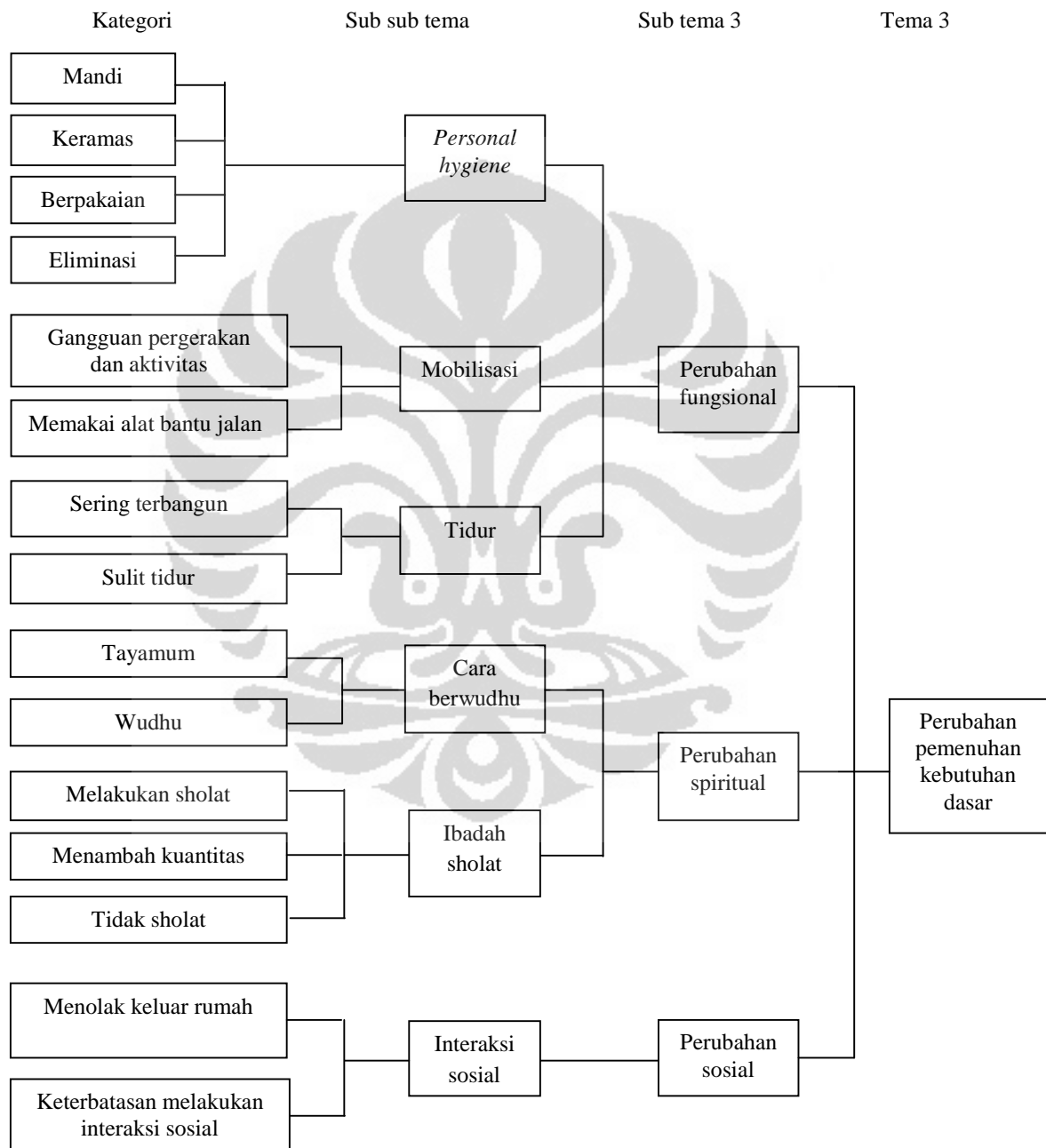
"Tau-taunya, besinya nih.... pakunya ini lepas dari daging. ... Ya udah, suruh langsung bawa ke Rumah Sakit. ..., dirontgen. katanya di-operasi ulang...Kata dokter, tetap pakai pen luar tapi ditambah kekuatannya gitu." (P3)

Tema 3 : Perubahan pemenuhan kebutuhan dasar

Tema ini juga untuk menjawab tujuan khusus kedua yaitu untuk mengetahui dampak pemasangan yang dirasakan klien yang mengalami fraktur ekstremitas bawah dengan pemasangan *external fixator*. Perubahan pemenuhan kebutuhan dasar yang dirasakan pada klien dengan pemasangan *external fixator* adalah perubahan fungsional,

spiritual dan sosial. Gambaran mengenai sintesa tema ini dapat dilihat pada skema berikut :

Skema 4.3 : Perubahan pemenuhan kebutuhan dasar



4.2.2.1 Perubahan fungsional

Perubahan fungsional yang terjadi pada partisipan adalah dalam melakukan aktivitas *personal hygiene*, mobilisasi dan tidur. Aktivitas *personal hygiene* terdiri dari aktivitas mandi, keramas, berpakaian dan eliminasi. Enam partisipan mengungkapkan bahwa partisipan tidak dapat mandi seperti biasa sehingga hanya mandi dengan membasuh tubuhnya dengan menggunakan *washlap* dengan frekuensi 2x sehari, sedangkan partisipan ke-4 dapat mandi dengan membasuh seluruh tubuhnya menggunakan air tetapi bagian kaki yang terpasang *external fixator* ditutup dengan menggunakan plastik dengan frekuensi 1x/hari. Hal tersebut diungkapkan sebagai berikut :

“Saya ga pernah mandi, cuman di-lap basah aja. Di-lap basah pakai air hangat aja. ... Di-lap basah sendiri tapi air buat mandi diambilin sama istri gitu kan. Saya ngelap sendiri pakai handuk sama air hangat gitu kan. Pagi sama sore mandinya. “. (P3)

“Kalau mau mandi, kakinya dibungkus pakai plastik. Mandi pakai air, diguyur. Plastiknya pakai yang ukuran besar, tuh. Bagian sini aja sampai bawah diplastikkin (sambil menunjukkan batas dengkul dengan telapak kaki). Bagian atasnya diikat jadi air ga merembes ke dalam. Diikat pakai solasi.... Mandinya paling sehari sekali “. (P4)

Pada aktifitas keramas, partisipan mengatakan bahwa dirinya keramas di tempat tidur dengan menggunakan ember untuk menampung air dengan frekuensi 2 minggu sekali. Hanya partisipan ke-5 yang bercerita tentang aktivitas keramas, dengan ungkapan sebagai berikut :

“... Kalo keramas disitu (sambil menunjuk ke arah pinggiran tempat tidur bagian kaki). Kepalanya di sana, dipake-in plastik, bawahnya ember. ... keramas tuh 2 minggu sekali, soalnya ribet, kasian yang bantu-in. ... Kan repot ngangkat-ngangkat embernya. Terus ngebersihin lantainya, ngerapihin alatnya. Kecret-kecretan di lantai kan basah semua. Keramasnya juga ga mungkin sempurna la ya.“ (P5)

Terkait dengan berpakaian, tampak perubahan jenis pakaian yang dapat dipakai. Hanya partisipan ke-1 yang mengungkapkan bahwa ia hanya bisa memakai sarung, sedangkan 5 partisipan yang lain lebih senang memakai celana pendek. Partisipan wanita ke-2 juga mengemukakan bahwa terkadang juga memakai rok pendek, selain memakai celana pendek. Ungkapan partisipan tersebut adalah sebagai berikut :

“.....cuma pakai baju atas aja. Kalau bawah, cuma pakai kain sarung aja“. (P1)

“... Kalau di rumah, saya pakai celana pendek atau rok pendek terus, ..“. (P2)

Bahkan partisipan ke-5 membuat celana pendek dan celana dalam yang dimodifikasi sendiri, demikian ungkapannya :

“.....Ini celana yang aku bikin...di bagian samping celana, dibuat resleting dari atas sampai bawah.... Aku sih bikin cuma 2, Mbak. Celana dalam juga bikin. Jadi celana dalam yang sudah jadi, saya modified, tambahin kancing dan bolongannya di depannya, kanan kiri. Pake tali, tek. Celana sama CD Dibikinin sama tukang jahit. Aku kasih gambar. ...“. (P5)

Berkaitan dengan eliminasi, partisipan ke-1, 2, dan 5 menggunakan pisvot jika hendak BAK, sedangkan partisipan ke-3 dan 7 menggunakan pisvot hanya di malam hari dan 2 partisipan lainnya tetap ke kamar mandi. Penggunaan pampers kain ketika ingin BAB dilakukan oleh partisipan ke-1 dan 5, sedangkan 4 partisipan lainnya pergi ke kamar mandi. Berikut ungkapan partisipan :

“Buang air kecil saya pakai pisvot. Kalau buang air besar tetap di sini aja pakai...yang kain besar gitu, warna hijau...bukan pempers kayak bayi yang ditempel di sini (menunjuk perut) tapi pakai kain warna hijau kayak taplak meja. Nanti setelah BAB, pup-nya baru dibuang sama istri. Yang nyebokin juga istri, pakai lap yang di-air-in. Lap nya nanti dicuci sama istri di kamar mandi“.(P1)

“Kalau buang air kecil kalau siang saya ke kamar mandi. ...Kalau malam kan saya malas ke kamar mandi, jadi pakai pisvot. Kalau buang air besar, saya sendiri juga ke kamar mandi. Saya ga bisa cebok, jadi bersihnya pakai tisu basah. Saya pakai WC yang jongkok, bukan yang duduk....Saya nahan pakai tangan, nih kaki saya selonjorin, dilurusin, dikasih ganjalan pakai bangku

pendek, terus saya jongkok di WC jongkok itu. Kalau normalnya kan jongkok dua-duanya, nah saya cuma sebelah jongkoknya...”.(P3)

Mobilisasi partisipan mengalami beberapa gangguan pergerakan dan aktifitas. Gangguan pergerakan dialami oleh semua partisipan, misalnya karena *external fixator* terbentur dengan benda lain ataupun karena sulit untuk digerakkan sehingga mengganggu aktifitas partisipan. Hal tersebut diungkapkan oleh beberapa partisipan di bawah ini :

“..... gerakan tuh terganggu. Kadang kena benturan ujung pen-nya tuh. Gerak dikit aja kayak oblok gitu. Oblok tuh kayak ada yang patah. Pas bergerak tuh kayak ada yang aneh lah di dalam situ (menunjuk ke arah pen) “. (P1)

“Aktivitas sehari-hari yang jelas keganggu ya iya. Apalagi kakiku yang kiri juga ga bisa gerak bebas. Jadi ya itu, kalau misalnya aku mau pindah seperti tadi, mesti ngesot gitu. Terus kalau kaki yang kanan harus selalu digantung karena dia granulasinya lama, masih muda kulitnya, kalau napak dikit makin lama akan lembab, lembab, lembab, lengket, terus tiba-tiba lecet sedikit. Kalau sudah lecet agak lama keringnya lagi“. (P5)

Semua partisipan juga memakai alat bantu jalan, kecuali partisipan ke-5. Ungkapan yang dikatakan partisipan seperti di bawah ini :

“Ga bisa jalan, cuma berdiri aja. Berdiri.... dengan bantuan kursi roda, saya berdiri di belakang kursi roda. Jalan 1 langkah, 2 langkah sudah bisa. (P2)

“Kan jalan sekarang harus selalu pakai kruk.... Jalan aja sulit. Cuma bisa berjalan pakai tongkat. Kurang lincah seperti sebelum dipasang alat ini“. (P6)

Partisipan juga mengalami gangguan fungsional tidur, seperti sering terbangun dan sulit tidur semenjak terpasangnya *external fixator*. Semua partisipan, kecuali partisipan ke-5, mengungkapkan sering terbangun dari tidur karena berbagai alasan, seperti harus mengubah posisi, kaki yang terasa pegal ataupun karena harus melihat posisi *external fixator* ataupun juga takut terbentur benda lain.

“...Tapi jadi sering bangun juga karena harus rubah posisi....Kadang dari tidur bisa bangun juga karena kaki kram ... “ (P1)

“Terbangunnya karena harus ngeliatin pen-nya apa ada yang kesenggol“.(P4)

Kesulitan tidur juga dialami partisipan ke-2, 3, dan 5 yang pada umumnya diakibatkan karena timbulnya rasa nyeri ataupun beban pikiran. Pernyataan yang diungkapkan partisipan seperti di bawah ini :

“....saya ga bisa tidur dari kemarin malam, semalam juga ga bisa tidur.... Tau-tau udah nyeri aja di mata kaki saya, di bautnya, baut sini, nyeri semua tuh. ...Sampe pagi.Ga bisa tidur. Ya, tidurnya jadi sebentar terus kebangun lagi gitu kan. “. (P3)

“Kalau gangguan tidur itu...mungkin karena pikiran aja kali ya.Mikirin kuliah, mikirin kerjaan, mikirin utang, semua numpuk. Gimana sih, kayak di gong-in apa gitu di kepalaku (sambil memeragakan menabuh gong). ...Aq sudah berusaha, Ya Allah, aq pengen tidur 15 meniiiiit aja. Kadang-kadang kalau aku udah kecapek-an, mungkin lep gitu, lelap. Tapi kebangun lagi“. (P5)

4.2.2.2 Perubahan spiritual

Perubahan pemenuhan kebutuhan dasar spiritual yang muncul pada klien fraktur ekstremitas bawah dengan pemasangan *external fixator* terdiri dari perubahan cara berwudhu dan ibadah sholat. Lima partisipan, kecuali partisipan ke-3 dan 4, mengungkapkan bahwa ia tidak dapat berwudhu secara langsung dengan menggunakan air, sehingga partisipan lebih menyukai berwudhu dengan cara tayamum. Hanya partisipan ke-4 saja yang berwudhu dengan menggunakan air, walaupun bagian kaki yang terpasang *external fixator* tidak dibasahi dengan air. Ungkapan yang diucapkan partisipan seperti berikut ini :

“Wudhu tayamum. Debunya diambil dari tembok. Kalau tayamum, gini aja sih. Tangan sama muka dibasuh pakai debu (sambil memeragakan gerakan tayamum). (P7)

“....paling wudhu sampai disini aja nih (menunjukkan posisi dengkul). Pakai air“. (P4)

Enam partisipan, kecuali partisipan ke-3, mengungkapkan bahwa mereka tetap melakukan ibadah sholat, walaupun tidak dengan posisi berdiri. Tiga partisipan, yaitu partisipan ke-1, 4 dan 7 mengungkapkan bahwa mereka sholat sambil tidur terlentang, seperti diungkapkan kedua partisipan di bawah ini :

“Kalau sholat saya terlentang aja. Yang penting, dari awal bacaan kita bacaan sholat aja. Saya gerak yang bisa aja. Kalau gerakan yang sulit ya gerak ala kadarnya aja“. (P1)

Partisipan ke-2 dan 5 melakukan sholat dengan posisi duduk. Ungkapan yang diceritakan partisipan adalah sebagai berikut :

“Sholatnya melonjor, duduk. Rukuknya begini (memberikan contoh rukuk sambil duduk), sujudnya begini (menundukkan kepala lebih dalam lagi daripada ketika mencontohkan gerakan rukuk). Pakai mukena panjang“. (P2)

Partisipan ke-5 bahkan mengungkapkan bahwa semenjak terpasang *external fixator*, kuantitas ibadah sholatnya bertambah, misalnya dengan sholat dhuha. Ungkapan yang diceritakan partisipan adalah sebagai berikut :

“....Terus aku tambah Alhamdulillah sudah membiasakan sholat Dhuha..... Tapi semakin kemari, Alhamdulillah semakin sering gitu“. (P5)

Hanya partisipan ke-3 saja yang mengungkapkan tidak pernah lagi melaksanakan ibadah sholat karena merasa tidak bersih akibat tidak pernah mandi. Ungkapan partisipan ke-3 seperti berikut ini :

“.....saya ga sholat selama kaki saya sakit. Masalahnya saya ga bisa bersih, gitu kan. Kadang.... Yah, karena nggak mandi kali ya, jadi kurang afdhol aja sama saya“. (P3)

Partisipan yang laki-laki juga mengungkapkan ketidakmampuannya melaksanakan ibadah sholat Jum'at. Hal tersebut diungkapkan partisipan dengan ungkapan sebagai berikut :

“... Kalau sholat Jum’at sampai sekarang ga sholat Jum’at“ .(P4)

4.2.2.3 Perubahan sosial

Perubahan sosial yang muncul pada klien fraktur ekstremitas bawah dengan pemasangan *external fixator* terkait interaksi sosialnya dengan orang lain. Partisipan ke-1 dan 2 menolak untuk keluar rumah karena tidak ada keinginan untuk keluar rumah ataupun tidak mempunyai keberanian, seperti ungkapan berikut ini :

“*Aku ga mau keluar rumah. Ga ada keinginan untuk keluar rumah juga. Ga, ga pengen keluar rumah karena terganggu. Ganggu sekali. Jangankan keluar rumah, di rumah aja dengan pemasangan pen ini merasa ga enak, apalagi keluar rumah. Jadi saya takut gitu. Takut kena panas, takut kena matahari, atau kena apa. Ga...ga....ga berani,..* “ . (P2)

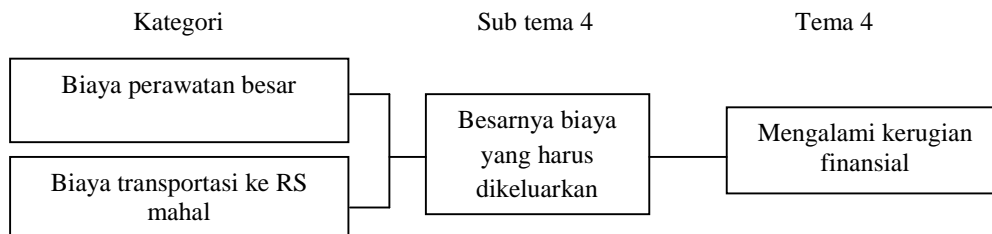
Sedangkan pada partisipan lainnya mengungkapkan keterbatasannya melakukan interaksi sosial disebabkan karena ketidakmampuan fisik seperti diungkapkan salah satu partisipan di bawah ini :

“...jadi terbatas ya ketemu tetangga atau saudara. Mmmm.... Sebenarnya saya senang aja kalau ketemu banyak orang. Ngobrol. Tapi sekarang ya jadi terbatas ya. Nggak bisa jauh-jauh, paling tetangga samping rumah kalo saya lagi bosan. Kalo besi kayak gini, kayaknya berat untuk jalan jauh“ . (P6)

Tema 4 : Mengalami kerugian finansial

Tema ini juga untuk menjawab tujuan khusus kedua yaitu untuk mengetahui dampak pemasangan yang dirasakan klien yang mengalami fraktur ekstremitas bawah dengan pemasangan *external fixator*. Kerugian finansial yang muncul pada klien fraktur ekstremitas bawah dengan pemasangan *external fixator* disebabkan karena besarnya biaya yang harus dikeluarkan. Gambaran mengenai sintesa tema ini dapat dilihat pada skema berikut :

Skema 4.4 : Mengalami kerugian finansial



Besarnya biaya yang harus dikeluarkan diungkapkan oleh partisipan ke-1, 2 dan 3. Biaya tersebut dipergunakan untuk membayar biaya perawatan, walaupun partisipan mendapatkan potongan biaya sebesar 50% dengan memakai fasilitas SKTM. Hal ini dari ungkapan partisipan seperti di bawah ini :

“Biayanya besar, Mbak untuk biaya rawat. Kurang lebih...di Fatmawati sudah 55 juta. Kalau di luar dari sini, sudah habis 10 juta saya. Pas kejadian kan saya dirujuk ke RS Bakti Yudha, otomatis saya bayar ke sana. Rontgen, atau untuk pertolongan pertama lah.Tapi sebelum tanggal tempo SKTM, tetap berjalan 100%, kecuali pas mulai berlakunya SKTM, baru ditanggung 50%. Kalo ga salah, operasi pertama, itu belum ditanggung SKTM“ (P1)

Partisipan mengungkapkan bahwa biaya yang besar bukan hanya untuk membiayai biaya perawatan, namun juga biaya transportasi ketika partisipan harus kontrol ke poliklinik RS. Hal tersebut terungkap dalam ungkapan partisipan, sebagai berikut :

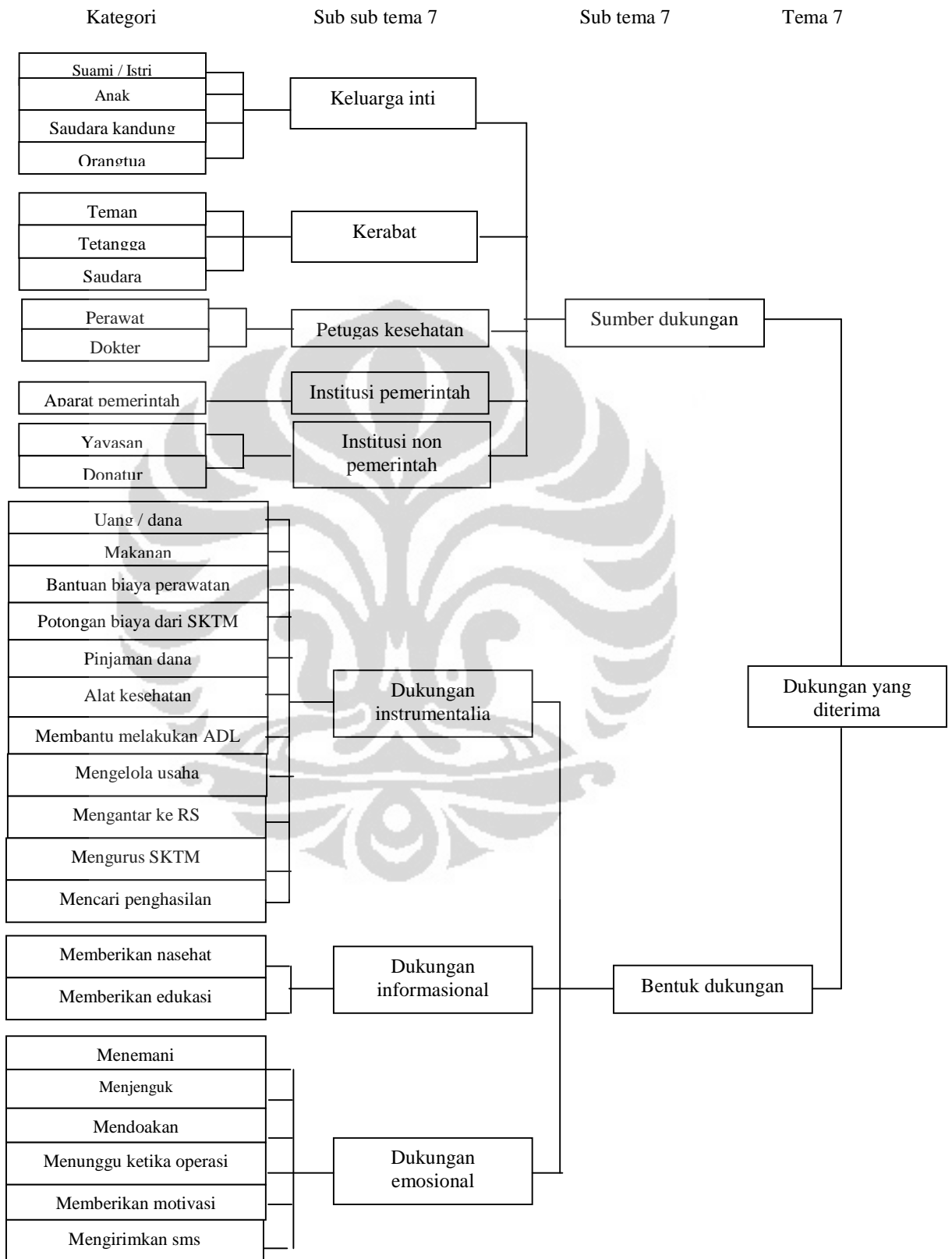
“...Cuma di kendaraannya aja, maksudnya taksinya aja yang agak mahal. Tadi aja kesini bayar 30 ribu“. (P2)

4.2.3 Dukungan yang diterima klien yang mengalami ekstremitas bawah dengan pemasangan *external fixator*.

Tema 5 : Dukungan sosial yang diterima

Gambaran mengenai sintesa tema ini dapat dilihat pada skema berikut :

Skema 4.5 : Dukungan yang diterima



Dukungan sosial yang diterima pada klien fraktur ekstremitas bawah dengan pemasangan *external fixator* berasal dari sumber dan bentuk dukungan yang berbeda-beda. Sumber dukungan partisipan diperoleh dari keluarga, kerabat, petugas kesehatan, institusi pemerintah dan institusi non pemerintah. Sedangkan bentuk dukungan mempunyai yang diterima berupa dukungan instrumentalia, emosional dan dukungan informasional.

Partisipan mengemukakan bahwa dukungan yang diterima dari keluarga inti berasal dari istri/suami, anak, saudara kandung, ataupun orangtua. Berikut ini adalah ungkapan partisipan :

“Dukungannya dari suami sih“. (P2)

“...kalau saya ada perlu, baru saya panggil, misalnya buat nganterin saya ke Rumah Sakit. Yang itu tadi anak saya,“ (P2)

“Begitu kejadian kakak datang ...“. (P1)

“...dari orang tua sih“. (P4)

Partisipan juga menerima dukungan dari kerabat, yaitu dari teman ataupun tetangga. Ungkapan yang disampaikan partisipan adalah :

“Kemarin yang nganterin ke RS juga temen...“. (P4)

“Kalau tetangga-tetangga lagi ke sini pada nengokin...“(P5)

Partisipan juga menyebutkan bahwa dukungan juga diterima dari petugas kesehatan, misalnya dari perawat dan dokter. Hal ini pernah diungkapkan perawat dimana partisipan meminta bantuan untuk dimandikan.

“Kalau lagi ga ada istri, mandinya baru minta bantuan sama suster (menggaruk-garukkan kepala) “. (P1)

“Kalau itu dokter yang ngajarin. Kata dokter, selama di rumah, gosok-gosok pakai alkohol biar bakterinya ga masuk ke dalam“. (P3)

Semua partisipan, kecuali partisipan ke-3 dan 5 juga pernah mendapatkan bantuan dari aparat pemerintah, misalnya RT/ RW, kelurahan, Kecamatan dan Puskesmas ketika mengurus SKTM. Ungkapan yang diceritakan partisipan adalah :

“RT...RW...kelurahan juga...kecamatan...Puskesmas....Dinas kesehatan ..pas ngurus SKTM “. (P4)

Partisipan ke-2 menyebutkan bahwa ia juga mendapatkan bantuan dari sebuah yayasan, sedangkan dua partisipan ke-5 dan 6 mendapatkan bantuan dari donatur. Salah satu ungkapan yang dikemukakan partisipan adalah :

“...cuman operasi pen-nya yayasan yang tanggung. ... Sampai sekarang pun, termasuk buka pen dalam, dia yang tanggung“. (P2)

“Besoknya aku dikasih kursi roda, tapi katanya dari orang yang ga mau dikasih tahu namanya“. (P5)

Adapun bentuk dukungan yang diterima partisipan bermacam-macam, misalnya dukungan instrumentalia, emosional dan informasional. Dukungan instrumentalia yang diterima hampir semua partisipan adalah berupa bantuan untuk melakukan ADL, potongan biaya SKTM dan diantarkan ke RS ketika ingin kontrol berulang.

“Kalau mandi dibantu sama istri...Nanti setelah BAB, pup-nya baru dibuang sama istri. Yang nyebokin juga istri, pakai lap yang di-air-in. Lap nya nanti dicuci sama istri di kamar mandi“. (P1)

“Kalau pakai SKTM tuh biaya setengah-setengah. Maksudnya setengah ditanggung SKTM dan setengahnya lagi biaya dari kita “. (P4)

“Kemarin yang nganterin ke RS juga temen.... Biasanya mereka bergantian, siapa yang bisa aja, yang ga lagi sibuk“. (P4)

Bantuan alat kesehatan hanya dirasakan partisipan ke-5 dan 6. Bantuan berupa pinjaman dana atau berupa uang hanya dirasakan ke-1, 3 dan 4. Partisipan ke-3 dan 6

juga mendapatkan bantuan berupa digantikan mengelola usaha atau mencari penghasilan. Berikut ini adalah ungkapan yang diberikan partisipan :

“Kruknya dikasih sama donatur. Saya juga ga kenal”. (P6)

“...kalau kekurangan dana tinggal bilang aja (sambil tertawa). Orang Padang kan ada perkumpulannya....Jadi sesama kita, kalau ada yang susah... dipinjamkan dulu, dibantu... nanti diganti....” (P3)

“Jadi kalau soal belanja barang dagangan, saya suruh adik saya jemput barang yang dipesan. Istri cuma ambil setoran toko aja”. (P3)

Dukungan emosional semangat / motivasi / doa dirasakan oleh semua partisipan. Partisipan ke-1 dan 7 ditemani selama di RS, bahkan partisipan ke-1 juga mengungkapkan ditunggu pada saat operasi. Partisipan ke 1, 4 dan 7 mengungkapkan bahwa mereka dijenguk teman, tetangga atau kerabat. Berikut salah satu ungkapan partisipan :

“Nyemangatin terus biar cepat sembuh”. (P4)

“... waktu operasi nungguKalo anak sekali mereka datang berkunjung waktu hari Minggu kemarin. Semuanya (P1)

Dukungan informasional diterima partisipan ke-3, 4 dan 5 berupa nasehat untuk mengikuti anjuran dokter dan terbuka ketika ada keluhan yang dirasakan.

“Nasehatin ikutin aja kata dokter. Apa yang terbagus dari dokter, ikutin aja...”(P3)

“Kalau Bapak cuman bilangin aja sih kalau ada apa-apa, ngomong. Maksudnya kalo ada keluhan atau macam-macam, ngomong biar langsung periksa ke Fatmawati. Jangan kalo ada apa-apa diem aja. Takutnya nanti ada infeksi lagi kaya kemaren-kemaren”. (P4)

Dukungan informasional lain yang diterima semua partisipan, kecuali partisipan ke-5 adalah edukasi tentang mobilisasi, efek samping medikasi, perawatan luka dan nutrisi. Berikut ini adalah salah satu contoh ungkapan partisipan :

“Disuruh ngencengin kaki. Kakinya diregangin. Diongkang-ongkang, terus digerakkan ke atas, ke bawah. Dilatih gitu, dilemesin. Terus diajarin cara ngurus kaki “. (P2)

“... perawatnya bilang udah stop dulu obatnya, jangan diseringin nanti malah menghambat pertumbuhan tulangnya“. (P4)

“...terus ngasih tahu cara bersih-bersihnya.....Perawat yang ngajarin. biar ga infeksi. Yang dibersihin pinggiran-pinggiran besinya“. (P2)

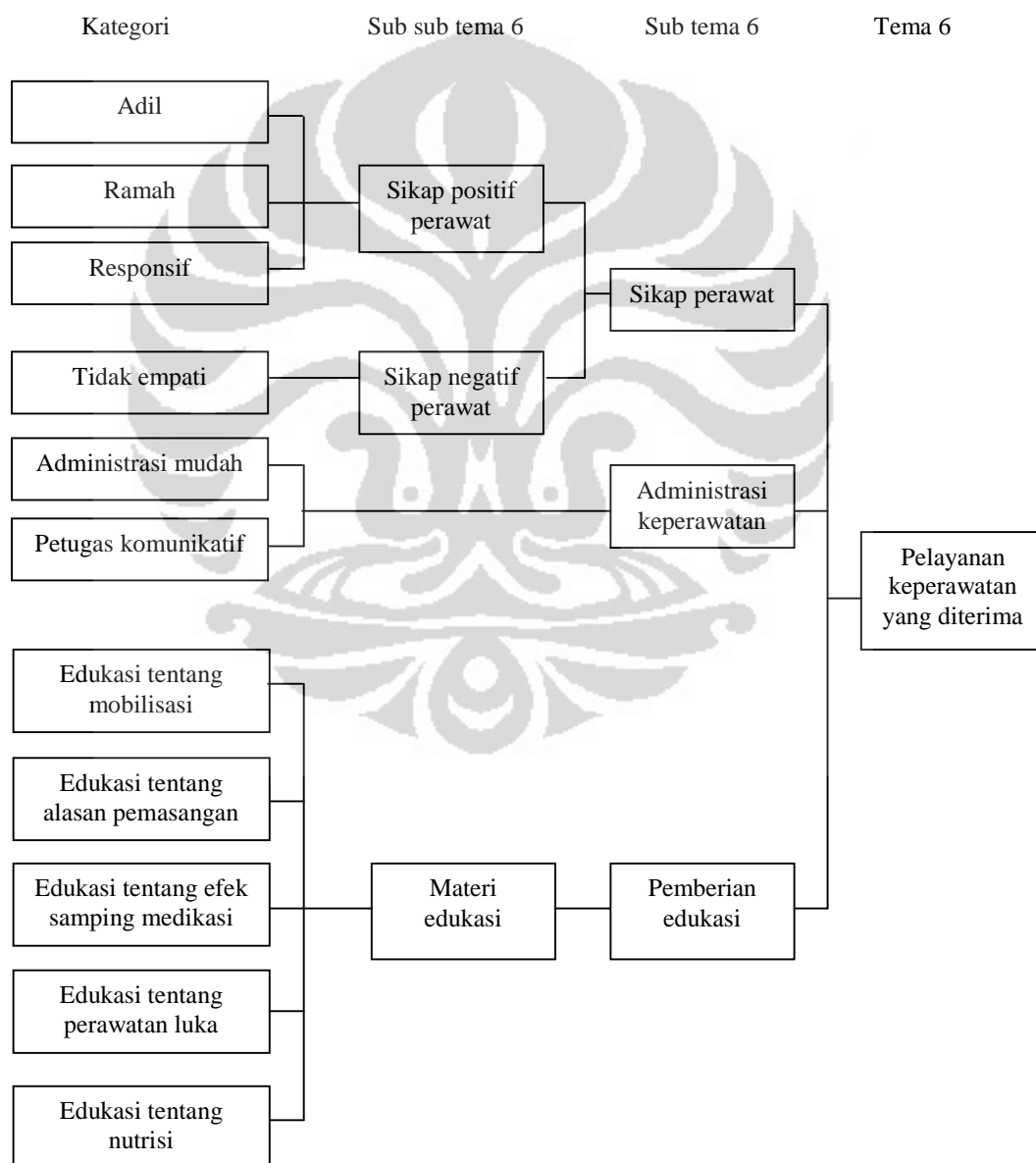


4.2.4 Pelayanan keperawatan yang telah diterima klien yang mengalami fraktur ekstremitas bawah dengan pemasangan *external fixator*

Tema 6 : Pelayanan keperawatan yang telah diterima

Gambaran mengenai sintesa tema ini dapat dilihat pada skema berikut :

Skema 4.6 : Pelayanan keperawatan yang diterima



Pelayanan keperawatan yang telah diterima yang muncul pada klien fraktur ekstremitas bawah dengan pemasangan *external fixator* terdiri dari sikap perawat, administrasi keperawatan dan pemberian edukasi. Partisipan menceritakan bahwa mereka pernah mendapatkan sikap perawat yang positif dan sikap negatif. Sikap positif perawat yang ditampilkan adalah adil, ramah dan responsif, sedangkan sikap negatif perawat terdiri dari tidak empati dan tidak teliti.

Partisipan ke-1 mendefinisikan adil ketika perawat mampu memberikan pelayanan yang sama antar pasien tanpa membedakan apakah partisipan menerima SKTM ataupun partisipan yang membayar tunai. Ungkapan partisipan terhadap pengalamannya yang terkait dengan sikap perawat yang adil adalah sebagai berikut ini :

“Kalau di sini kita disama-in pelayanannya. Kita kan takutnya mentang-mentang kita SKTM lalu dianaktiri-in, untung aja ga”. (P1)

Ramah didefinisikan partisipan sebagai sifat yang suka menyapa, baik, bicara yang tidak menyakitkan dan perhatian. Adapun ungkapan yang dikemukakan partisipan adalah :

“Tapi sebagian besar, bagus lah sikapnya. Nyapa kita kalau pagi-pagi“. (P6)

“....Perawatnya, alhamdulillah, baik sih“ (P4)

“...ngomongnya juga enak semua. Enak semua, sopan, ga ada yang bicara menyakitkan. (P3)

“Aku udah cukup diperhati-in kok, ditanya setiap pagi, sakit atau nggaknya, diperhatiin juga“. (P7)

Partisipan juga menyatakan bahwa sikap perawat yang telah diterima adalah responsif, dimana perawat akan segera datang atau cepat ditanggapi jika partisipan jika dibutuhkan dan tidak marah ketika partisipan minta tolong.

“Kalo kita butuh obat, cepat datang. Kalo kita lagi sakit, cepat datang. Bagus kok. Perawatnya juga kalau kita keluhkan nyeri, cepat ditanggapin. Cepat datang“. (P4, P6)

“Insya Allah kalo di sini ga marah kalo kita minta tolong”. (P1)

Dari seluruh partisipan hanya partisipan ke-5 mempunyai pengalaman mendapatkan sikap perawat yang negatif, seperti tidak empati, walaupun partisipan juga mengemukakan tidak semua perawat. Ketidak-empatian perawat didefinisikan partisipan sebagai sifat yang suka membentak, berwajah tidak bersahabat, bicara tidak sopan dan tidak melakukan kontak mata ketika berbicara. Adapun ungkapan yang dikemukakan partisipan adalah :

“Aku pernah dibentak sama dia. Dia bilang, harusnya kalau kayak begini, harusnya ada yang nunggu dong. Aduh, Mbak. Saya kalau ada yang nunggu, ngapain minta tolong sama Mbak. Aku gitu-in.....Jadi romannya kayaknya ga empati banget sama pasien..... Ada juga yang ngomongnya asal gitu loh, dengan slenge-an gitu. Ga kontak mata. Aku bilang mah, ngadepin orang sakit lemah lembut kek. Ini mah kayak begitu“. (P5)

Administrasi keperawatan yang diceritakan partisipan adalah administrasi yang mudah dan komunikatif. Berdasarkan pengalaman partisipan ke-2 dan 3, diketahui bahwa administrasi keperawatan yang telah diterima adalah mudah dan komunikatif. Hal tersebut diungkapkan dengan pernyataan :

“Kayaknya kalo administrasi mudah deh“. (P2, P3)

“... kalo ada yang harus diurus, perawat bilang ke saya atau keluarga. Ngasih tahu mesti kemana atau mesti ngapain“ (P6)

Partisipan juga menceritakan pengalamannya dalam menerima edukasi, dimana edukasi yang pernah diberikan adalah tentang mobilisasi, alasan pemasangan, efek samping medikasi, perawatan luka dan nutrisi. Terkait dengan pemberian informasi/edukasi, semua partisipan menyatakan mendapatkan edukasi dari perawat dengan bermacam-macam topik. Empat partisipan, yaitu partisipan ke-1, 2, 6, dan 7

mengungkapkan bahwa ia menerima edukasi tentang mobilisasi. Salah satu ungkapan partisipan adalah :

“Disuruh ngencengin kaki. Kakinya diregangin. Dionggang-onggang, terus digerakkan ke atas, ke bawah. Dilatih gitu, dilemesin. Terus diajarin cara ngurus kak“i. (P1, P2, P6, P7)

Partisipan ke-1 menyatakan pernah diberikan edukasi tentang alasan pemasangan *external fixator*. Berikut ungkapan yang diceritakan partisipan :

“Cerita-cerita dari suster aja. Saya nanya kenapa mesti pasang pen luar, katanya biar tulangnya dibantu supaya baik dulu sebelum dikerjain pasang pen dalem”. (P1)

Partisipan ke-1, 3 dan 4 bercerita bahwa mereka pernah mendapatkan edukasi tentang cara minum dan efek samping obat dari perawat. Ungkapan yang diceritakan adalah :

“...kalau perawat ngajarin cuma cara minum obat aja di rumah“. (P3)

“... perawatnya bilang udah stop dulu obatnya, jangan diseringin nanti malah menghambat pertumbuhan tulangnya“. (P4)

Perawat yang memberikan edukasi tentang nutrisi hanya dirasakan partisipan ke-4. Partisipan mengatakan bahwa perawat memberikan edukasi tentang pola makan sehat serta anjuran untuk banyak minum susu. Berikut ini adalah ungkapan partisipan :

“Kata perawatnya jaga pola makan sama banyakin minum air putih.... Pola makan yang banyakin protein, kalsium buat pertumbuhan tulangnya. Itu aja sih. Protein itu dari telur. Makan telur sehari saya bisa enam. Sama susu Anlene, sehari sekali. Ga pernah putus sih Anlene-nya, setiap hari”. (P4)

Hampir semua partisipan menyatakan bahwa perawat memberikan edukasi tentang perawatan luka, kecuali partisipan ke-3 dan ke-5. Perawat memberitahu cara membersihkan luka, apa yang harus dilakukan ketika timbul kerak di area luka serta

mengingatkan agar luka tidak basah terkena air. Berikut ini adalah ungkapan partisipan :

“...terus ngasih tahu cara bersih-bersihnya.....Perawat yang ngajarin. Tangan saya bersihin ya.... pakai yang buat (sambil mengingat-ingat) sabun antibakteri yang saya beli. Bersihannya pakai air hangat dulu. Kassa sama supratulnya saya gunting. Kalau sekarang sih ga pakai supratul lagi. Setelah itu dibersihannya pakai NaCl sama kassa aja, kalau ga pakai Alkohol setiap hari. Setiap hari saya buka perbannya, saya ganti biar ga infeksi. Yang dibersihin pinggiran-pinggiran besinya“. (P2)

“... Kalau timbul kerak, paling dibersihin pakai alkohol. Nanti dia lepas sendiri”. (P4)

“.....Mereka juga bilang kalau lukanya masih basah jangan kena aer dulu”. (P6)

Partisipan ke-5 menyatakan bahwa ia tidak pernah merasa diberikan edukasi dari perawat. Partisipan merasa apa yang diketahui oleh partisipan adalah karena usahanya sendiri, bukan karena perawat yang memberitahu. Partisipan juga mengatakan bahwa yang melatih mobilisasi adalah fisioterapis. Ungkapan partisipan ke-5 adalah sebagai berikut :

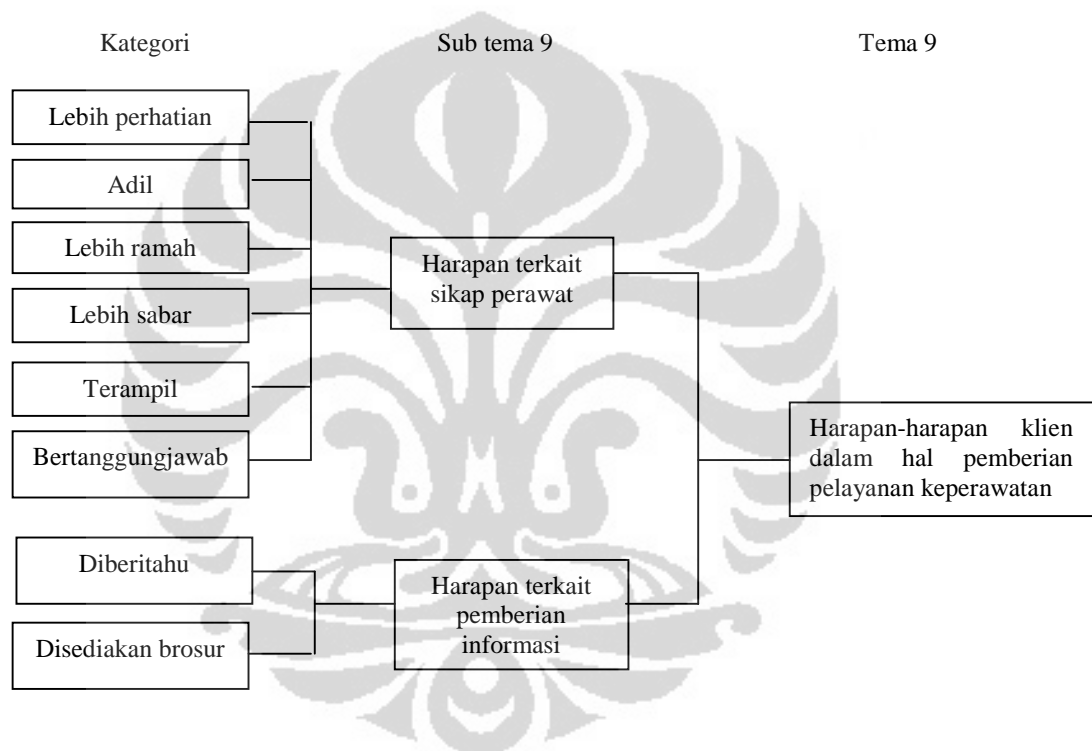
“Sebenarnya kalo diajarin secara resmi sih nggak pernah ya. Ga ada, Mbak. Kalo diajarin ga ada. Cuma aku nyuri ilmu aja caranya bersihin. Kadang aku nanya, Mbak itu apaan sih cairan kayak gitu. Aku baca cairan NaCl. Oh, yang namanya cairan NaCl ini. Terus ngapain ya mesti cuci tangan pakai yang dipencet-pencet gitu. Biar steril, Mbak. Terus apa bedanya sarung tangan yang dibungkus pakai kertas dengan yang biasa yang di box. Kalau itu apa bedanya sih, Mbak, aku tanya. Yang ini steril. Oh, gitu, berarti harga pasti lebih mahal yang ini. Kadang aku juga merhatiin kalau lagi diskusi dengan dokter. Karena nggak ada, Mbak yang namanya diajarin, nggak lah. Kalau ngajarin latihan kaki itu Mas D (menyebut salah satu nama fisioterapis), fisioterapis “. (P5)

4.2.5 Harapan klien yang mengalami fraktur ekstremitas bawah dengan pemasangan *external fixator* dalam hal pemberian pelayanan keperawatan

Tema 7 : Harapan-harapan klien dalam hal pemberian pelayanan keperawatan

Gambaran mengenai sintesa tema ini dapat dilihat pada skema berikut :

Skema 4.7 : Harapan-harapan klien dalam hal pemberian pelayanan keperawatan



Tema harapan-harapan klien dalam hal pemberian pelayanan keperawatan yang muncul pada klien fraktur ekstremitas bawah dengan pemasangan *external fixator* terdiri dari harapan terkait sikap perawat dan harapan terkait pemberian informasi. Harapan partisipan terkait sikap perawat adalah agar perawat lebih perhatian, adil, lebih ramah, lebih sabar, terampil dan bertanggungjawab.

Partisipan menginginkan perawat agar lebih perhatian agar tidak terjadi infeksi, khususnya ketika melakukan perawatan luka. Partisipan juga menginginkan perawat meningkatkan keramahannya dan dapat lebih sabar dalam merawat klien.

“Ya...tingkatkan keramahannya aja. Kadang kalau saya protes begini-begini... dianggapnya bawel....Ya dia harus lebih sabar aja ngerawat pasien, lebih berhati-hati, lebih perhatian gitu agar jangan terjadi hal yang tidak diinginkan gitu, seperti infeksi, seperti apa gitu...“(P2)

Partisipan ke-1 juga mengungkapkan agar perawat adil terhadap pemberian pelayanan keperawatan tanpa membedakan mana klien penerima SKTM atau klien yang menggunakan pembayaran tunai, berikut ungkapannya :

“Perawat ga membedakan pasiennya mana yang SKTM atau bukan”. (P1)

Partisipan ke-5 menambahkan bahwa sikap perawat yang diharapkan juga terampil, terutama ketika melakukan perawatan luka dan juga bertanggungjawab dengan pekerjaannya. Berikut ini ungkapan yang disampaikan partisipan :

“Cara memegang seharusnya gimana gitu, jangan memegang kayak orang jijik. Terus cara dia memegang perban, seharusnya perawat tahu cara memegang perban yang enak posisinya gimana. Jangan kaku gitu. Naruh kassa pun ada yang rapih, ada yang nggak. Itu karena hatinya juga, dia sungguh-sungguh atau tidak mengerjakan pekerjaan itu. Orang kan kalau sudah sungguh-sungguh, naruh perbannya rapih. Jangan cuek aja, yang rapih. Ngerti gimana harus (terdiam) kalau dibilang ngirit, dia ngirit tapi dia pintar ngaturinya. Bener-bener mana luka yang ditempel dengan supratul atau kassa, dia tempel.... Bertanggungjawab dengan pekerjaannya itu. Dia sungguh-sungguh mencintai pekerjaannya itu“(P5)

Harapan partisipan terkait pemberian informasi adalah diberitahu prosedur-prosedur terkait keperawatan, misalnya tentang pengurusan SKTM serta penyediaan brosur. Terkait dengan pemberian pelayanan keperawatan, partisipan ke-5 mengungkapkan bahwa ia inginkan perawat memberitahu setiap informasi yang dibutuhkan klien, misalnya prosedur pengurusan SKTM.

“...dikasih tau prosesnya seperti apa. Jangan sampe ini mesti 2 kali fotocopy-nya. Kalau bisa disedia-in brosur aja sekalian, jadi orang bisa baca. Ada informasi tertulis atau bikin iklan layanan masyarakat misalnya. Jadi orang bisa tahu kalau SKTM itu ada, diberlakukan bagi ini...ini...ini.... Prosedur untuk mendapatkan SKTM itu ini...ini...ini...Jadi orang ngerti kan”. (P5)

Bahkan tiga partisipan, yaitu partisipan ke-2,5 dan 7 juga mengharapkan penyediaan brosur, misalnya tentang prosedur mengurus SKTM atau apa yang harus dilakukan di rumah.

“Kalau bisa disedia-in brosur aja sekalian, jadi orang bisa baca. Ada informasi tertulis atau bikin iklan layanan masyarakat misalnya. Jadi orang bisa tahu kalau SKTM itu ada, diberlakukan bagi ini...ini...ini.... Prosedur untuk mendapatkan SKTM itu ini...ini...ini...Jadi orang ngerti kan...”.(P5)

*“...Kalau bisa kita dapat brosur tentang apa yang mesti kita laku-in di rumah“
(P7)*



BAB 5 PEMBAHASAN

Pada bab ini peneliti akan menjelaskan tentang interpretasi hasil penelitian, keterbatasan penelitian dan implikasinya bagi keperawatan. Interpretasi hasil penelitian dilakukan dengan membandingkan berbagai temuan dalam hasil penelitian dengan hasil-hasil penelitian sebelumnya dan juga dengan konsep dan teori yang terkait dengan hasil-hasil penelitian ini. Keterbatasan penelitian akan dibahas dengan membandingkan proses penelitian yang telah dilalui dengan kondisi ideal yang seharusnya dicapai. Implikasi penelitian akan diuraikan sesuai dengan konteks yang dihasilkan dari hasil atau temuan penelitian dan diimplikasikan terhadap pelayanan, pendidikan dan penelitian.

5.1 Interpretasi Hasil dan Analisa Kesenjangan

Peneliti telah mengidentifikasi 7 tema yang merupakan hasil dari penelitian ini yang teridentifikasi berdasarkan tujuan penelitian. Respon klien yang mengalami fraktur ekstremitas bawah dengan pemasangan *external fixator* teridentifikasi pada 1 tema yaitu respon psikologis. Dampak pemasangan yang dirasakan klien yang mengalami fraktur ekstremitas bawah dengan pemasangan *external fixator* teridentifikasi pada 3 tema, yaitu ketidaknyamanan fisik, perubahan pemenuhan kebutuhan dasar dan mengalami kerugian finansial. Dukungan yang diterima klien yang mengalami fraktur ekstremitas bawah dengan pemasangan *external fixator* menghasilkan tema dukungan sosial. Pelayanan keperawatan yang telah diterima klien yang mengalami fraktur ekstremitas bawah dengan pemasangan *external fixator* menghasilkan 1 tema juga, yaitu pelayanan keperawatan yang telah diterima. Harapan klien yang mengalami fraktur ekstremitas bawah dengan pemasangan *external fixator* dalam hal pemberian pelayanan keperawatan menghasilkan 1 tema, yaitu harapan-harapan klien terkait dengan pemberian pelayanan keperawatan. Peneliti akan membahas tema-tema tersebut berdasarkan tujuan khusus.

5.1.1 Respon klien yang mengalami fraktur ekstremitas bawah dengan pemasangan *external fixator*

Tema 1 : Respon psikologis klien

Respon psikologis yang dirasakan partisipan yang mengalami fraktur dengan pemasangan *external fixator* pada penelitian ini adalah timbulnya rasa stress, berduka dan gangguan konsep diri. Rasa stress partisipan diekspresikan dengan timbulnya rasa khawatir, bingung, sedih dan trauma.

Limb (2003) dalam penelitian deskriptif analitiknya mengungkapkan bahwa klien dengan pemasangan *external fixator* akan mengalami stress, walaupun terdapat pula klien yang mempunyai coping yang baik terhadap pemasangan. Tidak jauh berbeda dengan penelitian yang dilakukan Patterson (2006) dalam penelitian *research review*-nya yang terkait dengan klien yang terpasang *external fixator*. Patterson (2006) menyebutkan bahwa kecemasan merupakan salah satu respon psikologis yang paling umum terjadi pada klien yang terpasang *external fixator*. APA (2009 dalam Rizzolo & Sedrak, 2010) mendefinisikan bahwa kecemasan juga merupakan salah satu ciri stress. Berdasarkan penelitian dan definisi tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa hasil penelitian ini dan penelitian-penelitian sebelumnya mempunyai hasil yang sama.

Potter dan Perry (2005) menyebutkan bahwa setiap perubahan yang terjadi pada seseorang, baik perubahan fisik, spiritual, emosi, seksual, keluarga dan sosial budaya merupakan stressor. Pemasangan *external fixator* merupakan stressor bagi partisipan karena adanya perubahan-perubahan tersebut.

Stressor pada partisipan bukan hanya karena pemasangan *external fixator*, namun juga dampak dari pemasangan *external fixator* tersebut, misalnya kehilangan pekerjaan, perubahan tanggungjawab keluarga, kebutuhan dana yang besar ataupun hubungan pertemanan. Hasil survey tahunan APA / *American Psychological*

Assosiation (2009 dalam Rizzolo & Sedrak, 2010) menyebutkan bahwa pada laki-laki jika kehilangan pekerjaan akan berkontribusi terjadinya stress sebesar 70%, perubahan tanggung jawab keluarga sebesar 50%, kebutuhan dana 67% dan hubungan pertemanan sebesar 49%. Sedangkan pada wanita jika kehilangan pekerjaan akan berkontribusi terjadinya stress sebesar 68%, perubahan tanggung jawab keluarga sebesar 60%, kebutuhan dana 75% dan hubungan pertemanan sebesar 68%.

Berdasarkan alasan-alasan di atas, maka seorang perawat perlu memahami tentang stress sebagai salah satu upaya untuk mengenali stress yang terjadi pada klien yang dilakukan perawatan ataupun bagi keluarga klien sehingga intervensi keperawatan yang diberikan akan lebih efektif (Potter & Perry, 2007). Salah satu upaya untuk mengenali stress adalah dengan cara mengetahui pengaruh-pengaruh respon psikologis stress.

Stress merupakan respon psikologis yang berpengaruh terhadap kognitif, emosional dan *behavior / lifestyle* (Potter & Perry, 2007). Respon kognitif yang dapat muncul pada seseorang yang mengalami stress adalah menjadi sangat pelupa, *denial / menolak kenyataan*, tidak konsentrasi, tidak mampu untuk memberikan perhatian yang detil (*inattention to detail*), berorientasi pada masa lalu, penurunan kreatifitas, berpikir lambat, kesulitan untuk belajar, apatis, bingung, kesulitan dalam menghitung dan mempunyai masalah dalam mengingat. Sedangkan dalam aspek emosional, seseorang yang mengalami stress akan mengalami gangguan dalam berpikir logis, menyalahkan orang lain, kehilangan motivasi, kehilangan motivasi untuk bangun pagi, sering menangis, kehilangan ketertarikan terhadap sesuatu, sensitif, menyendiri dan tidak inisiatif. Perubahan dalam *behavior / lifestyle* juga dialami oleh seseorang yang mengalami stress, misalnya khawatir, penurunan interaksi dengan orang lain, menarik diri, peningkatan atau penurunan nafsu makan, merokok dan mengkonsumsi alkohol, kewaspadaan yang berlebihan terhadap lingkungan (*overvigilance to*

environment), rasa humor yang berlebihan atau diam saja serta tidak mempunyai aktifitas.

Perawat juga perlu memahami jenis-jenis koping sehingga ketika klien mengalami stress akibat pemasangan *external fixator*, perawat dapat memberikan koping sesuai dengan kebutuhan klien. Mempelajari banyak koping yang akan diterapkan kepada klien yang mengalami stress sangatlah penting karena pada umumnya seseorang membutuhkan kombinasi *problem-focused coping* dan *emotion-focused coping* yang berbeda-beda.

Perawat juga harus mengetahui faktor-faktor yang dapat mempengaruhi respon terhadap stressor (Potter & Perry, 2007). Faktor-faktor yang dimaksud adalah durasi, intensitas, *feeling competence*, penilaian kognitif dan dukungan sosial. Jika dikaitkan dengan pemasangan *external fixator*, maka faktor-faktor tersebut menjadi sangat penting untuk diperhatikan mengingat pemasangan *external fixator* umumnya dalam jangka panjang (Canale & Beaty, 2008).

Selain stress, respon partisipan yang didapat dalam penelitian ini adalah respon berduka dengan berbagai tahapannya akibat pemasangan *external fixator*. Tahapan berduka yang dimaksud adalah menolak kenyataan (*denial*), marah (*anger*), mencoba menawar (*bargaining*), depresi dan menerima (*acceptance*).

Penelitian yang dilakukan Patterson (2006) menyebutkan bahwa depresi merupakan salah satu respon yang paling umum terjadi pada klien dengan pemasangan *external fixator*, selain kecemasan. Hasil penelitian ini mempunyai persamaan dengan penelitian yang dilakukan Martin, Farrell, Lambrenos, dan Nayagam (2003) yang menyebutkan bahwa pemasangan *external fixator* akan menimbulkan depresi, walaupun dengan tingkat umur dan penyebab depresi yang berbeda. Martin, Farrell, Lambrenos, dan Nayagam (2003) melakukan penelitian dengan pendekatan *mixed method* dengan desain *prospective longitudinal* pada 15 remaja berusia 11-17 tahun. Mereka menemukan bahwa 5 remaja mengalami depresi sebelum operasi dan 4

remaja mengalami depresi pada 7 hari setelah operasi pemasangan *external fixator*. Berdasarkan 2 penelitian tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa hasil penelitian ini dan penelitian-penelitian sebelumnya mempunyai hasil yang sama.

Berduka merupakan respon emosi dan *behavior* terhadap kehilangan. Menurut Potter & Perry (2007), seseorang dapat mengalami berduka ketika ia kehilangan obyek eksternal (misalnya rumah, mobil), kehilangan *known environment* (misalnya perubahan tempat tinggal, pindah kerja), kehilangan hal yang sangat berarti (misalnya kematian, hubungan sosial, perceraian), kehilangan aspek diri (misalnya bagian / fungsi tubuh, daya ingat, harapan, kebebasan) dan kehilangan kehidupan (misalnya kematian). Pemasangan *external fixator* akan membuat seseorang merasa berduka karena memungkinkan seseorang untuk kehilangan hal-hal tersebut.

Kubler-Ross (1969 dalam Potter & Perry, 2007) membagi tahapan berduka dengan 5 tahapan, yaitu (1) menolak kenyataan / *denial*, dimana seseorang masih berpikir bahwa tidak ada satupun yang terjadi dan menolak untuk mempercayai dan mengerti bahwa kehilangan telah terjadi, (2) marah / *anger*, dimana seseorang menolak kehilangan dan terkadang menghindari seseorang ataupun sesuatu apapun, (3) mencoba menawar / *bargaining*, dimana seseorang menunda untuk menjadi peduli terhadap realitas kehilangan dan mencoba untuk menawar dengan cara yang halus ataupun terbuka bagaimana jika kehilangan dapat dicegah, (4) depresi, dimana seseorang merasa sangat kesepian dan menghindari interaksi dengan orang lain. Seseorang juga lebih menyukai berbicara dan berpikir tentang masa lalu dengan ekspresi penuh kesedihan, walaupun memori yang dibicarakan hal yang menyenangkan dan (5) menerima / *acceptance*, dimana seseorang menerima kehilangan dan mulai melihat masa depan.

Berdasarkan ciri tersebut, peneliti juga dapat menyimpulkan bahwa semua partisipan mengalami respon berduka dengan berbagai tahapan berdukanya. Partisipan ke-1 masih dalam tahap marah dan mencoba menawar / *bargaining* dengan cara

mengajukan kepada tim medis untuk melepas *external fixator* dan menggantinya dengan *internal fixation*. Tiga partisipan (P2, P4, P6) masih menampakkan depresinya, sedangkan tiga partisipan lainnya (P3, P5 dan P7) sudah menampakkan penerimaan atas terpasangnya *external fixator*.

Perbedaan dalam tahap berduka sangat dipengaruhi beberapa faktor. Menurut Potter dan Perry (2007), faktor-faktor yang mempengaruhi proses berduka adalah status perkembangan, perspektif terhadap kehilangan dan berduka, status ekonomi, hubungan personal, budaya dan spiritual. Partisipan 2, 4 dan 6 bertahan pada tahap depresi karena dipengaruhi faktor status ekonomi, dimana mereka harus menyediakan banyak dana untuk perawatan *external fixator*, walaupun ketiganya memakai fasilitas SKTM dari pemerintah dimana dengan penggunaan fasilitas tersebut mendapatkan potongan biaya perawatan dan pelayanan sebesar 50%. Selain memikirkan masalah biaya perawatan, mereka juga merasa harus menyediakan dana terkait dengan biaya transportasi menuju ke RS untuk melakukan kontrol berulang.

Bagi seorang perawat, sangat penting untuk belajar untuk memahami bagaimana seseorang mempunyai koping terhadap rasa berdukanya dengan berbagai tahapan berdukanya. Intervensi keperawatan yang harus dilakukan perawat adalah memberikan *reinforcement* positif terhadap klien yang mempunyai strategi koping yang adaptif ataupun memperkenalkan koping baru yang mungkin dapat dilakukan klien (Potter & Perry, 2007).

Respon psikologis lain yang dialami oleh partisipan dalam penelitian ini adalah gangguan konsep diri. Konsep diri adalah representasi psikologis seseorang dengan “saya” sebagai sentral utamanya (Potter & Perry, 2005), dimana konsep diri juga menunjukkan rasa bangga pada diri sendiri (*Webster's-Online-Dictionary*, 2008). Adanya rasa tidak percaya diri, merasa menjadi beban untuk diri sendiri dan orang lain, merasa kehilangan peran (baik sebagai suami, ibu rumah tangga, mahasiswa, pekerja), merasa tidak sempurna lagi, cacat, beranggapan seperti robot, tidak mau melihat bagian kaki yang terpasang *external fixator*, tidak mempunyai semangat

hidup dan merasa tidak mempunyai masa depan menjadi ciri bahwa partisipan mengalami gangguan konsep diri.

Pernyataan partisipan-partisipan tersebut memiliki persamaan dengan penelitian yang dilakukan Limb (2004b) yang menyebutkan bahwa klien dengan pemasangan *external fixator* rentan terhadap munculnya gangguan *body image* karena penempatannya yang dapat dilihat oleh klien ataupun orang lain ataupun karena *external fixator* berada di tempat yang tidak biasa. Santy (2000) menambahkan bahwa klien yang mempunyai gangguan *body image* dan harga diri akibat pemasangan *external fixator* seringkali menanyakan bagaimana penampilan mereka dan apa reaksi orang lain terhadap mereka serta mengalami gangguan psikologis yang berat juga, misalnya *anorexia nervosa*. Berdasarkan 2 penelitian tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa hasil penelitian ini dan penelitian-penelitian sebelumnya mempunyai hasil yang sama.

Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan Buyukyilmaz, Sendir, dan Salmund (2009) dalam penelitian kuantitatif deskriptifnya yang dilakukan di Rumah Sakit Turki dengan sampel 50 orang yang terpasang *external fixator*. Mereka menyimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara gangguan *body image* dan harga diri (*self-esteem*) dengan pemasangan *external fixator*. Buyukyilmaz, Sendir, dan Salmund (2009) menyebutkan beberapa kemungkinan penyebab berbedanya hasil penelitian mereka dengan penelitian-penelitian sebelumnya ataupun dengan fenomena yang terjadi dalam keterbatasan penelitiannya, yaitu jumlah sampel yang kecil dan pengambilan sampel secara non random. Mereka akhirnya merekomendasikan untuk dilakukan penelitian dengan cara mengkaji klien secara individual.

Konsep diri yang baik akan menghasilkan mental yang sehat, kemampuan coping yang baik, dan menurunkan resiko terjadinya depresi (Birndorf, Ryan, Auinger, & Aten, 2005). Hal yang dapat dilakukan perawat untuk meningkatkan konsep diri

klien adalah memperkuat apa yang dirasa dan dipikirkan klien dengan memperhatikan ekspresi verbal dan non verbal klien, memberikan kesempatan kepada klien untuk melakukan perawatan diri sendiri, mengidentifikasi kelemahan dan kekuatan klien, menyampaikan secara verbal dan *behavior* bahwa klien bertanggungjawab terhadap dirinya sendiri, menggali coping adaptif dan maladaptif respon klien terhadap masalahnya dan memperkuat hal-hal positif yang dimiliki klien (Stuart & Laraia, 2005).

5.1.2 Dampak pemasangan yang dirasakan klien yang mengalami fraktur ekstremitas bawah dengan pemasangan *external fixator*

Tema 2 : Ketidaknyamanan fisik klien yang mengalami fraktur ekstremitas bawah dengan pemasangan *external fixator*.

Ketidaknyamanan fisik yang dirasakan partisipan yang mengalami fraktur dengan pemasangan *external fixator* pada penelitian ini adalah keluhan fisik dan infeksi. Keluhan fisik didefinisikan partisipan seperti timbulnya pegal dan pusing, sedangkan infeksi pada tempat penusukan pin didefinisikan dengan timbulnya keluhan bengkak, timbul rasa panas, keluar darah atau nanah dari sela-sela *external fixator*, pen yang terlepas, demam dan nyeri).

Penelitian Patterson (2006) menyebutkan bahwa keluhan fisik seperti pegal (*stiffness*) yang dialami 3 partisipan merupakan salah satu komplikasi yang mungkin timbul pada klien yang terpasang *external fixator*, selain kontraktur otot, ataupun *luxation / slipping of a joint*, injuri vascular dan *dystrophy* (Patterson, 2006). Terkait dengan infeksi, Patterson (2006) dan Bernardo (2001) menyebutkan bahwa infeksi di tempat penusukan pin merupakan dampak fisik yang paling dominan ditemukan pada penelitian-penelitian yang melibatkan klien dengan pemasangan *external fixator*, salah satunya penelitian yang dilakukan Sim dan Saleh (2000) dengan desain *prospective consecutive case series* pada 248 orang, usia rata-rata 38 tahun dengan

rata-rata pemasangan *external fixator* selama 282 hari. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa 72% klien mendapatkan infeksi *grade II* (dengan menggunakan *Saleh and Scott classification system*). Berdasarkan 3 penelitian tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa hasil penelitian ini dan penelitian-penelitian sebelumnya mempunyai hasil yang sama.

Rasa pegal pada umumnya dapat muncul pada klien yang mengalami injuri ataupun imobilisasi dalam jangka waktu yang lama. Hal ini dapat saja terjadi mengingat pemasangan *external fixator* akan menimbulkan rasa takut pada diri klien ataupun keluarganya ketika melihat *external fixator* yang sudah terpasang di tungkai klien, sehingga mengurangi motivasi klien untuk melakukan mobilisasi (Addamo, 2002 & Limb, 2003). Padahal salah satu keuntungan dari pemakaian *external fixator* adalah memungkinkan klien untuk melakukan mobilisasi segera setelah pembedahan (Addamo, 2002). Jika imobilisasi terus dibiarkan, maka dapat berkembang menjadi kontraktur sendi, *ligament tightening* atau dapat pula terjadi atrofi otot (Roberts, 2009). Oleh karena itu diperlukan latihan ROM (*Range of Motion*) aktif atau pasif dengan tetap memperhatikan batas toleransi klien. Penggunaan Asetaminofen atau NSAIDs (*Nonsteroidal Antiinflammatory Drugs*) mungkin saja dapat membantu mengurangi ketidaknyamanan tersebut.

Keluhan pusing yang dirasakan partisipan bukan merupakan dampak langsung pemasangan *external fixator*. Keluhan pusing ketika berjalan terlalu lama mempunyai beberapa kemungkinan sebab, misalnya hipotensi ortostatik, terjadinya anemia ataupun hipoglikemi sehingga memerlukan pengkajian lebih lanjut.

Pengkajian, pengawasan dan perawatan luka merupakan hal yang sangat penting diperhatikan dan dilakukan perawat dengan baik untuk mendapatkan kesembuhan klien yang optimal (Bell, Leader, & Lloyd, 2008). Untuk meyakinkan bahwa pengkajian dan pengawasan di tempat penusukan pin berjalan efektif, perawat harus dapat melakukan perawatan luka dan mengerti tentang proses penyembuhan luka

yang normal dengan tanda-tanda infeksi itu sendiri, misalnya dengan memahami perbedaan antara reaksi, kolonisasi dan infeksi. Lee-Smith, Santy, Davis, Jester dan Kneale (2001) menyatakan hasil Konsensus keperawatan di Inggris dengan rincian (1) Reaksi, merupakan perubahan fisiologis yang terjadi setelah 72 jam post operatif di sekitar area pemasangan pin. Perubahan yang dimaksud meliputi perubahan warna kulit, adanya rasa hangat dan adanya serosa ataupun darah dengan jumlah sedikit di area penusukan pin, (2) kolonisasi adalah jika ditemui warna merah di sekitar area penusukan, timbul rasa hangat, drainase dan rasa nyeri yang bertambah serta jika dilakukan kultur akan ditemukan mikroba dan (3) infeksi adalah jika terdapat semua tanda-tanda seperti kolonisasi, namun disertai dengan adanya pus, hilangnya pin dan juga bertambahnya pertumbuhan mikroba dari uji kultur. Berdasarkan konsensus tersebut, dapat disimpulkan terdapat 2 dari 7 partisipan pernah mengalami infeksi akibat pemasangan *external fixator*. Collier (2004) mengungkapkan bahwa kontaminasi luka dapat diakibatkan oleh patogen-patogen penyebab infeksi, misalnya melalui kontak langsung ketika melakukan perawatan luka yang tidak adekuat, udara ataupun *self contamination* (migrasi patogen dari tubuh klien sendiri). Collier (2004) juga membedakan kelompok patogen penyebab infeksi, yaitu bakteri, fungi, protozoa dan virus. Namun demikian, *patogen Staphylococcus aureus, beta-haemolytic Streptococcus* dan *Pseudomonas* merupakan 3 patogen yang paling umum menyebabkan infeksi luka.

Hampir setiap partisipan melakukan perawatan luka dengan frekuensi 1x/hari. Hal ini sesuai penelitian Holmes dan Brown (2005) yang dilakukan dengan pendekatan *a systematic analysis* dengan cara mengumpulkan penelitian-penelitian tentang perawatan luka pada klien dengan pemasangan *external fixator* dari tahun 1995 – 2004 yang menyatakan bahwa perawatan luka dapat dilakukan 1x/hari atau 1x/minggu, namun pada umumnya perawatan luka yang dilakukan 1x/minggu lebih disukai, dengan catatan kondisi mekanik pin sudah stabil. Frekuensi ini dapat ditingkatkan jika mekanik pin menjadi tidak stabil ataupun jika terdapat tanda-tanda

awal infeksi seperti bengkak, drainase yang berlebihan ataupun berwarna gelap, nyeri atau kemerahan.

Tidak jauh berbeda dengan penelitian yang dilakukan W-Dahl, Larsen, dan Lindstrand (2004b) pada 50 responden (19 perempuan dan 31 laki-laki) dengan usia rata-rata 54 tahun yang terpasang *external fixator* dengan metode *prospectively randomized*. Penelitian tersebut membagi 2 kelompok perawatan, dimana kelompok 1 (27 responden) dilakukan perawatan luka 1x/hari dan kelompok 2 (23 responden) dilakukan perawatan luka 1x/minggu dengan tetap mengevaluasi kejadian infeksi, kejadian nyeri dengan menggunakan VAS (*Visual Analogue Scale*) dan juga mengevaluasi penggunaan antibiotik dan analgesik setiap minggunya. Mereka juga melakukan pemeriksaan kultur luka pada minggu ke-1, 6, 10 dan pada saat dilakukan pelepasan *external fixator*. Hasil penelitian tersebut menyebutkan bahwa kelompok 1 menghasilkan infeksi *grade I* sebanyak 14% dan *grade II* sebanyak 4% (dengan menggunakan *Checketts-Otterburns classification*), sedangkan pada kelompok ke-2 terdapat infeksi *grade I* sebanyak 10% dan *grade II* sebanyak 3%. Kesimpulan penelitian tersebut adalah bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna antara perawatan luka yang dilakukan 1x/hari dengan perawatan luka yang dilakukan 1x/minggu.

Partisipan dalam penelitian ini menggunakan cairan NaCl 0,9% ataupun alkohol dalam melakukan perawatan luka ketika mereka berada di rumah, sedangkan jika masih dilakukan perawatan di RS menggunakan cairan NaCl 0,9%. Penelitian yang dilakukan W-Dahl, Larsen, dan Lindstrand (2004a) dengan metode *prospective consecutive* pada 49 klien yang terpasang *external fixator*. Penelitian tersebut membagi 2 kelompok, yaitu kelompok 1 dimana dilakukan perawatan luka dengan menggunakan cairan Chlorhexidine 2 mg/mL pada 30 responden (120 pin) dan kelompok ke-2 dilakukan perawatan luka dengan menggunakan cairan NaCl 0,9% pada 19 responden (76 pin). Hasil penelitian tersebut menyebutkan bahwa kelompok-1 menghasilkan infeksi *grade I* sebesar 14% dan *grade II* sebesar 3%.

Kelompok ke-2 menghasilkan infeksi *grade* I sebesar 8,5% dan *grade* II sebesar 0,5%. Penelitian tersebut juga menyebutkan bahwa dengan pemakaian cairan NaCl 0,9% mempunyai resiko lebih besar terjadinya kultur positif sebesar 1,7x dibandingkan jika menggunakan cairan Chlorhexidine 2 mg/mL dan meningkatkan 3,3x terhadap timbulnya *Staphylococcus aureus*. Cairan Chlorhexidine 2 mg/mL juga membutuhkan antibiotik lebih sedikit dan dilaporkan keluhan nyeri yang ringan pada minggu ke 6 dan 10. Berdasarkan penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa cairan Chlorhexidine 2 mg/mL merupakan cairan yang direkomendasikan daripada cairan NaCl 0,9%.

Penelitian W-Dahl, Larsen, dan Lindstrand (2004a) tidak jauh berbeda dengan rekomendasi yang dikeluarkan oleh NAON / *The National Association of Orthopaedic Nursing* dalam Holmes & Brown (2005) dalam dimana cairan Chlorhexidine 2 mg/mL adalah cairan yang paling efektif dalam melakukan perawatan luka tempat penusukan pin.

Beberapa partisipan juga menyatakan bahwa ketika terdapat kerak (*crusts*) pada luka maka mereka akan membersihkannya dengan alkohol. Hal ini sebenarnya perlu dievaluasi kembali alasan dari partisipan. W-Dahl, Larsen, dan Lindstrand (2004a) menjelaskan bahwa sebenarnya tindakan tersebut, terlebih mencabut kerak-kerak luka, merupakan tindakan yang tidak perlu dilakukan kecuali jika timbul tanda-tanda infeksi. Penelitian tersebut juga sesuai dengan pernyataan Holmes & Brown (2005), dimana sebenarnya kerak-kerak luka tersebut merupakan mekanisme perlindungan luka yang normal. Pencabutan kerak-kerak luka akan mengganggu jaringan yang sehat dan membuatnya menjadi rentan terhadap infeksi.

Berdasarkan penelitian W-Dahl, Larsen, dan Lindstrand (2004b, 2004a) dan rekomendasi NAON dalam Holmes & Brown (2005), dapat disimpulkan bahwa frekuensi perawatan luka partisipan sama dengan penelitian sebelumnya, sedangkan penggunaan NaCl 0,9% yang digunakan partisipan mempunyai resiko yang lebih

tinggi daripada jika partisipan menggunakan cairan Chlorhexidine 2 mg/mL. Terkait dengan pencabutan kerak (*crusts*) yang dilakukan partisipan tidak direkomendasikan untuk dilakukan.

Perawatan luka hendaknya dilakukan sesuai dengan SOP (*Standar of Procedure*) untuk meminimalisir terjadinya infeksi. SOP yang dipakai seharusnya berdasarkan kebutuhan klien, pengalaman klien dan perawat serta berdasarkan *evidence based* (Santy, Vincent, & Duffield, 2009). Adapun yang harus diperhatikan perawat adalah bagaimana cara membersihkan (termasuk frekuensi perawatan luka dan jenis cairan yang digunakan), *dressing* dan melepaskan *crust* / kerak luka. Sims dan Saleh (1996 dalam Williams & Griffiths, 2004) pernah melakukan survey 64 RS di Inggris dan ternyata terdapat 54 SOP yang berbeda. Sampai saat ini isu tentang perawatan luka masih menjadi isu yang terus dikembangkan.

Semua partisipan terpasang *external fixator* karena fraktur pada bagian tibia, kecuali satu partisipan (P5) yang mengalami fraktur di bagian distal femur dan fibula. Sim dan Saleh (2000) dalam penelitiannya mengungkapkan bahwa pemasangan *external fixator* di femur mempunyai resiko infeksi yang paling besar, yaitu sekitar 86% dan jika terjadi di tibia sebesar 70% dengan rata-rata infeksi pada ekstremitas bawah sebesar 82% (catatan : tanpa mempertimbangkan jumlah pin yang terpasang).

Berdasarkan pernyataan tersebut maka dapat disimpulkan bahwa partisipan ke-5 mempunyai resiko infeksi yang paling tinggi dibandingkan dengan partisipan yang lainnya. Pernyataan ini juga didukung oleh penelitian yang dilakukan Henry (1996 dalam Holmes & Brown (2005), dimana femur bagian proksimal yang terpasang *external fixator* mempunyai resiko infeksi yang paling tinggi jika dibandingkan dengan ekstremitas bawah lainnya. Henry juga menyebutkan pin yang dipasang di jaringan lunak, *loose skin* ataupun dekat dengan sendi juga mempunyai kemungkinan resiko yang lebih tinggi terjadinya infeksi.

Tema 3 : Perubahan pemenuhan kebutuhan dasar

Perubahan pemenuhan kebutuhan dasar yang dimaksud adalah bagaimana partisipan yang mengalami fraktur dengan pemasangan *external fixator* memenuhi kebutuhan fungsional, spiritual dan sosialnya. Rincian pembahasan tiap kebutuhan akan dijelaskan di bawah ini.

5.1.2.1 Perubahan fungsional

Pengalaman yang diceritakan partisipan tentang perubahan fungsional adalah tentang cara partisipan menjalankan rutinitas dan melakukan ADL-nya, misalnya aktivitas mandi, keramas, berpakaian dan eliminasi. Partisipan mengungkapkan bahwa mereka membutuhkan bantuan orang lain untuk beberapa aktivitas, bahkan aktifitas yang sederhana, misalnya menyediakan air untuk mandi atau peralatan keramas, pergi ke tukang jahit untuk memodifikasi beberapa pakaian, membelikan pakaian atau membantu ketika BAK/BAB.

Pengalaman partisipan tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan Santy, Vincent dan Duffield (2009) yang mengemukakan bahwa klien dengan *external fixator* akan mengalami perubahan fungsional dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Klien akan kehilangan kemandiriannya sehingga membutuhkan bantuan orang lain dalam melakukan aktivitas yang sederhana, termasuk dalam melakukan perawatan diri (*self care*), misalnya mandi dan memakai pakaian.

Tidak jauh berbeda dengan penelitian yang dilakukan Ramaker, Lagro, Roermund, & Sinnema (2000) yang mengungkapkan bahwa semua klien menunjukkan adanya gangguan dalam menjalankan rutinitas sekolah ataupun bekerja, kecuali pada 1 klien yang menunjukkan hal yang positif. Ketika berolahraga pun, 19 klien menyatakan bahwa mereka tidak dapat melakukan apa yang dapat dilakukan sebelum terpasang *external fixator*. Mereka menyebutkan bahwa aspek fungsional dapat juga terjadi karena dibatasinya fungsi fisik klien. Jika terjadi pada periode pre-operatif maka pembatasan fungsi fisik bertujuan untuk mengkoreksi fungsi tungkai yang terkena

fraktur dengan alasan meningkatkan kemampuan klien untuk aktivitas berjalan, mengendarai mobil ataupun berolahraga.

Berdasarkan pengalaman yang diceritakan partisipan, tampak partisipan juga mencoba untuk beradaptasi dengan perubahan fungsionalnya, misalnya dengan membuat celana pendek yang telah dimodifikasi, mandi dengan menggunakan *washlap* ataupun berjalan dengan menggunakan alat bantu jalan seperti kursi roda atau kruk. Menurut Martin, Farrell, Lambrenos, & Nayagam (2003), klien dengan *external fixator* dapat beradaptasi pada bulan pertama setelah pemasangan.

Aspek fungsional lain yang juga dikeluhkan oleh partisipan dengan *external fixator* adalah gangguan tidur, meliputi sering terbangun ataupun sulit untuk tidur dengan berbagai sebab, misalnya karena perubahan posisi, kaki yang terasa pegal, timbul nyeri ataupun karena beban psikologis. Hal ini selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh Ramaker, Lagro, Roermund, & Sinnema (2000). Penelitian tersebut dilakukan pada 26 klien berusia 6-17 tahun dengan metodologi deskriptif retrospektif. Penelitian tersebut menyatakan bahwa 12 klien mempunyai masalah tidur yang diakibatkan karena faktor nyeri ataupun karena rasa takut akibat pemasangan *external fixator*, terutama pada fase post operatif. Ketakutan yang dialami pada jam tidur dialami oleh 7 klien sedangkan ketakutan yang terjadi sesekali saja (kadang-kadang) dialami oleh 25 klien. Enam belas (16) klien dilaporkan mengalami ketidaknyamanan pada saat malam hari karena sulitnya bergerak bebas ataupun karena merasakan nyeri saat *external fixator* masih terpasang dan 9 orang lainnya dilaporkan masih mengalami ketidaknyamanan tersebut walaupun *external fixator* sudah dilepas.

Perawat harus mampu membantu klien yang terpasang *external fixator* beradaptasi dengan perubahan fungsional ini. Perawat dapat membantu klien memfasilitasi klien mendapatkan *support system* selain dari keluarga, misalnya dengan klien lain yang mempunyai pengalaman yang sama. Gill dan Laflamme (1984 dalam Limb, 2003)

menyatakan bahwa dengan berdiskusi dengan orang yang memiliki pengalaman yang sama akan dapat membantu klien untuk beradaptasi dengan pemasangan *external fixator*.

5.1.2.2 Perubahan spiritual

Menilik ungkapan-ungkapan yang disampaikan partisipan yang beragama Islam, dimana mereka tetap melakukan ibadah wudhu dan sholat walaupun dengan kondisi yang masih terpasang *external fixator*. Lima partisipan mengungkapkan bahwa mereka melakukan tayamum dengan menggunakan debu sebelum melakukan sholat dan 1 partisipan lainnya berwudhu dengan menggunakan air.

Hal yang dilakukan partisipan sesuai dengan pernyataan Sabiq (2009) dalam bukunya “Fiqh Sunnah”. Sabiq (2009) mengatakan bahwa wudhu adalah bersuci dengan menggunakan air dengan mengenai muka, kedua tangan, kepala dan kedua kaki. Namun pada keadaan sakit atau tidak boleh terkena air maka diperbolehkan berwudhu dengan cara tayamum. Tayamum adalah berwudhu dengan menggunakan tanah atau debu yang bersih dengan mengenai bagian muka dan tangan saja (Sabiq, 2009).

Partisipan juga mengungkapkan bahwa mereka melakukan sholat dengan posisi terlentang (posisi tidur) atau duduk. Hal ini-pun sesuai dengan pernyataan Al-Albani (2000) yang menyatakan bahwa ketika seseorang akan mengerjakan sholat, maka diperintahkan dalam posisi berdiri, kecuali bagi orang yang tidak sanggup berdiri dapat melakukan sholat dengan posisi duduk atau terlentang. Pernyataan Al-Albani tersebut dinyatakan dengan berdasarkan Al-Qur’an surat Al-Baqoroh (2) : 238. Berdasarkan keterangan-keterangan tersebut maka dapat disimpulkan bahwa keenam partisipan tetap melakukan ibadah spiritual, walaupun dengan cara yang berbeda.

Satu dari 7 partisipan mengungkapkan bahwa semenjak ia tidak melakukan ibadah wudhu dan sholat selama kakinya sakit dengan alasan merasa tidak bersih karena

tidak pernah mandi seperti layaknya orang normal. Jika melihat pernyataan partisipan tersebut, maka seharusnya tidak boleh terjadi karena sholat merupakan merupakan bagian dari rukun Islam, dimana wajib untuk dilaksanakan (Potter & Perry, 2007). Hal ini tidak akan terjadi jika perawat memberikan perhatian pada aspek spiritual klien, oleh karenanya seorang perawat penting untuk memberikan perhatian pada aspek spiritual dalam praktik keperawatan (Mauk & Schmidt, 2004). Greasely, Chiu, & Gartland (2001) menyatakan bahwa pemberian perhatian perawat dalam spiritual juga menunjukkan hubungan kualitas perawatan antara perawat dengan kliennya yang merupakan ekspresi cinta dan kasih.

Kesehatan sering dihubungkan dengan dimensi spiritual, dimana kebanyakan masyarakat pada umumnya, termasuk petugas kesehatan professional sangat meyakini bahwa spiritual dan kesehatan fisik saling berhubungan (Mauk & Schmidt, 2004). Walaupun demikian hubungan diantara keduanya masihlah sebuah misteri dalam pengobatan modern.

Dewitt-Weaver (2001, dalam McEwen, 2004) mendefinisikan spiritual sebagai sesuatu yang tidak terlihat tetapi dapat memberikan keunikan pada seseorang karena keterikatannya dengan Tuhan atau dengan sesuatu yang dianggap Maha Kuat sehingga seseorang tersebut mempunyai nilai serta tujuan. Spiritual merefleksikan bagaimana seseorang menjalani kehidupannya, termasuk bagaimana nilai dan persepsinya menjalani hubungan dengan keluarga dan teman-temannya dan kemampuan untuk menimbulkan harapan dan arti hidup (Potter & Perry, 2007). Aktivitas ibadah merupakan salah satu bentuk spiritual. Oleh karena itu perawat harus mengerti dimensi spiritual klien dan menerapkannya dalam intervensi keperawatan.

Grant (2004) mengemukakan bahwa spiritual dibutuhkan untuk mendukung kesehatan individu karena spiritual merupakan salah satu sumber kekuatan seseorang yang mempengaruhi kesehatannya. *Time Magazine* (1996 dalam Maddox, 2002)

mengungkapkan hasil survey *The National Institute of Health-care* yang dilakukan pada masyarakat Amerika dengan kesimpulan adanya hubungan antara spiritual dengan kesehatan. Survey tersebut mengungkapkan bahwa 82% responden mempercayai tentang kekuatan doa dalam menyembuhkan, 77% responden mempercayai bahwa Tuhan turut mengintervensi terhadap kesembuhan orang-orang yang menderita penyakit berat, 73% responden mempercayai bahwa dengan mendoakan orang lain akan dapat menyembuhkan orang dengan penyakit berat, 64% responden mengatakan bahwa seharusnya dokter mengadakan doa bersama dengan klien-klien mereka dan 28% responden mempercayai bahwa iman dapat membuat seseorang merasa sehat. Berdasarkan hasil survey tersebut menjadi dasar *spiritual practice* dimasukkan juga dalam sistem kesehatan di Amerika.

Vance (2001) pernah mengadakan penelitian deskriptif korelasi dengan tujuan mengetahui hubungan antara spiritual perawat dengan pemberian pelayanan spiritual pada klien mereka. Responden yang berpartisipasi dalam penelitian ini berjumlah 173 perawat RN di kota Midwestern. Penelitian ini menemukan bahwa perawat merasakan bahwa diri mereka mempunyai spiritual yang tinggi, namun demikian hanya sekitar 25% dari perawat yang memberikan perhatian spiritual kepada kliennya. Penelitian tersebut mengungkapkan penghalang terbesar dari ketidakperhatian perawat dalam aspek spiritual klien adalah keterbatasan waktu (95% perawat) dan keterbatasan pengetahuan perawat terhadap kebutuhan spiritual (65%).

5.1.2.3 Perubahan sosial

Berdasarkan ungkapan partisipan, terungkap bahwa partisipan mengalami perubahan sosial setelah pemasangan *external fixator*. Lima partisipan mengatakan memiliki keterbatasan melakukan interaksi sosial karena keterbatasan fungsi fisik sehingga hanya mampu melakukan interaksi sosial dengan tetangga atau teman yang rumahnya berdekatan, bahkan 2 partisipan lainnya mempunyai pengalaman menolak keluar rumah.

Menurut Limb (2003, 2004a), beberapa klien memang mempunyai coping yang baik terhadap pemasangan, namun tak sedikit pula yang mengalami stress, mengurung diri dan menolak untuk keluar dari rumah mereka. Tidak jauh berbeda pula dengan penelitian yang dilakukan Ramaker, Lagro, Roermund, dan Sinnema (2000) yang menyebutkan bahwa 13 dari 26 klien menyatakan bahwa mereka tetap melakukan kontak dengan teman-temannya, 8 orang menghabiskan waktu yang sama dengan waktu sebelum pemasangan *external fixator*, sedangkan 5 orang lainnya hanya sedikit sekali melakukan kontak dengan teman-temannya. Namun demikian, kontak sosial ataupun hubungan klien dengan teman lawan jenis akan meningkat setelah *external fixator* dilepas (Lavini, 1990 dalam Patterson, 2006).

Satu partisipan juga mengungkapkan bahwa ia pernah menerima reaksi negatif dari temannya dengan mengatakan dirinya “si pincang”. Hal ini juga sesuai dengan penelitian Ramaker, Lagro, Roermund, dan Sinnema (2000) yang menyebutkan bahwa orang dengan pemasangan *external fixator* biasanya akan menerima tatapan tidak suka ataupun reaksi yang negatif dari masyarakat pada umumnya ataupun dari teman-teman mereka.

Perawat dapat membantu klien untuk melakukan interaksi sosial karena pada beberapa orang menganggap berinteraksi dengan orang lain bukanlah hal yang mudah (Potter & Perry, 2007). Intervensi keperawatan yang dapat diberikan klien adalah memberikan waktu kepada klien untuk *express feeling*, mendampingi klien untuk melakukan interaksi sosial jika diperlukan, mendukung dan memfasilitasi klien untuk melakukan interaksi dan memberikan klien *support group*.

Tema 4 : Mengalami kerugian finansial

Ungkapan partisipan yang mengalami fraktur dengan pemasangan *external fixator* menyatakan bahwa mereka harus mengeluarkan dana yang besar, baik untuk biaya perawatan ataupun untuk biaya transportasi ke RS ketika melakukan kontrol ulang, walaupun mereka menggunakan fasilitas SKTM yang mendapat keringanan biaya

sebesar 50%. Pada umumnya klien post operatif pemasangan *external fixator* akan dirawat dengan rata-rata lama perawatan 7 hari (Hedin, Borgquist & Larsson, 2004) dengan lama pemasangan 4-12 bulan (Martin, Farrel, Lambrenos, & Nayagam, 2003). Jika biaya akomodasi ruang perawatan kelas III sebesar Rp 80.000,-/hari, konsultasi Rp 24.000,-/kedatangan, dan biaya visit dokter sebesar Rp 24.000,-/kedatangan (RSUP Fatmawati, 2010) maka dapat diprediksi untuk biaya perawatan selama 7 hari adalah sebesar Rp 896.000,-, belum termasuk biaya tindakan, operasi, pemeriksaan penunjang, obat dan akomodasi penunggu klien di RS.

Namun demikian menurut Hedin, Borgquist dan Larsson (2004), pemakaian *external fixator* dianggap lebih murah daripada traksi. Hedin, Borgquist dan Larsson (2004) pernah melakukan penelitian yang berfokus pada analisis biaya 1 tahun perawatan dengan membandingkan pemakaian *external fixator* dan traksi pada 3 Rumah Sakit di Swedia. Berdasarkan hasil penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa klien yang dilakukan *external fixator* mengeluarkan biaya perawatan yang lebih murah daripada klien yang terpasang traksi.

Perawat dapat berperan dalam meminimalkan biaya yang harus dibayarkan klien dengan pemasangan *external fixator* dengan cara melakukan perawatan luka sesuai SOP RS ataupun memberikan edukasi perawatan luka yang adekuat ketika klien akan pulang. Dengan demikian diharapkan tidak terjadi infeksi yang mengakibatkan klien harus dilakukan perawatan berulang. Perawat juga dapat memotivasi klien untuk melakukan mobilisasi dini sehingga tidak terjadi komplikasi akibat pemasangan *external fixator*.

5.1.3 Dukungan yang diterima klien yang mengalami fraktur ekstremitas bawah dengan pemasangan *external fixator*

Tema 5 : Dukungan sosial yang diterima

Dukungan sosial adalah pertukaran antar individu di mana satu orang memberikan bantuan kepada orang yang lain (Taylor, Peplau, & Sears, 2000). Landy dan Conte (2007) menambahkan dimana dukungan sosial adalah kenyamanan, bantuan, atau informasi yang diterima oleh seseorang melalui kontak formal maupun informal dengan individu atau kelompok.

Partisipan yang mengalami fraktur dengan pemasangan *external fixator* dalam penelitian ini mendapatkan dukungan sosial dari keluarga inti, kerabat, petugas kesehatan, institusi pemerintah dan institusi non pemerintah. Adapun bentuk dukungan yang diterima partisipan adalah dukungan instrumentalia (uang, makanan, bantuan biaya perawatan, potongan biaya SKTM, pinjaman dana, alat kesehatan, membantu melakukan ADL, menggantikan mengelola usaha, menganatr ke RS, mengurus SKTM dan menggantikan mencari penghasilan), dukungan emosional (menemani, menjenguk, mendoakan, menunggu ketika dilakukan operasi, memberikan semangat dan motivasi serta mengirimkan sms), dukungan informasional (memberikan nasehat dan edukasi).

Hal ini sesuai dengan pendapat Friedman (2003) dimana dukungan sosial dapat berasal dari keluarga internal (seperti suami/istri, saudara kandung) atau keluarga eksternal (seperti kerabat). Fiedman (2003) juga membagi bentuk dukungan berupa :

5.1.3.1 Dukungan informasional, dapat berupa pemberian nasehat, usulan, saran, petunjuk dan pemberian informasi. Manfaat dari dukungan ini adalah dapat menekan munculnya suatu stressor karena informasi yang diberikan dapat menyumbangkan aksi sugesti yang khusus pada individu.

5.1.3.2 Dukungan penilaian, memberikan support, penghargaan, perhatian.

5.1.3.3 Dukungan instrumental, dukungan ini merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit, diantaranya dalam hal kebutuhan makan dan minum, istirahat ataupun bantuan yang membuat seseorang terhindar dari kelelahan.

5.1.3.4 Dukungan emosional, bentuk dukungan ini berupa dukungan yang diwujudkan dalam bentuk afeksi, adanya kepercayaan, perhatian, mendengarkan dan didengarkan.

Keluarga adalah sumber kekuatan utama yang berkontribusi terhadap ketahanan setiap anggota keluarga (Friedman, 2003). Perawat juga berperan dalam mengefektifkan fungsi keluarga, terutama dalam memerankan fungsi psikologis, fungsi sosialisasi dan fungsi ekonomi yang dapat membantu klien dalam beradaptasi dengan perubahannya. Menurut Hanson (2001), peran perawat dalam mengefektifkan fungsi keluarga adalah (1) mempertahankan fungsi keluarga, (2) menumbuhkan sikap optimis, termasuk ketika melakukan perawatan klien dengan pemasangan *external fixator*, (3) mempertahankan konsep diri, memberikan support dan dukungan psikologis, dan (4) memberikan edukasi cara melakukan perawatan pada anggota keluarga yang sakit.

Dukungan eksternal diperlukan juga oleh klien dengan pemasangan *external fixator*. Jauernig (1990 dalam Limb, 2003) dalam penelitian deskriptif eksploratif merekomendasikan klien yang terpasang *external fixator* membentuk *support group*, dengan tujuan saling memberi dukungan, bertukar informasi serta solusi dan saling memberi keyakinan bahwa apa yang mereka rasakan adalah sama.

5.1.4 Pelayanan keperawatan yang telah diterima klien yang mengalami fraktur ekstremitas bawah dengan pemasangan *external fixator*

Tema 6 : Pelayanan keperawatan yang telah diterima

Partisipan yang mengalami fraktur dengan pemasangan *external fixator* dalam penelitian ini mendapatkan pelayanan perawat yang adil, ramah dan responsif,

walaupun ada 1 partisipan yang pernah mendapatkan pengalaman dimana perawat tidak empati terhadap dirinya. Partisipan juga mengemukakan bahwa administrasi keperawatan yang didapat mudah dan komunikatif.

Menilik pernyataan partisipan terkait dengan bentuk pelayanan keperawatan, peneliti mendapatkan informasi bahwa perawat memberikan banyak edukasi, misalnya tentang mobilisasi, alasan pemasangan, medikasi, perawatan luka, dan nutrisi. Hal yang dilakukan perawat sangatlah baik, namun belum menyentuh bagaimana persiapan pre-operatif terkait dengan persiapan psikologis. Martin, Farrel, Lambrenos dan Nayagam (2003) merekomendasikan dalam penelitiannya bahwa persiapan pre-operatif sangatlah penting, terutama yang mendukung bagaimana klien dengan *external fixator* melakukan *problem-solving*, menentukan koping yang tepat serta melatih *self-management skills*. Rekomendasi ini juga selaras dengan penelitian Ramaker, Lagro, Roermund dan Sinnema (2000) dimana 20% yang dilakukan tindakan operatif pemasangan *external fixator* kembali diberikan edukasi terkait dengan koping efektif. Hal ini disebabkan karena pemasangan *external fixator* merupakan tindakan yang kompleks dan menyebabkan seseorang menjadi *stressfull*. Hasil penelitian mereka juga mendukung perlunya edukasi yang dilakukan secara formal yang melibatkan multidisiplin profesi sehingga klien dengan pemasangan *external fixator* dapat menghadapi pengalaman-pengalamannya.

Edukasi psikologis menjadi sangat penting bagi klien dengan pemasangan *external fixator* karena respon fisiologis stress juga melibatkan sistem imun seseorang. Padahal proses penyembuhan luka sangat dipengaruhi dengan baik tidaknya sistem imun. Aldwin (2000 dalam Potter & Perry, 2007) menyebutkan bahwa ketika seseorang dalam keadaan yang stress, sistem imun akan lebih terkonsentrasi untuk menjaga seseorang dari ancaman bakteri, virus, parasit atau toksin, daripada memperbaiki sel-sel yang rusak, termasuk sel-sel tulang yang rusak akibat pemasangan *external fixator*. Seyle (1991 dalam Potter & Perry, 2007) menyebutkan bahwa stress akan menimbulkan penyakit baru yang disebabkan karena (1)

peningkatan hormon yang sangat kuat sehingga mengganggu fungsi tubuh, (2) pilihan koping yang tidak sehat, seperti merokok, konsumsi alkohol atau kopi, (3) mengabaikan timbulnya tanda dan gejala suatu penyakit, serta (4) mengabaikan pengobatan atau terapi yang seharusnya dilakukan. Hal tersebut sangat sesuai dengan survey tahunan yang dilakukan APA (2009), dimana 8 dari 10 orang yang disurvei mengakui bahwa stress akan membuat mereka sakit dan menimbulkan dampak negatif, misalnya timbulnya depresi, serangan jantung atau stroke, hipertensi, kanker, obesitas dan insomnia. Lebih jauh lagi, 21% laki-laki dan 30% perempuan merasakan bahwa stress juga memberikan dampak pada kemampuan mereka dalam memutuskan sesuatu ataupun menyelesaikan tugas (Rizzolo & Sedrak, 2010).

5.1.5 Harapan klien yang mengalami fraktur ekstremitas bawah dengan pemasangan *external fixator*

Tema 7 : Harapan-harapan klien

Partisipan yang mengalami fraktur dengan pemasangan *external fixator* pada penelitian ini berharap kepada perawat agar memberikan sikap yang positif selama partisipan dilakukan perawatan ataupun ketika partisipan harus melakukan kontrol ulang di poliklinik. Sikap perawat yang diharapkan adalah lebih perhatian, adil, lebih ramah, lebih sabar, terampil dan bertanggungjawab.

Hal ini sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Attree (2001) yang memberikan gambaran perawat dari persepsi klien dan keluarganya. Penelitian tersebut menyebutkan bahwa klien dan keluarganya mengharapkan sikap perawat yang selalu melakukan evaluasi terhadap kondisi klien yang sakit, memiliki rasa kasih dan sabar, sensitif dan responsif terhadap kebutuhan klien, tenang, lemah lembut dan baik. Tidak jauh berbeda dengan penelitian yang dilakukan Radwin (2000) dengan responden klien yang menderita kanker. Harapan klien yang diinginkan mereka adalah peduli, mengingat kliennya dan penuh perhatian.

Sikap positif perawat merupakan wujud *caring* perawat kepada kliennya. Manthey (2008) menyebutkan bahwa *caring* merupakan *invisible power of nursing* karena *caring* seorang perawat mempunyai efek positif untuk klien yang tidak dapat diukur dan tidak pernah pula dibahas dalam sistem kesehatan. Terlebih bagi seorang perawat ortopedi, *caring* merupakan bagian yang harus terintegral dalam dirinya. Hal ini disebabkan klien-klien ortopedi pada umumnya akan berada di RS dalam jangka waktu yang lama, menghadapi trauma yang mengancam kehidupan dan mengalami perubahan gaya hidup.

Terkait dengan pemberian informasi, partisipan berharap diberikan informasi terhadap hal-hal yang harus dilakukan, termasuk bagaimana mengurus SKTM ataupun bagaimana melakukan perawatan di rumah. Pemberian edukasi dengan menggunakan media brosur juga menjadi sangat penting. Hal ini sesuai dengan rekomendasi Holmes dan Brown (2005) dimana klien dan keluarga harus diberikan edukasi terlebih dahulu tentang perawatan luka *pin sites* sebelum klien dipulangkan dan diberikan catatan secara tertulis.

Falvo (2004 dalam Potter & Perry, 2007) menyebutkan prinsip yang harus diperhatikan perawat dalam memberikan edukasi, yaitu : (1) pemberian metode edukasi mungkin akan berbeda antara satu klien dengan klien lainnya, (2) gunakan komunikasi efektif, (3) lakukan pengulangan, reinforcement dan motivasi, (4) gunakan bahasa dan kata-kata yang dapat dimengerti oleh klien. Jika perawat memperhatikan prinsip ini maka keberhasilan edukasi akan lebih mudah dicapai.

Metode yang digunakan perawat dalam pemberian edukasi bermacam-macam, tergantung dari apa yang ingin dicapai oleh perawat, misalnya tujuan kognitif, afektif atau psikomotor (Potter & Perry, 2007). Jika tujuan kognitif klien yang ingin dicapai, maka metode yang tepat adalah diskusi, *role play*, *field experience*, tanya jawab dan ceramah. Jika tujuan afektif maka metode yang tepat adalah *role play*, diskusi (baik grup ataupun personal), sedangkan jika tujuan psikomotor yang ingin dicapai maka

metode yang tepat adalah demonstrasi, re-demonstrasi, simulasi ataupun dengan permainan.

5.2 Keterbatasan Penelitian

Peran peneliti sebagai instrumen dalam penelitian kualitatif sangat mempengaruhi hasil temuan penelitian. Peneliti mengidentifikasi beberapa keterbatasan dalam penelitian ini yaitu :

5.2.1 Keterbatasan kemampuan peneliti sebagai instrumen utama penelitian dalam melakukan wawancara mendalam sehingga beberapa data yang seharusnya bisa lebih ter gali menjadi belum optimal didapatkan. Peneliti terkadang mengalami kesulitan ketika menghadapi partisipan yang sedikit memberikan informasi. Hal ini mungkin disebabkan karena partisipan masih merasa malu untuk menceritakan pengalamannya secara terbuka dan jujur. Peneliti juga merasa kesulitan menghadapi partisipan yang banyak bicara di luar konteks wawancara. Hal ini disebabkan partisipan merasa mempunyai kesempatan untuk mengeksplorasi apa yang sudah dirasakan. Untuk mengatasi hal tersebut, peneliti sudah melakukan uji coba wawancara kepada 2 klien yang memenuhi kriteria inklusi, latihan wawancara sesering mungkin dan juga membuat catatan-catatan kecil mengenai inti dari setiap pernyataan partisipan, agar dapat ditanyakan lagi sehingga dapat diperoleh gambaran secara mendalam.

5.2.2 Keterbatasan waktu penelitian yang sangat singkat serta prosedur administrasi yang relatif lama (\pm 2 minggu) sehingga peneliti merasa kurang optimal dalam menganalisis pengalaman-pengalaman partisipan yang telah didapatkan ataupun mencari jurnal-jurnal yang terkait dengan isi pembahasan.

5.2.3 Keterbatasan responden yang memenuhi kriteria inklusi yang datang ke Poliklinik RSUP Fatmawati untuk mencapai saturasi data. Peneliti juga pernah mengalami mendapatkan responden yang memenuhi kriteria inklusi namun menolak

untuk berpartisipasi dalam penelitian. Peneliti juga mengalami kesulitan untuk mendapatkan klien dengan pemasangan *external fixator* untuk dikunjungi di rumah karena beberapa nomor telepon yang tercantum dalam rekam medik terkadang tidak dapat dihubungi.

5.3 Implikasi Hasil Penelitian

Temuan dalam penelitian ini memiliki beberapa implikasi bagi praktek, pendidikan dan penelitian keperawatan. Penelitian ini memberikan gambaran mendalam tentang pengalaman klien yang mengalami fraktur dengan pemasangan *external fixator*. Permasalahan yang timbul lebih dikarenakan ketidaktahuan klien terhadap informasi-informasi yang seharusnya mereka terima dari petugas kesehatan, termasuk dari perawat.

5.3.1 Bagi Pelayanan Keperawatan Medikal Bedah

Hasil penelitian ini menyebutkan bahwa klien fraktur dengan pemasangan *external fixator* :

5.3.1.1 Memberikan respon psikologis stress, berduka dan gangguan konsep diri. Dampak dari kondisi tersebut tentunya akan berpengaruh kepada proses penyembuhan klien fraktur dengan pemasangan *external fixator*. Berdasarkan respon tersebut, perawat hendaknya memperhatikan aspek psikologis dalam memberikan asuhan keperawatan.

5.3.1.2 Mengalami ketidaknyamanan fisik, berupa keluhan fisik dan keluhan infeksi sehingga perawat hendaknya memperhatikan aspek fisik dalam memberikan asuhan keperawatan.

5.3.1.3 Mengalami perubahan pemenuhan kebutuhan dasar, misalnya perubahan fungsional, spiritual dan sosial sehingga perawat hendaknya memperhatikan kebutuhan dasar ini dalam memberikan asuhan keperawatan.

5.3.1.4 Mengalami kerugian finansial karena besarnya biaya perawatan dan biaya rawat jalan sehingga perawat hendaknya melakukan intervensi-intervensi untuk mencegah komplikasi sehingga klien tidak perlu mengeluarkan biaya tambahan.

5.3.1.5 Menerima banyak sumber dan bentuk dukungan. Sistem pendukung yang didapat klien fraktur dengan pemasangan *external fixator* dapat dijadikan kekuatan dalam upaya membantu klien beradaptasi dalam perubahan-perubahan yang dialami klien.

5.3.1.6 Menerima pelayanan keperawatan berupa sikap perawat yang positif dan negatif, administrasi yang mudah dan komunikatif serta pemberian edukasi yang variatif. Perawat hendaknya memperhatikan pelayanan keperawatan yang diberikan sehingga pemberian pelayanan akan lebih optimal.

5.3.1.7 Mempunyai harapan dalam hal pemberian pelayanan keperawatan, baik harapan terkait dengan sikap perawat dan harapan terkait pemberian informasi. Perawat hendaknya memperhatikan harapan-harapan tersebut untuk meningkatkan pelayanan keperawatan.

5.3.2 Bagi Pendidikan Keperawatan

Penelitian ini juga memiliki implikasi bagi pendidikan keperawatan, seperti perlunya pembelajaran pemberian asuhan keperawatan pada klien dengan pemasangan *external fixator* dengan memperhatikan beberapa aspek, seperti fisik, psikologis, fungsional, spiritual, dan sosial sehingga dapat menjadi landasan untuk memantapkan metoda belajar atau menjadi landasan untuk merevisi kurikulum yang ada. Hasil penelitian ini juga dapat dijadikan *evidence based practice* dalam praktek keperawatan medikal bedah dan sebagai bahan pembelajaran dalam pendidikan tentang perawatan pada klien yang mengalami fraktur dengan *external fixator* ekstremitas bawah sehingga mahasiswa keperawatan dapat belajar sesuai dengan kondisi yang nyata.

5.3.3 Bagi Penelitian Keperawatan

Penelitian lebih lanjut dapat dilakukan dengan lebih mengeksplorasi pengalaman keluarga dalam merawat klien fraktur ekstremitas bawah yang terpasang *external fixator* atau dengan menggali pengalaman seksual klien terhadap pemasangan *external fix*

BAB 6

SIMPULAN DAN SARAN

Penelitian ini dilakukan untuk mendapatkan gambaran dan pemahaman secara mendalam tentang pengalaman klien yang mengalami fraktur ekstremitas bawah dengan pemasangan *external fixator*. Tema-tema yang teridentifikasi memperlihatkan bahwa hidup dengan *external fixator* sebenarnya bukan merupakan suatu masalah tetapi “berubah” bila dibandingkan dengan orang normal dan akan kembali menjadi “normal” ketika *external fixator* sudah dilepas. Perubahan ini memerlukan adaptasi dari para klien yang terpasang *external fixator*. Dengan edukasi dan bimbingan yang tepat, perubahan ini dapat dengan mudah diadaptasi klien.

6.1 Simpulan

Pengalaman klien yang mengalami fraktur dengan pemasangan *external fixator* tergambar dalam 7 tema, yaitu (1) respon psikologis klien, (2) ketidaknyamanan fisik, (3) perubahan pemenuhan kebutuhan dasar, (4) mengalami kerugian finansial, (5) dukungan sosial, (6) pelayanan keperawatan yang telah diterima, dan (7) harapan-harapan klien terkait dengan pemberian pelayanan keperawatan.

Respon psikologis yang dialami partisipan akibat pemasangan *external fixator* adalah stress, berduka dan gangguan konsep diri. Respon psikologis ini harus dapat diantisipasi atau diatasi dengan baik oleh perawat agar tidak menjadi masalah yang terus berkelanjutan. Berdasarkan hal tersebut, seorang perawat perlu memahami tentang stress, berduka dan gangguan konsep diri. Perawat juga harus mengetahui pengaruh respon psikologis tersebut dan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi.

Partisipan juga mengalami keluhan-keluhan fisik, seperti rasa pegal dan pusing serta keluhan infeksi di tempat penusukan pin. Untuk itu diperlukan SOP yang jelas

tentang prosedur perawatan luka, baik pada klien yang masih dilakukan perawatan di RS ataupun pada klien yang direncanakan pulang. Perawat juga perlu melakukan pengkajian, pengawasan dan perawatan luka dengan adekuat.

Perubahan fungsional yang dialami klien, termasuk di dalamnya melakukan *personal hygiene*, melakukan mobilisasi ataupun aktivitas tidur perlu diadaptasikan dengan baik kepada partisipan sebelum tindakan operatif dilakukan. Partisipan juga perlu diperhatikan aspek spiritualnya karena dapat mempengaruhi kesehatan fisik dan mentalnya. Perubahan sosial yang dialami partisipan memberikan gambaran dimana partisipan menolak untuk keluar dari rumahnya ataupun mengalami keterbatasan dalam melakukan interaksi social. Perawat perlu membantu klien beradaptasi terhadap perubahan-perubahan tersebut.

Dampak pemasangan *external fixator* bagi partisipan termasuk dalam aspek pembiayaan, dimana mereka merasakan kerugian financial akibat besarnya dana yang dikeluarkan untuk biaya perawatan dan juga transportasi ketika akan melakukan kontrol ulang di poliklinik, walaupun mereka mendapatkan potongan biaya sebesar 50% dari SKTM. Namun demikian, sistem pendukung yang diterima partisipan tidak hanya berasal dari keluarga, namun juga berasal dari kerabat, petugas kesehatan, institusi pemerintah dan non pemerintah.

Sebagian besar partisipan merasakan sikap yang positif dan administrasi keperawatan yang mudah sehingga dapat disimpulkan partisipan puas terhadap pelayanan keperawatan yang telah diberikan. Perawat perlu mempertahankan sikap yang positif dan meminimalisir sikap negatif.

Adapun harapan klien terhadap sikap perawat adalah lebih perhatian, adil, lebih ramah, lebih sabar, terampil dan bertanggungjawab dengan perbaikan di administrasi juga, seperti ketersediaan brosur terhadap prosedur pengurusan SKTM ataupun pemberian informasi apa yang harus dilakukan di rumah.

6.2 Saran

6.2.1 Bagi Pelayanan Keperawatan Medikal Bedah

6.2.1.1 Fasilitasi diadakannya pendidikan dan pelatihan dalam upaya :

- a. meningkatkan motivasi perawat untuk lebih responsif terhadap respon psikologis klien,
- b. meningkatkan kemampuan perawat dalam mencegah terjadinya infeksi termasuk kemampuan perawat dalam memberikan informasi, edukasi dan perencanaan pulang terkait dengan edukasi perawatan luka,
- c. meningkatkan motivasi dan kemampuan klien dalam beradaptasi dengan perubahan-perubahan yang terjadi, termasuk perubahan dalam pemenuhan kebutuhan dasar,
- d. mengupayakan agar tidak terjadinya komplikasi sehingga klien yang terpasang *external fixator* tidak mengeluarkan biaya tambahan untuk perawatan RS ataupun kontrol berulang,
- e. mengoptimalkan dukungan sosial yang sudah diterima,

6.2.1.2 Tersedianya perawat-perawat yang melakukan home visit terkait pencegahan infeksi akibat pemasangan *external fixator*.

6.2.1.3 Tersedianya media pemberian edukasi, misalnya brosur tentang perawatan luka ataupun cara-cara pengurusan SKTM.

6.2.2 Bagi Pendidikan Keperawatan

Meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan keterampilan peserta didik dalam merawat klien yang mengalami fraktur dengan pemasangan *external fixator* dengan tetap memperhatikan segala aspek yang berpengaruh. Selain itu juga diperlukan pengembangan kurikulum, khususnya bagaimana melakukan perawatan pada klien dengan gangguan muskuloskeletal.

6.2.3 Bagi Penelitian Keperawatan

Penelitian lebih lanjut dapat dilakukan dengan menggali secara mendalam pengalaman keluarga dalam merawat klien fraktur ekstremitas bawah yang terpasang *external fixator* atau menggali pengalaman seksual klien terhadap pemasangan *external fixator*.



DAFTAR PUSTAKA

- Addamo, S. M. (2002). Modalities for mobilization. Dalam Maher, A.B, Salmond, S.W & Pellino, T.A. (3rd ed). *Orthopaedic Nursing* (302-323). Philadelphia : WB Saunders Company
- Al-Albani, M.N. (2000). *Sifat Sholat Nabi*. Yogyakarta : Media Hidayah
- Altizer, L. (2002). Fractures. *Orthopaedic Nursing*, 21 (6), 51- 60
- _____. (2004). Compartment syndrome. *Orthopaedic Nursing*, 23 (6), 391-396
- Attree, M. (2001). Patient's and relatives' experiences and perspectives of "good" and "not so good" quality care. *Journal of Advance Nursing*, 33 (4), 456
- Bailey, J. (2003). Getting a fix on orthopedic care. *Orthopaedic Nursing*, 33 (6), 58-63
- Bateman, J. (2009). Bone fractures. *Nursing Standard*, 23 (37), 59-60
- Bell, A., Leader, M., & Lloyd, H. (2008). Care of pin sites. *Nursing Standard*, 22 (33), 44-48
- Birndorf, S., Ryan, S., Auinger, P., & Aten, M. (2005). High self-esteem among adolescents : Longitudinal trends sex differences and protective factors. *Journal of Adolescent Health*, 37(3), 194–201
- Broussard, L. (2006). Understanding qualitative research : a school nurse perspective. *The Journal of School Nursing*, 22, 212-218
- Buckley, R. (2010). *General principles of fracture care*. Diunduh pada tanggal 25 April 2011 di <http://emedicine.medscape.com/article/1270717-overview#a0199>
- Burns, N., & Grove, S.K. (2009). *The practice of nursing research : Appraisal, Synthesis and Generation of Evidence*. 6ed. Missouri : Saunders Elsevier
- Buyukyilmaz, F., Sendir, M., & Salmond, S. (2009). Evaluation of body image and self esteem in patients with external fixation devices : a Turkish perspective. *Orthopaedic Nursing*, 28 (4), 169-175
- Canale & Beaty (2008). *Campbell's operative orthopaedics*. 11th ed. Philadelphia : Mosby Elsevier

- Capernito-Moyet, L.J. (2009). *Nursing care plans & documentation : Nursing diagnosis and collaborative problems*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins
- _____ . (2005). *Nursing diagnosis application to clinical practice*. 11ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins
- Craven, R.F., & Hirnle, C.J. (2007). *Fundamentals of Nursing : Human Health and Function*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins
- Department of Health. (2003). *Winning ways working together to reduce Healthcare Associated Infection in England*. Diunduh pada tanggal 25 April 2011 di http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4064689.pdf
- Doenges, M.E., Moorhouse, M.F., & Murr, A.C. (2002). *Nursing care plans : Guidelines for individualizing client care across the life span*. Philadelphia : F.A. Davis Company
- Evans M.R.H. (2010). Interventions for clients with musculoskeletal trauma. Dalam Ignatavicius, D.D., & Workman, M.L. (5th ed). *Medical surgical nursing : Patient-centered collaborative care* (1189-1227). Missouri : Saunders Elsevier
- Friedman, M.M. (2003). *Family nursing : Research, theory and practice*. 5ed. USA : Appleton & Lange
- Fortinash, K.M., & Worret, P.A.H. (2003). *Psychiatric nursing care plans*. 4th ed. St. Louis : Mosby
- _____ (2004). *Psychiatric mental health nursing*. 3rd ed. St. Louis : Mosby
- Grant, D. (2004). Spiritual interventions : how, when and why nurses use them. *Holist Nurs Pract*, 18 (1), 36
- Greasley, P., Chiu, L.F., & Gartland, M. (2001). The concept of spiritual care in mental health nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 33 (5), 629-637
- Gulanick & Myers. (2007). *Nursing care plans : Nursing diagnosis and intervention*. 6ed. Philadelphia : Mosby Elsevier

- Haines, S. (2008). *The drama unfold*. Diunduh pada tanggal 25 April 2011 di <http://www.ilizarov.org.uk/mine2.htm>
- Hanson, S.M.H. (2001). *Family health care nursing : Theory, practice and research*. 2nd ed. Philadelphia : F.A Davis Publisher
- Harvey, C.V. (2006). Complications. *Orthopaedic Nursing*, 25 (6), 410-413
- Hedin, H., Borgquis, L., & Larsson, S. (2004). A cost analysis of three methods of treating femoral shaft fractures in children : A comparison of traction in hospital, traction in hospital / home and external fixation. *Acta Orthop Scand*, 75 (3), 241-248
- Holmes, S.B., & Brown S.J. (2005). Skeletal pin site care : National Association of Orthopaedic Nurses' guidelines for orthopaedic nursing. *Orthopaedic Nursing*, 24 (2), 99-107
- Judge, N.L (2007). Neurovascular assessment. *Nursing Standard*, 21 (45), 39-44
- Judith, et.al. (2009). Long-term psychosocial functioning after Ilizarof limb lengthening during childhood : 37 patients followed for 2-14 years. *Acta Orthopaedica*, 80 (6), 704-710
- Kementerian Pekerjaan Umum. (2011). *Workshop traffic safety management*. Diunduh pada tanggal 1 Mei 2011 di <http://www.pu.go.id/punetnew2010/subindex.asp?pid=041202>
- Kneale, J.D., & Davis, P.S. (2005). *Orthopaedic and trauma nursing*. Philadelphia : Churchill Livingstone
- Koelewyn, L. (2008). *A frame tale from across the big pond*. Diunduh pada tanggal 25 April 2011 di <http://www.ilizarov.org.uk/leanne1.htm>
- Koval, K.J., & Zuckerman, J.D. (2006). *Handbook of fractures*. 3rd ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins
- Kunkler, C.E. (2002). Fractures. Dalam Maher, A.B, Salmond, S.W & Pellino, T.A. (3rd ed). *Orthopaedic Nursing* (609-649). Philadelphia : WB Saunders Company
- Landy, F. J. & Conte, J. M. (2007). *Work in the 21st century: an introduction to industrial and organizational psychology*. 2nd ed. Victoria: Blackwell Publishing.

- Larimore, W.L., (2001). Providing basic spiritual care for patients : Should it be the exclusive domain of pastoral professional ?. *American Family Physician*, 63 (1), 36-40
- Lee-Smith, J., Santy, J., Davis, P., Jester, R., & Kneale, J. (2001). Pin site management : Towards a consensus. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 5 (1), 37-42.
- LeMone, P., & Burke, K. (2008). *Medical surgical nursing : Critical thinking in client care*. New Jersey : Pearson Prentice Hall
- Limb, M.K. (2003). Psychosocial issues relating to external fixation of fractures. *Nursing Times*, 99 (44), 28-30
- _____. (2004a). An evaluation survey of self-concept issues in adult clients undergoing limb reconstruction procedures. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 8 (1), 34-40
- _____. (2004b). An examination of the relationships between body image, self-esteem and behavior in adult clients undergoing limb reconstruction procedures. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 8, 164-170
- Loiselle, C.G., Profetto-McGrath, J., Polit, D.F., & Beck, C.T. (2004). *Canadian essentials of nursing research*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins
- Macnee, C. (2004). *Understanding nursing research : Reading and using research in practice*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins
- Maddox, M. (2002). Spiritual assessments in primary care. *Nurse Practitioner*, 27 (2), 12-13
- Manthey, M. (2008). The invisible power of nursing. *Creative Nursing*, 14 (1), 3-5
- Martin, L., Farrell, M., Lambrenos, K., & Nayagam, K. (2003). Living with the Ilizarof frame : Adolescent perceptions. *Journal of Advanced Nursing*, 43 (5), 478-487
- Mauk, K.L., & Schmidt, N.K. (2004). *Spiritual care in nursing practice*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins
- McCloskey, J.C., & Bulechek, G.M. (n.d). *Defining and classifying nursing Interventions*. Diunduh pada tanggal 15 Mei 2011 di <http://www.ninr.nih.gov/NR/rdonlyres/B3322AAC-2C54-4309-BE83-E09AAD41D1AB/4734/DefiningandClassifyingNInterventions1.pdf>

- McEwen, M. (2004). Analysis of spirituality content in nursing textbook. *Journal of Nursing Education*, 43 (1), 20-30
- McEwen, W. (2004). Spirituality in nursing : What are the issues ?. *Orthopaedic Nursing*, 23 (5), 321-326
- Middleton, C. (2003) Compartment syndrome : The importance of early diagnosis. *Nursing Times*, 99 (21), 30-32.
- National Association for Self-esteem*. (n.d). *What is self esteem ?*. Diunduh pada tanggal 25 April 2011 di <http://www.self-esteem-nase.org/what.php>
- Norwood, S.L. (2000). *Research strategies for advanced practice nurses*. New Jersey : Prentice-Hall
- Patterson, M. (2006). Impact of external fixation on adolescents : An integrative research review. *Orthopaedic Nursing*, 25 (5), 300–308.
- _____ (2010). Adolescent experience with traumatic injury and orthopaedic external fixation : Forever changed. *Orthopaedic Nursing*, 29 (3), 183-191.
- Pellino, T.A., Preston, M.A.S., Bell, N., Newton, M.J., & Hansen, K. (2002). Complications of orthopaedic disorders and orthopaedic surgery. Dalam Maher, A.B, Salmond, S.W & Pellino, T.A. (3rd ed). *Orthopaedic Nursing* (230-268). Philadelphia : WB Saunders Company
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2006). *Essentials of nursing research : Methods, appraisal and utilization*. 6ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins
- Polit, D.F., Beck, C.T., & Hungler, B.P. (2001). *Essentials of nursing research : Methods, appraisal and utilization*. 5ed. Philadelphia : Lippincott
- Porth, C.M. (2005). *Pathophysiology : Concept of altered health states*. 7th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins
- Potter, P.A., & Perry, A.G. (2005). *Fundamentals of nursing*. 6ed. Missouri : Elsevier Mosby
- _____. (2007). *Basic nursing : Essential for practice*. 6th ed. Missouri : Mosby Elsevier
- Pratt, et.al. (2001). EPIC guidelines for preventing Healthcare Associated Infections. *Journal of Hospital Infection*, 47, 1-78

- Radwin, L. (2000). Oncology patients's perceptions of quality nursing care. *Res Nurs Health*, 23 (179)
- Rabenberg, V.S., Ingersoll, C.D., Sandrey, M.A., & Johnson, M.T. (2002). The bactericidal and cytotoxic effects of antimicrobial wound cleansers. *Journal of Athletic Training*, 37 (1), 51-54
- Ramaker, R.R., Lagro, S.W.J., Roermund, P.M.V., Sinnema, G. (2000). The psychological and social functioning of 14 children and 12 adolescents after Ilizarov leg lengthening. *Acta Orthop Scand*, 71 (1), 55-59
- Rasjad, C. (2007). *Pengantar ilmu bedah ortopedi*. Ujung Pandang : Bintang Lamumpatue
- Rizzolo, D., & Sedrak, M. (2010). Stress management: Helping patients to find effective coping strategies. *JAAPA*, 23(9), 20-24
- Roberts, T. (2009). Management of clients with musculoskeletal trauma or overuse. Dalam Black, J.M., & Hawks, J.H. (3rd ed). *Medical surgical nursing : Clinical management for positive outcomes* (507-543). Philadelphia : WB Saunders Company
- Royal Children's Hospital. (n.d). External fixators. Diunduh pada tanggal 4 Mei 2011 di http://www.rch.org.au/emplibrary/edinst/External_Fixators.pdf
- RSUP Fatmawati. (2009). *Sejarah singkat*. Diunduh pada tanggal 15 Mei 2011 di <http://www.fatmawatihospital.com/mode1.php?id=1&mode=2>
- Saba, V.K. (2007). *Clinical Care Classification*. Diunduh pada tanggal 15 Mei 2011 di <http://www.sabacare.com/Interventions/>
- Sabiq, S. (2009). *Fikih sunnah*. Bandung : PT Al-Ma'arif
- Santy J. (2000). Nursing the patient with an external fixator. *Nursing Standard*, 14 (31), 47-52
- Santy, J., Vincent, M., & Duffield, B. (2009). The principles of caring for patients with Ilizarov external fixation. *Nursing Standard*, 23 (26), 50-55
- Sims & Saleh. (2000). External fixation – The incidence of pin site infections : a prospective audit. *Orthopaedic Nursing*, 4, 59-63
- Smeltzer, S.C., & Bare, B.G. (2004). *Textbook of medical surgical nursing*. 10ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins

- Smeltzer, S.C., Bare, B.G., & Hinkle, J.L. (2008). *Textbook of medical surgical nursing*. 8ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins
- Speziale, H.J.S., & Carpenter, D.R. (2003). *Qualitative research in nursing advancing the humanistic imperative*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins
- Spiral fracture (2010). *Spiral fracture*. Diunduh pada tanggal 25 April 2011 di <http://orthopedics.ygoy.com/spiral-fracture-%E2%80%93-what-is-a-spiral-fracture/>
- Stuart, G.W., & Laraia, M.T. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing*. 8th ed. St. Louis : Mosby
- Taylor, S. E., Peplau, L. A., & Sears, D. O. (2000). *Social psychology*. 10th ed. New York : Prentice – Hall
- The National Audit Office / NAO*. (2000). *The management and control of hospital acquired infection in acut NHS trusts in England*. Diunduh pada tanggal 22 April 2011 di www.nao.org.uk/idoc.ashx?docId=02268660-34bb-455d-a72c
- Tiew, L.H.,& Creedy, D.K. (2010). Integration of spirituality in nursing practice : a literature review. *Singapore Nursing Journal*, 37 (1), 15-22
- Timby, B.K., & Smith, N.E. (2007). *Introductory medical-surgical nursing*. 9ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins
- University of Medicine and Dentistry of New Jersey*. (2011). *Limb lengthening & deformity correction*. Diunduh pada tanggal 4 Mei 2011 di <http://www.theuniversityhospital.com/limblength/tech.htm>
- Vance, D. (2001). Nurses' attitudes towards spirituality and patient care. *Medsurg Nursing*, 10 (5), 264-269
- Videbeck, S.L. (2008). *Psychiatric-Mental Health Nursing*. 4th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins
- Walker, J.A. (2007). Evidence for skeletal pin site care. *Nursing Standard*, 21 (45), 70-76
- Wall, C., Mitchinson, S., Glenn, S., & Poole, H. (2004). Using a reflective diary to develop bracketing skills during a phenomenological investigation. *Nurse Researcher*. 11 (4), 20-29

- Watson, J.E. (2002). *Clinical nursing and related sciences*. 6th ed. USA : Bailliere Tindall
- Watters, C. (2009). Caring : Is it even more invisible today. *Orthopaedic of Nursing*, 28 (3), 146-149
- Webster's-Online-Dictionary with Multilingual Thesaurus Translation (2008). *Self-esteem*. Diunduh pada tanggal 6 Juli 2011 di <http://www.websters-onlinedictionary.org/definition/self-esteem>
- W-Dahl, A., Larsen, T., & Lindstrand, A. (2004a). Weekly pin-site care was as effective as daily care in patients with external fixation. *Journal of Bone and Joint Surgery*, 86 (8), 1835
- _____ (2004b). Pin site care in external fixation sodium chloride or chlorhexidine solution as a cleansing agent. *Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery*, 124 (8), 555-558
- Whiteing, N.L. (2008). Fractures : Pathophysiology, treatment and nursing care. *Nursing Standard*, 23 (2), 49-57
- Wojnar, D.M., & Swanson, K.M. (2007). Phenomenology : An exploration. *Journal of Holistic Nursing*, 25, 172-180
- Wood, G.L., & Haber, J. (2010). *Nursing research : Methods and critical appraisal for evidence-based practice*. Missouri : Mosby Elsevier

Lampiran 1**PENJELASAN PENELITIAN**

Penelitian yang berjudul “Studi Fenomenologi : Pengalaman Klien yang Mengalami Fraktur Dengan External Fixator Ekstremitas Bawah di RSUP Fatmawati Jakarta” ini bertujuan untuk memperoleh pemahaman yang mendalam tentang pengalaman Bapak/Ibu/Saudara/I, khususnya mengenai :

1. Respon Bapak/Ibu/Saudara/I yang mengalami fraktur ekstremitas bawah terhadap pemasangan *external fixator*.
2. Dampak *external fixator* terhadap aspek fisik, psikososial dan fungsional Bapak/Ibu/Saudara/I.
3. Dukungan psikososial dari keluarga dan teman yang diterima Bapak/Ibu/Saudara/I yang terpasang *external fixator*.
4. Pelayanan keperawatan yang telah diterima Bapak/Ibu/Saudara/I berkaitan dengan pemasangan *external fixator*.
5. Harapan Bapak/Ibu/Saudara/I yang mengalami pemasangan *external fixator* dalam hal pemberian pelayanan keperawatan.

Bapak/Ibu/Saudara/I akan diwawancara dan direkam dengan alat perekam MP4 dalam 1-2x pertemuan dengan lama pertemuan 45-60 menit. Hasil wawancara akan disimpan dengan rapih dan dirahasiakan. Data tersebut akan disimpan selama penelitian berlangsung dan akan dimusnahkan setelah penelitian selesai.

Kami menjamin bahwa penelitian ini tidak berdampak negatif atau merugikan Bapak/Ibu/Saudara/I. Bila selama penelitian ini, Bapak/Ibu/Saudara/I merasakan ketidaknyamanan, maka Bapak/Ibu/Saudara/I berhak untuk berhenti dari penelitian. Hasil penelitian ini kelak akan dimanfaatkan sebagai masukan bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap klien yang mengalami fraktur dengan external fixator ekstremitas bawah di RSUP Fatmawati Jakarta.

Universitas Indonesia

Lanjutan

Dengan penjelasan ini, kami sangat mengharapkan partisipasi Bapak/Ibu/Saudara/I. Atas perhatian dan partisipasi Bapak/Ibu/Saudara dalam penelitian ini, kami ucapkan terima kasih

Jakarta, Mei 2011

Peneliti



Universitas Indonesia

Lampiran 2**LEMBAR PERSETUJUAN (*INFORMED CONSENT*)**

Setelah membaca dan memahami penjelasan penelitian yang akan dilakukan saudara Ratna Aryani, NPM 0906574695, mahasiswa Program Pasca Sarjana Spesialis Keperawatan Medikal Bedah Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, maka saya bersedia menjadi partisipan penelitian dengan judul :

**“Studi Fenomenologi : Pengalaman Klien yang Mengalami Fraktur Dengan
External Fixator Ekstremitas Bawah di RSUP Fatmawati Jakarta”**

Demikian pernyataan persetujuan ini saya tanda tangani dengan sukarela tanpa ada paksaan dari siapapun.

Jakarta, 2011

Partisipan

Peneliti

.....

Ratna Aryani

Universitas Indonesia

Lampiran 3**FORMAT DATA PARTISIPAN****A. Data Demografi**

1. Nama partisipan (inisial) :
2. Usia (dalam tahun) :
3. Jenis kelamin : Perempuan / Laki-laki
4. Pendidikan :
5. Pekerjaan :
6. Suku :
7. Status pernikahan :
8. Alamat / Telepon :
9. Penanggung biaya :

B. Status Medik

1. Indikasi pemasangan :
2. Waktu pemasangan :
3. Ekstremitas yang terkena : Kanan / Kiri
4. Bentuk *external fixator* : Hoffman / Orthofix / Ilizarof
5. Komplikasi yang dialami :

Lampiran 4**PANDUAN WAWANCARA**

1. Coba ceritakan bagaimana Bapak/Ibu/Saudara/I bisa sampai terpasang pin besi ini ?
2. Bagaimana perasaan Bapak/Ibu/Saudara/I terhadap pemasangan pin besi ini ?
3. Bagaimana dampak pemasangan pin besi ini terhadap Bapak/Ibu/Saudara/I ?
4. Bagaimana dukungan yang diterima Bapak/Ibu/Saudara/I dengan pemasangan pin besi ini ?
5. Bagaimana pelayanan keperawatan yang telah diterima Bapak/Ibu/Saudara/I berkaitan dengan pemasangan pin besi ini ?
6. Apa harapan Bapak/Ibu/Saudara/I berkaitan dengan pemberian pelayanan keperawatan ?

Lampiran 5

FORMAT CATATAN LAPANGAN (*FIELD NOTE*)

Tanggal :		Tempat :	
Waktu :		Partisipan :	
Respon yang diamati		Interpretasi	
Rencana isi <i>field note</i> : <ol style="list-style-type: none"> 1. Komunikasi non verbal yang sesuai dengan komunikasi verbal partisipan 2. Komunikasi non verbal yang tidak sesuai dengan komunikasi verbal partisipan 3. Situasi lingkungan saat wawancara (posisi duduk, lingkungan, dll) 			

Lampiran 6

JADWAL PENELITIAN

No	KEGIATAN	Januari-April				Mei				Juni				Juli			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Penyusunan proposal																
2	Seminar proposal																
3	Perbaikan proposal																
4	Pengurusan izin penelitian																
5	Pelaksanaan penelitian																
6	Pengolahan data dan analisa data																
7	Menyusun laporan hasil																
8	Seminar hasil penelitian																
9	Perbaikan laporan penelitian																
10	Ujian akhir tesis																
11	Pengumpulan laporan akhir																

Lampiran 7

REKAPITULASI DATA PARTISIPAN

No	Inisial	Usia (Thn)	JK	Pendidikan	Pekerjaan	Suku	Status	Alamat	Penanggung biaya	Lama	Ekstremitas	Bentuk	Komplikasi
1	NN	46	L	S1	Wiraswasta	Padang	Menikah	JakPus	SKTM	1 bulan	Kanan	Orthofix	Tidak ada
2	W	30	P	SD	Wiraswasta	Jawa	Menikah	JakSel	SKTM	2 bulan	Kanan	Hoffman	Tidak ada
3	IW	29	L	SLTA	Wiraswasta	Padang	Menikah	Depok	Tunai	1 bulan	Kanan	Hoffman	Infeksi
4	AG	21	L	SLTA	Tidak bekerja	Betawi	Lajang	Depok	SKTM	3 bulan	Kiri	Hoffman	Infeksi
5	D	38	P	SLTA	Karyawan	Jawa	Lajang	JakSel	Tunai	5 bulan	Kanan	Hoffman	Tidak ada
6	M	27	L	SMP	Buruh	Jawa	Menikah	JakSel	SKTM	1 bulan	Kanan	Orthofix	Tidak ada
7	FM	24	L	Akademi	Tidak bekerja	Betawi	Lajang	JakSel	SKTM	3 hari	Kanan	Illizarof	Tidak ada

Lampiran 8

KISI-KISI TEMA

No	Tujuan Khusus	Tema	Sub Tema	Sub sub tema	Kategori	Kata Kunci	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
1	Respon klien yang mengalami fraktur ekstremitas bawah dengan pemasangan <i>external fixator</i>	Respon psikologis	Stress		Khawatir	Saya tetap takut nyeri karena disenggol dikit aja udah terasa. (P1)	√	√					
						...Takut kesenggol, nyangkut gimana gitu kan. Nanti tulang saya rusak. (P3)		√	√	√			
						Cuma saya takut kelamaan doang. Kelamaan dipasang gitu. (P3)			√				
						Cuma yang aku takutin gini, kayak gini keliatan orang, mereka jijik ga ya ngeliat kita ....(P5)					√		
						Ada rasa takut juga sih ngeliat pen-nya, takut lepas gitu. (P6)						√	
					Bingung	..... gimana saya harus pakai baju, pakai celana gitu..... Saya bingung. (P2)		√				√	
						Pas liat alatnya, terkejut juga, besar banget. Kok kayak gini ... (P7)		√	√				√
					Sedih	Ya sedih juga ya... (P2)		√			√	√	
					Trauma	Kapok sih naik motor..... Kapok, serius. (P3)			√				
						Masih ada trauma, ... kalau bisa tuh, udahlah kejadian itu, udah. Aku tuh jangan sampai diliatin lagi kejadian itu. Jangan terlintas bayangan-bayangan kejadian					√		

					kecelakaan lagi. (P5)														
			Berduka (<i>griefing</i>)	Tahapan berduka	Menolak kenyataan (<i>denial</i>)	Kok nggak pen dalam aja ?. Kan kebanyakan orang pen dalam. (P3)			√										
						Kok Allah ngasih ujian sama saya kayak gini. Kenapa ga orang lain aja, yang jahat kan banyak. Kayaknya saya sholat terus, baik sama tetangga, kok bisa kayak gini. (P6)		√										√	
					Marah (<i>anger</i>)	...., saya kecewa aja. (P1)	√												
						Nyeselin diri, kok jadi seperti ini. (P2)		√											
					Menawar (<i>bargaining</i>)	....saya belum mau pulang dari RS soalnya mau pasang pen dalam aja. ....masih mending pasang pen dalam aja. Jadi saya minta pasang pen dalam aja. Kan dikasih 2 alternatif, mau diterusin apa mau pasang pen dalam ? (P1)	√												
					Depresi (<i>depression</i>)	Aku ga mau keluar rumah. Ga ada keinginan untuk keluar rumah juga. (P2)		√											
						....depresi banget (sedih tetapi sambil tertawa kecil). (P2)		√											
						Saya nangis aja. Sering nangisnya daripada ga' nya.... (P2)		√											
						Kalau sedih ada lah ya. Sampai berkecamuk sampai sekarang.... (P5)		√						√					
						Hidup jadi ga berarti lagi. Saya sebenarnya putus asa juga (terdiam sesaat)....(P6)													√
					Menerima (<i>acceptance</i>)	Tapi ya kata dokter ini yang terbagus, ya udah. Yang penting kaki saya cepat sembuh gitu. Saya pilih yang terbaik aja. (P3)			√										√
						...Tapi yang aku yakinin, aku bisa selesai-in ini. (P5)								√					
			Gangguan konsep diri		HDR	Serasa agak minder sedikit,... kan jadi bahan perhatian juga dengan keadaan kayak gini. (P4)	√	√			√							√	
						.... Ya, jadi beban aja.... (P4)							√						
					Kehilangan peran	Saya kan kepala keluarga. Jadi ga bisa ngasilin duit.... Sekarang istri saya sendirian yang kerja untuk cari makan. ... Seharusnya kan saya. (P6)	√											√	

						Yaaaa.... Saya jadi hilang pekerjaan. (P6)	√	√		√		√	√
						Mmmm.... saya ga bisa ke toko.....Jadi saya ga bisa ngontrol toko saya..... (P3)			√				
						Kuliah masih cuti... Ini udah cuti 2 semester. (P5)					√		
					Gangguan <i>body image</i>	Merasa cacat aja.... Jadi ga sempurna (P1)	√			√			
						Yaaaah...kayak robot aja....Masih mending kayak robot beneran, pakai besi seluruh badannya. Ya, kalau kita, pakai besi kakinya aja. (P1)	√					√	
						.....saya ga mau ngeliat kaki saya. Sampe 3 hari saya ga mau ngeliat kaki saya....(P2)		√					
					Ideal diri	.... dengan kondisi kaki kayak gini, saya ga punya mimpi masa depan apa-apa, (P2)		√		√			
						Kayaknya ga semangat untuk hidup. (P6)						√	
						Jadi kalau saya sudah bisa ngontrol toko saya, ya udah....masa depan saya, insya Allah bisa saya usahain bisa bagus. (P3)			√				
						Kalau masa depan tetap harus punya, dalam arti aku harus tetap lanjutkan pendidikan Hidupku harus bisa berjuang sampai S-1, bahkan bisa lebih. (P5)					√		
						Nanti kan sembuh juga... (P7)							√
2	Dampak pemasangan yang dirasakan klien yang mengalami fraktur ekstremitas bawah dengan pemasangan <i>external fixator</i>	Ketidaknyamanan fisik	Keluhan-keluhan fisik		Pegal	Pegel.... Balik sini pegel, balik sini pegel. Kanan kiri pegel. (P7)	√		√				√
					Pusing	Saya pusing kalo kelamaan ngebawa kaki. (P3)			√				

			Infeksi	Tanda-tanda infeksi	Bengkak	Jadi sebelum operasi bengkak...sesudah operasi juga bengkak tapi berkurang. (P1)	√							
					Panas	Ada rasa panasnya juga. (P4)		√		√				
					Keluar darah atau nanah	...kadang-kadang keluar darah di sela-selanya. Sedikit. (P2)		√		√				
					Pen terlepas	Awalnya ada 3, copot satu. Jadi copot, jadi saya buka sendiri.....(P3)			√					
					Demam	... badan meriang, panas dingin tapi badan ga panas....(P4)				√	√			
					Nyeri	Nyeri juga sih.... (P3)		√	√	√				√
						Perih. Nih kayak gini, apalagi kalo diangkat, perih nih. (P1)	√							
						Sakitnya minta ampun. (P5)	√				√	√		
						....agak ngilu, Ngilu banget. (P3)			√	√				
						Terus masih suka kayak rasa kesetrum,.....Zzzzzz....zzzzz. (P5)	√				√			
		Perubahan pemenuhan kebutuhan dasar	Perubahan fungsional	<i>Personal hygiene</i>	Mandi	..., cuman di-lap basah aja....pakai air hangat aja.... Saya mandi sambil duduk, selonjoran.... Di-lap pagi sore. (P3)	√	√	√		√	√	√	√
						Kalau mau mandi, kakinya dibungkus pakai plastik. Mandi pakai air, diguyur. Plastiknya pakai yang ukuran besar, tuh. Bagian sini aja sampai bawah diplastikkin (sambil menunjukkan batas dengkul dengan telapak kaki). Bagian atasnya diikat jadi air ga merembes ke dalam. Diikat pakai solasi.... Mandinya paling sehari sekali. (P4)				√				
					Keramas	...Kalo keramas disitu (sambil menunjuk ke arah pinggiran tempat tidur bagian kaki). Kepalanya... dipake-in plastik, bawahnya ember,.... ... keramas tuh 2 minggu sekali,...(P5)					√			
					Berpakaian	....cuma pakai baju atas aja. Kalau bawah, cuma pakai kain sarung aja. (P1)	√							
						... Kalau di rumah, saya pakai celana pendek atau rok pendek terus, Kan ujungnya lebar. (P2)		√						

					Jadi selalu pakai celana pendek. (P4)			√	√		√	√
				Eliminasi	Buang air kecil saya pakai pispot. (P1)	√	√			√		
					....kalau siang saya ke kamar mandi. Kan masih bisa pakai tongkat. Kalau malam kan saya malas ke kamar mandi, jadi pakai pispot. (P3)			√				√
					Kalau BAK sih sudah bisa ke kamar mandi, tapi mesti hati-hati. Dicebok seperti biasa aja. (P6)				√		√	
					Kalau buang air besar tetap di sini aja pakai...yang kain besar gitu, warna hijau.... pakai kain warna hijau kayak taplak meja. (P1)	√				√		
					Kalau buang air besar...ke kamar mandi....bersihnya pakai tisu basah. Saya pakai WC yang jongkok, ....Saya nahan pakai tangan, nih kaki saya selonjorin, dilurusin, dikasih ganjalan pakai bangku pendek, terus saya jongkok di WC jongkok itu. Kalau normalnya kan jongkok dua-duanya, nah saya cuma sebelah jongkoknya.... (P3)			√	√		√	√
				Mobilisasi	Gangguan pergerakan dan aktifitas	√		√			√	√
					.... gerakan tuh terganggu. Kadang kena benturan ujung pen-nya tuh. Gerak dikit aja kayak oblok gitu. Oblok tuh kayak ada yang patah. (P1)					√		
					.... karena lebih sulit gerak kan. (P4)							
					Ya, berat aja. Saya perkiraan sekitar 3 kilo. Kalau jalan jadi seperti ada yang bertopang di kaki, ya itu seberat 3 kilo. (P1)	√	√	√	√	√	√	
					....ga bisa beraktivitas, susah karena kan pen-nya di luar ya.... (P2)	√	√		√	√	√	√
					Kalau naik motor saya ga sanggup saya. Kalau kaki pakai pen ini kan harus lurus, kalau motor kan otomatis harus nekuk. (P1)	√		√				
					....yaaaa ke kamar mandi jadi susah. (P2)		√					
					....saya susah buat ganti celana, semuanya deh jadi susah. (P3)			√				
					Jalan aja sulit. Cuma bisa berjalan pakai tongkat. (P6)						√	
					..... kalau misalnya aku mau pindah seperti tadi, mesti					√		

						ngesot gitu. Terus kalau kaki yang kanan harus selalu digantung.... (P5)										
					Memakai alat bantu berjalan	Berdiri.... dengan bantuan kursi roda, saya berdiri di belakang kursi roda. Jalan 1 langkah, 2 langkah... (P2)		√								
						.... nggak boleh jalan dulu, pakai kruk aja. (P7)	√		√	√			√	√	
				Gangguan tidur	Sering terbangun	Tapi jadi sering bangun juga karena harus rubah posisi. (P1)	√									
						Kadang dari tidur bisa bangun juga karena kaki kram ... (P1)	√								√	
						Terbangunnya karena harus ngeliatin pen-nya apa ada yang kesenggol.(P4)				√						
						Bikin saya ga bisa tidur. Baru enakan tidur, eh kebangun. Pokoknya jadi ga nyenyak aja tidurnya. Sebentar-bentar bangun. (P6)		√	√	√			√	√		
					Sulit tidur	...jadi susah sama tidur.... Tau-tau udah nyeri aja di mata kaki saya, di bautnya,... nyeri semua tuh. ....terus hilang. Terus datang lagi, hilang lagi... Ga bisa tidur....Kebangun lagi.... (P3)		√	√							
						Ya Allah, aq pengen tidur 15 meniiiiit aja. Kadang-kadang kalau aku udah kecapek-an, mungkin lep gitu, lelap. Tapi kebangun lagi. (P5)						√				
						Kalau gangguan tidur itu...mungkin karena pikiran aja kali ya.... mau bayar utang pakai apa. Jadi apa ya, pikiranku tuh ruwet gitu. Mikirin kuliah, mikirin kerjaan, mikirin utang, semua numpuk. (P5)						√				
			Perubahan spiritual	Cara berwudhu	Tayamum	Wudhu tayamum. Debunya diambil dari tembok. Kalau tayamum, gini aja sih. Tangan sama muka dibasuh pakai debu (sambil memperagakan gerakan tayamum). (P7)	√	√				√	√	√		
						Wudhu	...paling wudhu sampai disini aja nih (menunjukkan posisi dengkul). Pakai air. (P4)				√					
				Ibadah sholat	Melakukan sholat	Kalau sholat saya terlentang aja. Yang penting, dari awal bacaan kita bacaan sholat aja. Saya gerak yang bisa aja. Kalau gerakan yang sulit ya gerak ala kadarnya aja. (P1)	√			√					√	
						Saya melonjor, duduk. Rukuknya begini (memberikan		√				√				

						contoh rukuk sambil duduk), sujudnya begini (menundukkan kepala lebih dalam lagi daripada ketika mencontohkan gerakan rukuk). Pakai mukena panjang. (P2)									
						...Sholat saya sambil setengah duduk atau paling enak ya sambil tiduran. Kalo rukuk, agak ditundukkin aja kepalanya. Sujud juga. (P6)								√	
					Menambah kuantitas sholat	...Alhamdulillah sudah membiasakan sholat Dhuha....semakin kemari...semakin sering gitu. (P5)								√	
					Tidak sholat	...saya ga sholat selama kaki saya sakit. Masalahnya saya ga bisa bersih... karena nggak mandi kali ya, jadi kurang afdhol aja sama saya. (P3)			√						
						Cuma kalau sholat Jum'at jadi nggak bisa.... Saya kan sholatnya ga bisa berdiri normal. (P6)				√				√	
			Perubahan sosial	Interaksi sosial	Menolak keluar rumah	Ga bisa saya, Mbak. Ga bisa...keluar rumah. ... Dipaksa-paksa juga ga mungkin lah. (P1)	√								
						Aku ga mau keluar rumah. Ga ada keinginan untuk keluar rumah juga. (P2)		√							
						Ga...ga....ga berani, Mbak. (P2)		√							
					Keterbatasan melakukan interaksi sosial	...jadi terbatas ya ketemu tetangga atau saudara.... Nggak bisa jauh-jauh, paling tetangga samping rumah kalo saya lagi bosan. (P6)			√	√				√	
						Ya, mungkin keluar rumah kalau pagi buat ngejemur badan, saya berani.									√
						Sebenarnya kalau mamih sama kakakku kuat angkat aku, aku pengennya tiap pagi keluar. (P5)								√	
		Mengalami kerugian finansial	Besarnya biaya yang harus dikeluarkan		Biaya perawatan besar	Biayanya besar, Mbak untuk biaya rawat. Kurang lebih...di Fatmawati sudah 55 juta. Kalau di luar dari sini, sudah habis 10 juta saya. (P1)	√								
						Ya untuk biaya makan, bolak-balik poliklinik.... saya sudah habis 15 juta-an. Bagi saya biaya segitu besar, Mbak. (P2)		√							

						....kalau pakai biaya sendiri, termasuk besar.... Dari semenjak saya sakit sampai sekarang udah 55 juta. (P3)			√				
					Biaya transportasi ke RS mahal	....Cuma di kendaraannya aja, maksudnya taksinya aja yang agak mahal. Tadi aja kesini bayar 30 ribu. (P2)		√					√
3	Dukungan yang diterima klien yang mengalami fraktur ekstremitas bawah dengan pemasangan <i>external fixator</i>	Dukungan sosial yang diterima	Sumber dukungan	Keluarga	Istri	....dibantu sama istri...(P1)	√		√				√
					Suami	Dukungannya dari suami sih. (P2)			√				
					Anak	....kalau saya ada perlu, baru saya panggil, misalnya buat nganterin saya ke Rumah Sakit. Yang itu tadi anak saya, ....(P2)	√	√					
					Saudara kandung	...Begitu kejadian kakak datang (P1)	√						√
					Saudara	Semuanya bantu..., saudara sepupu (P1)	√						
					Orang tua	...Kata saudara sabar aja. P3)		√	√	√			
					Orang tua	...dari orang tua sih. (P4)				√			√
				Kerabat	Tetangga	Kalau tetangga-tetangga lagi ke sini pada nengokin...(P5)					√		
					Teman	Kemarin yang nganterin ke RS juga temen.... (P4)	√				√	√	√
				Petugas kesehatan	Perawat	Kalau lagi ga ada istri, mandinya baru minta bantuan sama suster (menggaruk-garukkan kepala). (P1)	√						
						Saya kontrol aja sama perawatnya. Dibersihin sama perawat. (P3)			√				
					Dokter	Kalau itu dokter yang ngajarin. Kata dokter, selama di rumah, gosok-gosok pakai alkohol biar bakterinya ga masuk ke dalam. (P3)			√				

				Institusi pemerintah	Aparat pemerintah	RT...RW....kelurahan juga...kecamatan...Puskesmas....Dinas kesehatan ..pas ngurus SKTM (P4)	√	√		√		√	√
				Institusi non pemerintah	Yayasan	...cuman operasi pen-nya yayasan yang tanggung. ... Sampai sekarang pun, termasuk buka pen dalam, dia yang tanggung. (P2)		√					
					Donatur	Besoknya aku dikasih kursi roda, tapi katanya dari orang yang ga mau dikasih tahu namanya. (P5)				√	√		
			Bentuk dukungan	Dukungan instrumental	Uang / dana	Saudara ngasih biaya juga..... bantuan uang juga. (P1)	√			√			
					Bantuan biaya perawatan	biaya perawatannya dibayarin sama dia. Jadi saya tau-nya beres. Tau-tau sudah dibayarkan. (P2)		√					
					Makanan	Ya kalau buah tangan ada lah, misalnya buah atau kue (P1)	√						
					Potongan biaya dengan SKTM	Kalau pakai SKTM tuh biaya setengah-setengah. Maksudnya setengah ditanggung SKTM dan setengahnya lagi biaya dari kita. (P4)	√			√		√	√
						Kayak rontgen juga jadi ga begitu mahal. Kalo periksa-periksa juga ga bayar. Banyak banget manfaat SKTM-nya. (P2)		√					
					Pinjaman dana	...kalau kekurangan dana tinggal bilang aja (sambil tertawa). Orang Padang kan ada perkumpulannya....Jadi sesama kita, kalau ada yang susah... dipinjamkan dulu, dibantu... nanti diganti....(P3)			√				
					Alat kesehatan	Besoknya aku dikasih kursi roda, tapi katanya dari orang yang ga mau dikasih tahu namanya.(P5)				√			
						Kruknya dikasih sama donatur. Saya juga ga kenal. (P6)						√	
					Membantu melakukan ADL	Kalau mandi dibantu sama istri... Nanti setelah BAB, pup-nya baru dibuang sama istri. Yang nyebokin juga istri, pakai lap yang di-air-in. Lap nya nanti dicuci sama istri di kamar mandi. (P1)	√	√	√				√
						Suami yang ngerjain kerjaan rumah tangga..... Jadi mandi, makan dia yang bantu. Nyuci piring, nyuci baju, dia juga. Ngepel, nge-gosok..... (P2)		√					
						Ngatur segi pola makannya, semuanya dah. Ibu nyusun				√			

					....Jangan ngerokok dulu biar lukanya cepet sembuh. ... Jangan begadang. (P4)				√			
					.... fokus aja biar sembuh. Kuliah sebentar forget-tin dulu. Ga bakalan bisa nyambung. (P5)					√		
				Edukasi	Disuruh ngencengin kaki. Kakinya diregangin. Diongang-onggang, terus digerakkan ke atas, ke bawah. Dilatih gitu, dilemesin. Terus diajarin cara ngurus kaki. (P2)	√	√				√	√
					...katanya biar tulangnya dibantu supaya baik dulu sebelum dikerjain pasang pen dalam. (P1)	√						
					...ngajarin cuma cara minum obat aja di rumah,...(P3)				√			
					... kata perawatnya ngerusak lambung katanya. (P1)	√						
					... perawatnya bilang udah stop dulu obatnya, jangan diseringin nanti malah menghambat pertumbuhan tulangnya. (P4)				√			
					...terus ngasih tahu cara bersih-bersihnya.....Perawat yang ngajarin. Tangan saya bersihin ya.... pakai yang buat (sambil mengingat-ingat) sabun antibakteri yang saya beli. Bersihnya pakai air hangat dulu. Kassa sama supratulnya saya gunting. Kalau sekarang sih ga pakai supratul lagi. Setelah itu dibersihnya pakai NaCl sama kassa aja, kalau ga pakai Alkohol setiap hari. Setiap hari saya buka perbannya, saya ganti biar ga infeksi. Yang dibersihin pinggiran-pinggiran besinya. (P2)	√	√		√		√	
					.... Kalau timbul kerak, paling dibersihin pakai alkohol. Nanti dia lepas sendiri. (P4)				√			
					.....Mereka juga bilang kalau lukanya masih basah jangan kena aer dulu. (P6)							√
					Jaga pola makan sama banyakin minum air putih.... Pola makan yang banyakin protein, kalsium buat pertumbuhan tulangnya. Itu aja sih. Protein itu dari telor. Makan telor sehari saya bisa enam. Sama susu Anlene, sehari sekali. Ga pernah putus sih Anlene-nya, setiap hari. (P4)				√			

4	Pelayanan keperawatan yang telah diterima klien yang mengalami fraktur ekstremitas bawah dengan pemasangan <i>external fixator</i>	Pelayanan keperawatan yang telah diterima	Sikap perawat memberikan pelayanan keperawatan	Sikap positif perawat yang sudah diterima pasien	Adil	Kalau di sini kita disama-in pelayanannya. Kita kan takutnya mentang-mentang kita SKTM lalu dianaktiri-in, untung aja ga. (P1)	√							
					Ramah	Saya cuma liat di sini ramah-ramah (P1)	√							
						Tapi sebagian besar, bagus lah sikapnya. Nyapa kita kalau pagi-pagi. (P6)							√	
						...cukup baik pelayanannya.... Perawatnya, alhamdulillah, baik sih (P4)		√		√	√			√
						...ngomongnya juga enak semua. Enak semua, sopan, ga ada yang bicara menyakitkan. (P3)			√					
						Aku udah cukup diperhati-in kok, ditanya setiap pagi, sakit atau nggaknya, diperhatiin juga. (P7)							√	√
					Responsif	Kalo kita butuh obat, cepat datang. Kalo kita lagi sakit, cepat datang. Bagus kok. Perawatnya juga kalau kita keluhkan nyeri, cepat ditanggapin. Cepat datang. (P6)				√			√	√
						Insya Allah kalo di sini ga marah kalo kita minta tolong. (P1)	√							
				Sikap negatif perawat yang sudah diterima pasien	Tidak empati	Aku pernah dibentak sama dia. (P5)							√	
						Ada juga yang ngomongnya asal gitu loh, dengan slenge-an gitu. (P5)							√	
						Jadi romannya kayaknya ga empati banget sama pasien.							√	

					(P5)													
						Ga kontak mata. (P5)							√					
			Administrasi keperawatan yang diterima		Administrasi mudah	Kayaknya kalo administrasi mudah deh. (P2)		√	√									
					Komunikatif	... kalo ada yang harus diurus, perawat bilang ke saya atau keluarga. Ngasih tahu mesti kemana atau mesti ngapain (P6)									√			
			Bentuk layanan yang diberikan perawat	Informasi edukasi	Edukasi tentang mobilisasi	Disuruh ngencengin kaki. Kakinya diregangin. Diongkang-ongkang, terus digerakkan ke atas, ke bawah. Dilatih gitu, dilemesin. Terus diajarin cara ngurus kaki. (P2)	√	√							√		√	
					Edukasi tentang alasan pemasangan	Cerita-cerita dari suster aja. Saya nanya kenapa mesti pasang pen luar, katanya biar tulangnya dibantu supaya baik dulu sebelum dikerjain pasang pen dalam. (P1)	√											
					Edukasi tentang medikasi	...kalau perawat ngajarin cuma cara minum obat aja di rumah,...(P3)				√								
						... kata perawatnya ngerusak lambung katanya. (P1)	√											
						... perawatnya bilang udah stop dulu obatnya, jangan diseringin nanti malah menghambat pertumbuhan tulangnya. (P4)							√					
					Edukasi tentang perawatan luka	...terus ngasih tahu cara bersih-bersihnya....Perawat yang ngajarin. Tangan saya bersihin ya.... pakai yang buat (sambil mengingat-ingat) sabun antibakteri yang saya beli. Bersihnya pakai air hangat dulu. Kassa sama supratulnya saya gunting. Kalau sekarang sih ga pakai supratul lagi. Setelah itu dibersihnya pakai NaCl sama kassa aja, kalau ga pakai Alkohol setiap hari. Setiap hari saya buka perbannya, saya ganti biar ga infeksi. Yang dibersihin pinggiran-pinggiran besinya. (P2)	√	√			√				√			
						.... Kalau timbul kerak, paling dibersihin pakai alkohol. Nanti dia lepas sendiri. (P4)							√					

						.....Mereka juga bilang kalau lukanya masih basah jangan kena aer dulu. (P6)										√	
					Edukasi tentang nutrisi	Kata perawatnya jaga pola makan sama banyakin minum air putih.... Pola makan yang banyakin protein, kalsium buat pertumbuhan tulangnya. Itu aja sih. Protein itu dari telur. Makan telur sehari saya bisa enam. Sama susu Anlene, sehari sekali. Ga pernah putus sih Anlene-nya, setiap hari. (P4)										√	
				Tidak ada edukasi	Merasa tidak diberikan edukasi	Kalo diajarin ga ada..... Karena nggak ada, Mbak yang namanya diajarin, nggak lah.										√	
5	Harapan klien yang mengalami fraktur ekstremitas bawah dengan pemasangan <i>external fixator</i> dalam hal pemberian pelayanan keperawatan	Harapan-harapan klien dalam hal pemberian pelayanan keperawatan	Harapan terkait sikap perawat		Lebih perhatian	.....lebih perhatian gitu agar jangan terjadi hal yang tidak diinginkan gitu, seperti infeksi... Gagal tumbuh dagingnya gitu....(P2)	√	√									
					Adil	Perawat ga membedakan pasiennya mana yang SKTM atau bukan. (P1)	√										
					Lebih ramah	...tingkatkan keramahannya aja. (P2)										√	
					Lebih sabar	Ya dia harus lebih sabar aja ngerawat pasien ....(P2)										√	
						Yang penting hatinya ikhlas. (P5)										√	
					Terampil	... seharusnya perawat tahu cara megang perban yang enak posisinya gimana. Jangan kaku gitu.										√	
						Naruh kassa pun ada yang rapih, ada yang nggak..... Jangan cuek aja, yang rapih. Ngerti gimana harus (terdiam) kalau dibilang ngirit, dia ngirit tapi dia pintar ngaturnya. Bener-bener mana luka yang ditempel										√	

					dengan supratul atau kassa, dia tempel. (P5)								
					Jangan sembrono cara ngebersihin lukanya.... lebih berhati-hati (P2)		√						
					... Jangan buru-buru aja pas bersihin lukanya. Kan sakit banget pas buka perbannya itu kan....(P3)			√					
				Bertanggungjawab	...Bertanggungjawab dengan pekerjaannya itu. Dia sungguh-sungguh mencintai pekerjaannya itu. (P5)					√			
			Harapan terkait pemberian informasi	Diberitahu prosesnya	...dikasih tau prosesnya seperti apa. Jangan sampe ini mesti 2 kali fotocopy-nya. (P5)					√			
				Disediakan brosur	Kalau bisa disedia-in brosur aja sekalian, jadi orang bisa baca. Ada informasi tertulis atau bikin iklan layanan masyarakat misalnya. Jadi orang bisa tahu kalau SKTM itu ada, diberlakukan bagi ini...ini...ini.... Prosedur untuk mendapatkan SKTM itu ini...ini...ini...Jadi orang ngerti kan....(P5)					√			
					...Kalau bisa kita dapat brosur tentang apa yang mesti kita laku-in di rumah... (P7)		√						√

Lampiran 9



**UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

Komite Etik Penelitian Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

Studi Fenomenologi: Pengalaman klien yang mengalami Fraktur Ekstremitas Bawah dengan Pemasangan *External Fixator* di RSUP Fatmawati Jakarta.

Nama peneliti utama : **Ratna Aryani**

Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 16 Juni 2011

Ketua,



Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001



Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001

Universitas Indonesia

Lampiran 10



**UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : *AS/C*/H2.F12.D1/PDP.04.02/2011
Lampiran : --
Perihal : Permohonan ijin penelitian

25 Mei 2011

Yth. Direktur Utama
RSUP. Fatmawati
Jakarta

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Medikal Bedah Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

Sdr. Ratna Aryani
0906574695

akan mengadakan penelitian dengan judul : **"Studi Fenomenologi: Pengalaman Klien Yang Mengalami Fraktur Dengan External Fixator Ekstrimitas Bawah di RSUP. Fatmawati Jakarta"**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di RSUP. Fatmawati Jakarta.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.



Dekan,

Dewi Irawaty
Dewi Irawaty, MA, PhD
NIP 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Wakil Dekan FIK-UI
2. Kepala Bagian Diklit RSUP. Fatmawati
3. Kepala Bidang Pelayanan Keperawatan RSUP. Fatmawati
4. Kepala Komite IRNA C RSUP. Fatmawati
5. Kepala Ruang Lanti I Ged. Prof. Soelarto IRNA C RSUP. Fatmawati
6. Kepala Ruang Lanti II Ged. Prof. Soelarto IRNA C RSUP. Fatmawati
7. Sekretaris FIK-UI
8. Manajer Pendidikan dan Mahalum FIK-UI
9. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
10. Koordinator M.A. "Tesis"

Universitas Indonesia

Lampiran 11



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
 DIREKTORAT JENDERAL BINA UPAYA KESEHATAN
 RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI



Jl. RS. Fatmawati, Cilandak - Jakarta Selatan 12430 Telp. 021-7501524, 7660552 (Hunting), 7660574
 Fax. 021-7690123, E-mail: rsupf@cbn.net.id & pffatmaw@indosat.net.id, Website: www.rsupfatmawati.com

PERSETUJUAN PENELITIAN

No : DM.03.01/II.3/1966/2011

Yang bertanda tangan di bawah ini Direktur Umum, Sumberdaya Manusia dan Pendidikan RSUP Fatmawati Jakarta, menerangkan bahwa usulan penelitian

Judul : ***Studi Fenomenologi : Pengalaman Klien Yang Mengalami Fraktur Dengan External Fixator Ekstremitas Bawah di RSUP Fatmawati***
 Peneliti : Ratna Aryani
 NIPM : 0906574695
 Institusi : Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Disetujui untuk dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Fatmawati.

Demikian surat Persetujuan Penelitian ini untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

16 Juni 2011
 Direktur Umum, SDM dan Pendidikan

 drg. Setiawaty, MKes
 NIP. 196011101986012001

Universitas Indonesia

Lampiran 12**DAFTAR RIWAYAT HIDUP**

Nama : Ratna Aryani
 TTL : Jakarta, 16 April 1980
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Pekerjaan : Pegawai Negeri Sipil
 Alamat Rumah : Jalan Pala Raya Perumahan Taman Cinangka Blok D6 RT
 005/05 Sawangan, Depok 16516
 Alamat Kantor : Poltekkes Jakarta I Jalan Wijaya Kusuma No. 47, Cilandak
 Jakarta Selatan

Riwayat Pendidikan :

1. SDN 04 Pagi Jakarta Barat, lulus tahun 1992
2. SMPN 176 Jakarta Barat, lulus tahun 1995
3. SMUN 33 Jakarta Barat, lulus tahun 1998
4. S-1 Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, lulus tahun 2002
5. Profesi Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, lulus tahun 2003

Riwayat Pekerjaan :

1. Perawat Pelaksana RSPAD Gatot Soebroto ruang isolasi Penyakit Dalam, 2003
2. Perawat Pelaksana RSPAD Gatot Soebroto ruang ICU, 2003
3. *Home care*, 2003 - 2004
4. Dosen *free-lance* dan instruktur klinik, 2003 - 2004
5. Koordinator kesehatan Perusahaan Minyak Medco Holding, 2004
6. Staf dosen Poltekkes Kesehatan Jakarta I, 2005 - sekarang