

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.S DENGAN
FRAKTUR FEMUR DEXTRA POST ORIF HARI KE 3
DI RUANG BAITULIZZAH 1
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah
Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk
memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan

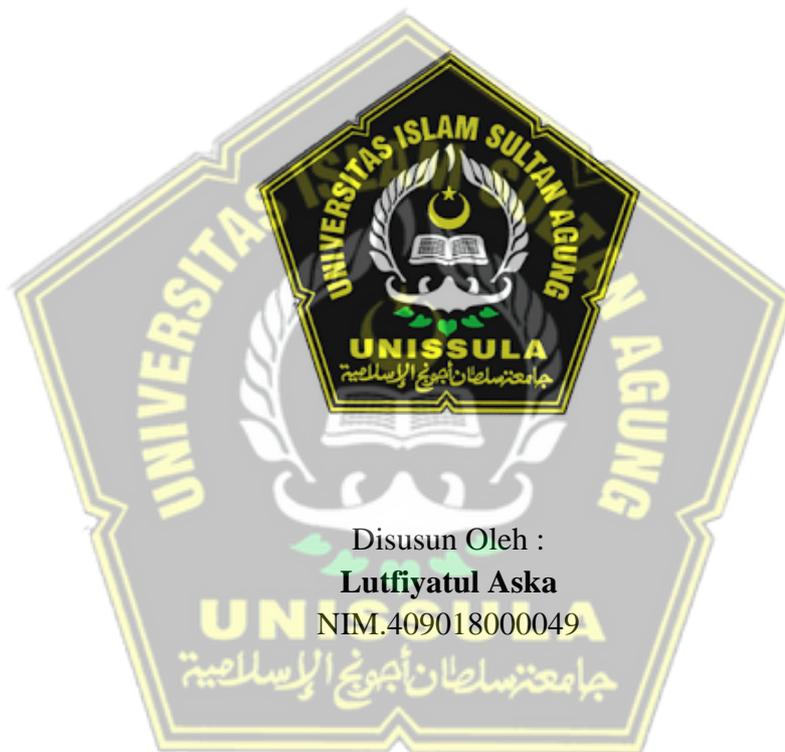


Disusun Oleh :
Lutfiyatul Aska
NIM.409018000049

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPEAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
2021**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.S DENGAN
FRAKTUR FEMUR DEXTRA POST ORIF HARI KE 3
DI RUANG BAITULIZZAH 1
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



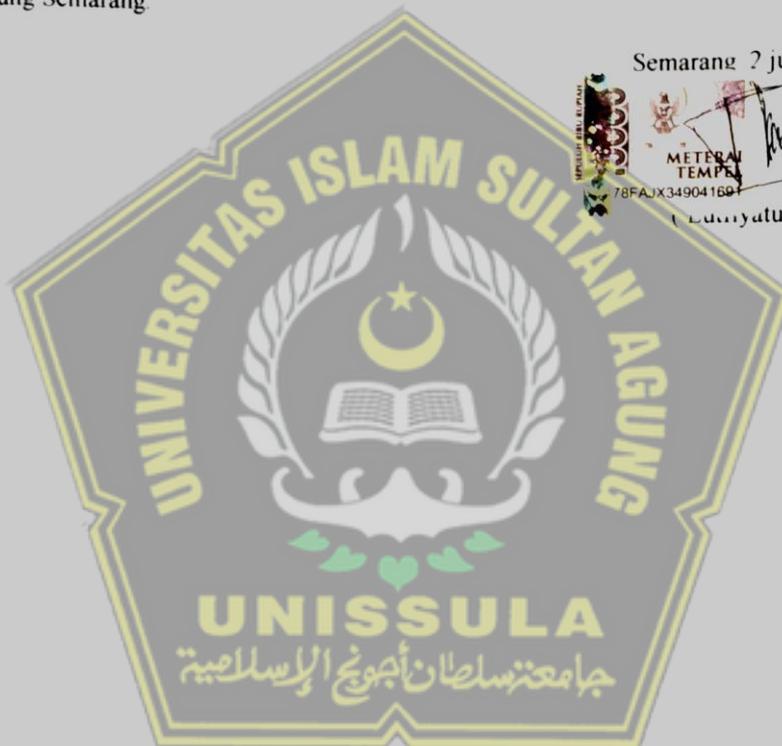
**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPEAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
2021**

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertandatangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa skripsi ini saya susun tanpa tindakan plagiarism sesuai dengan ketentuan yang berlakun diFakultas Ilmu keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Univeritass Islam Sultan Agung Semarang.

Semarang 2 juni2021

 METRAI
TEMPER
78FAJX349041691
(LuluyatulAska)



HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah Berjudul :

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.S DENGAN
FRAKTUR FEMUR DEXTRA POST ORIF HARI KE 3 DI
RUANG

BAITULIZZAH 1

RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama :

LUTFIYATUL ASKA

Nim : **40901800049**

Telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji

Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Fakultas Keperawatan

Unissula Semarang pada :

Hari : Rabu

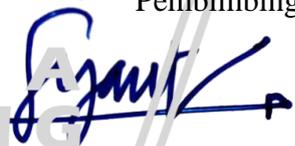
Tanggal : 2 Juni 2021

Semarang, 1

Juni 2021

Pembimbing

UNISSULA
SEMARANG


Ns. Suyanto, M. Kep. Sp. Kep. MB

NIDN. 06-2006-8540

HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang pada hari Rabu, 2 juni 2021 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 2 Juni 2021

Penguji 1

Ns. Mohammad Arifin Noor,

M.KepNIDN. 06-2708-8403

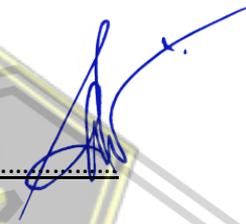


Penguji II

Ns. Ahmad Ikhlasul Amal,

MANNIDN. 06-0510-

8901



Penguji III

Ns. Suyanto, M.Kep,

Sp.Kep.MBNIDN. 06-

2006-8504



UNISSULA
SEMARANG

Mengetahui

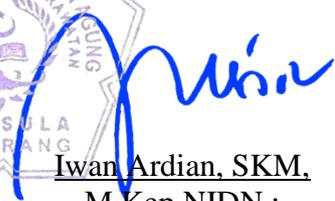
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



Iwan Ardian, SKM,

M.Kep,NIDN :

0622087403



MOTTO

Hai orang-orang yang beriman, bersabarlah kamu dan kuatkanlah kesabaranmu dan tetaplah bersiap siaga dan bertakwalah kepada Allah , supaya kamu beruntung.

(QS 3:200)

Sebuah tantangan akan selalu menjadi beban, jika hanya dipikirkan. Sebuah cita-cita juga akan menjadi beban jika hanya dipikirkan. Sebuah cita juga akan menjadi beban, jika hanya angan-angan.



KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Wr.Wb

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan laporan tugas akhir dengan judul “*Asuhan Keperawatan pada Tn.S Dengan Fraktur Femur Dextra Post ORIF Hari Ke 3 Di Ruang Baitulizzah 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung*”

Adapun maksud dan tujuan dari laporan ini adalah untuk menyelesaikan Program Kependidikan Ahli Madya Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, Penulis banyak menemui berbagai kendala dan hambatan, namun berkat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, maka hambatan tersebut dapat diatasi dan pada akhirnya laporan ini dapat diselesaikan tepat waktu, maka pada kesempatan ini penulis menyampaikan rasa terimakasih yang sangat besar kepada :

1. Allah SWT yang telah memberikan kesehatan dan kekuatan sehingga saya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Drs. H. Bedjo Santoso, MT., Ph.D, Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang
3. Iwan Ardian, SKM, M.Kep, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang
4. Ns. Muh. Abdurrouf, M.Kep selaku Kaprodi D3 Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang
5. Ns. Suyanto, M.Kep, Sp.Kep.MB selaku dosen pembimbing Karya Tulis Ilmiah saya yang senantiasa memberikan bimbingan dan arahan dengan sabar sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat selesai dengan sebaik mungkin dan tepat waktu.

6. Seluruh Dosen pengajar dan staff Fakulras Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan ilmu pengetahuan serta bantuan kepada penulis selama menempuh studi.
7. Kepada ruang dan seluruh staff Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang atas bantuan kerjasamanya.
8. Kepada kedua orang tuaku Bapak Heriyanto dan Ibu Dwi Lestari serta saudaraku yang telah memberikan semangat , doa serta dengan kerja keras mereka sehingga penulis mampu menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Sahabar-sahabatku, orang terdekatku Denta Ridho, Alvia ilva, Nabilla Maharani, Zulfa Nor Af'idah, Ayu Meilia, Uswatun khoirunnisa, Reza Milenia serta teman teman kosku yang saling mendukung, membantu dan saling berbagi suka duka sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Teman-teman satu bimbingan dan teman-teman D3 Keperawatan angkatan 2018 yang telah berjuang bersama selama ini untuk menggapai masa depan.

Penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini jauh dari kata sempurna, untuk itu penulis sangat menghargai kritik dan saran demi peningkatan pengetahuan dan perbaikan penulis di masa mendatang.

Semoga Allah senantiasa mebmberikan rahmat dan hidayah-Nya kepada pasien dan tiada harapan penulis semoga Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi penulis sendiri, pembaca dan bagi semua pihak.

Wassalamu'alikum Wr.Wb

DAFTAR ISI

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PERSETUJUAN.....	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI	iv
MOTTO	v
KATA PENGANTAR	vi
BAB I.....	1
PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	2
C. Tujuan Studi Kasus.....	2
D. Manfaat.....	3
BAB II.....	5
TINJAUAN TEORI.....	5
A. Konsep Dasar.....	5
1. Definisi.....	5
2. Etiologi.....	5
3. Manifestasi klinis.....	6
4. Patofisiologi.....	6
5. Pemeriksaan Diagnostik.....	7
6. Komplikasi.....	8
7. Penatalaksanaan Medis.....	9
B. Konsep Dasar Keperawatan.....	10

1. Pengkajian Keperawatan (purwanto hadi, 2016)	10
2. Diagnosa keperawatan dan fokus intervensi	11
C. Pathway.....	12
BAB III	14
RESUM KASUS.....	14
A. Pengkajian	14
B. Analisis Data dan Diagnosa	21
C. Intervensi.....	22
D. Implementasi	23
E. Evaluasi.....	26
BAB IV	30
PEMBAHASAN	30
BAB V.....	40
PENUTUP.....	40
A. KESIMPULAN	40
B. SARAN.....	41
DAFTAR PUSTAKA.....	42
LAMPIRAN.....	44



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Fraktur merupakan kontinuitas tulang yang terputus, tergantung pada jenis atau tipenya. Ketika tekanan tulang melebihi kapasitasnya, maka akan terjadi patah tulang (Purwanto Hadi, 2016). Setelah penyakit jantung coroner dan tuberculosis fraktur disebut sebagai penyebab kematian nomor tiga di Indonesia. Fraktur biasanya disebabkan oleh kecelakaan, kelemahan tulang yang abnormal atau tekanan tulang berulang (Noorisa et al., 2017). Gangguan rasa aman nyaman, gangguan mobilitas fisik, resiko infeksi, kerusakan intrgritas kulit dan lain-lain sebagainya merupakan masalah keperawatan yang akan ada pada pasien fraktur femur. Peran perawat dalam memberikan perawatan pasien fraktur yaitu ajarkan teknik relaksasi seperti tarik nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri , mengatur posisi, mengajarkan cara cuci tangan yang baik dan benar agar mencegah terjadinya infeksi, mengajarkan ROM untuk manajemen energy, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya dalam memberikan obat dan motivasi kepada pasien untuk kesembuhannya (Wijaya, 2013).

Insiden fraktur di dunia semakin meningkat, menurut laporan dari Badan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) tahun 2019 menyatakan bahwa fraktur mengalami peningkatan yang signifikan, dibuktikan angka fraktur sekitar 15 juta orang telah tercatat, dengan prevalensi 3,2%. Menurut (Riskesdas, 2018) bagian-bagian tubuh yang paling banyak mengalami cedera antara lain ekstremitas bawah (67%), ekstremitas atas (32%), kepala (11.9%), punggung (6,5%), dada (2,6%) dan perut (2,2%). Pada tahun 2013 Dinkes (Dinas Kesehatan) Provinsi

Jawa Tengah mencatat kurang lebih 2700 orang mendapati kejadian fraktur, kecacatan fisik 56%, kematian 24%, sembuh 15% dan mengalami kejadian gangguan psikologis atau depresi terkait kejadian patah tulang sebanyak 5%.

Open Reduction Internal Fixation (ORIF) adalah penatalaksanaan medis pada fraktur yang sering dilakukan dengan mencapai 57%. Fraktur terbuka yang menjalani tindakan tindakan ORIF dan debridmen sebanyak 25,8% serta rekontruksi ORIF dan *Bone graft* sebanyak 11,4% (Dahlen et al, 2012).Fraktur membutuhkan perawatan yang komprehensif. Peran perawat saat memberikan asuhan keperawatan terutama untuk pemenuhan kebutuhan dasar pasien yang sakit dan mencegah atau mengurangi komplikasi.

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan diatas penulis tertarik untuk mengambil laporan tugas akhir dengan judul “ Asuhan Keperawatan pada Tn.S Dengan Fraktur Femur Dextra Post ORIF Hari Ke 3 ” di ruang Baitulizzah 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang tahun 2021.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang diatas maka penulis merumuskan masalah yaitu “ Bagaimana Asuhan Keperawatan pada pasien Fraktur Femur Dextra Post ORIF Hari Ke 3 di ruang Baitulizzah 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang ?”

C. Tujuan Studi Kasus

1. Tujuan Umum

Tujuan dibuatnya Karya Tulis Ilmiah ini Karya tulis ilmiah untuk menjelaskan asuhan keperawatan

pada Tn.s dengan Fraktur Femur Dextra Post ORIF Hari Ke-3.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu menjelaskan konsep dasar fraktur femur yang meliputi definisi, etiologi, manifestasi klinis, patofisiologi, komplikasi dan penatalaksanaan fraktur.
- b. Mampu menjelaskan konsep asuhan keperawatan pada pasien fraktur meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan dan intervensi keperawatan.
- c. Mampu menjelaskan dan menganalisa asuhan keperawatan pada Tn.S dengan fraktur femur dextra yang meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

D. Manfaat

Diharapkan Karya Tulis Ilmiah yang disusun oleh penulis mampu memberikan manfaat pada pihak-pihak terkait :

1. Bagi Intitusi Pendidikan

Karya Tulis Ilmiah ini bisa digunakan sebagai bahan masukan dan informasi bagi mahasiswa bagaimana menerapkan teori asuhan keperawatan pasien dengan Post ORIF fraktur femur dextra.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Diharapkan perawat mampu memberikan asuhan keperawatan sesuai standar praktik pada pasien Post ORIF Fraktur Femur Dextra.

3. Bagi Lahan Praktik

Untuk meningkatkan kualitas pelayanan asuhan keperawatan pada pasien Post ORIF Fraktur Femur Dextra.

4. Bagi Masyarakat

Mampu meningkatkan pemahaman dan pengetahuan dalam upaya penanganan Post ORIF Fraktur Femur Dextra.



BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar

1. Definisi

Fraktur merupakan kontinuitas tulang yang terputus, tergantung pada jenis maupun tipenya. Ketika tekanan tulang melebihi kapasitasnya, maka akan terjadi patah tulang (Purwanto Hadi, 2016). Fraktur merupakan terputusnya kontinuitas pada tulang, tergantung pada jenis dan derajatnya. Ketika tekanan pada tulang melebihi kapasitas penyerapannya, maka terjadilah fraktur. Kekuatan meremas, pukulan langsung, gerakan memutar tiba-tiba dan bahkan ekstrimnya kontraksi otot dapat menyebabkan fraktur. Bahkan jika tulang patah, akan berpengaruh pada jaringan sekitarnya, yang dapat menyebabkan edema jaringan lunak, kemudian perdarahan otot dan sendi, dislokasi sendi, tendon pecah, hingga kerusakan pembuluh darah dan kerusakan saraf. Organ mampu rusak secara paksa karena fraktur atau fragmen tulang (Smeltzer & Bare, 2013).

2. Etiologi

Menurut (Smeltzer & Bare, 2013) fraktur disebabkan oleh pukulan langsung, gerakan memutar mendadak, gaya meremuk dan kontraksi otot yang ekstrim. Fraktur dapat mempengaruhi jaringan sekitarnya yang akan mengakibatkan edema jaringan lunak, rupture tendon, dislokasi sendi, perdarahan, kerusakan syaraf dan pembuluh darah. Fraktur atau gerakan fragmen tulang dapat menyebabkan organ tubuh mengalami cedera.

Penyebab fraktur menurut (Wahid, 2013) antara lain :

a. Kekerasan langsung

Fraktur ini biasa disebut fraktur terbuka yang disebabkan karena terjadinya fraktur pada titik kekerasan langsung dengan garis patah yang melintang atau miring.

b. Kekerasan tidak langsung

Dimana biasanya bagian yang patah yaitu yang paling lemah dalam jalan hantaran vector karena terjadinya fraktur jauh dari titik terjadinya kekerasan..

c. Kekerasan akibat tarikan otot

Terjadi akibat tarikan otot jarang, tarikan otot yang berupa penekanan, pemuntiran, penarikan, penekukan ataupun kombinasi.

3. Manifestasi klinis

Menurut (Purwanto Hadi, 2016) :

a. Nyeri yang tak henti dan terus bertambah, muncul hepatoma dan pembengkakan

b. Fragmen tulang yang patah akan bergeser dan menimbulkan deformitas

c. Terjadinya pemendekan tulang

d. Gesekan antara fragmen tulang menimbulkan krepitasi

e. Terjadi pembengkakan pada area fraktur dan perubahan warna local pada kulit

4. Patofisiologi

Tingkat keparahan fraktur tergantung pada kekuatan yang menyebabkan fraktur. Saat fraktur hanya melawati sedikit ambang batas tulang, maka tulang akan retak tidak patah. Dan jika kekuatannya sangat besar seperti kecelakaan mobil, tulang bisa patah hingga hancur. Saat terjadi fraktur, otot yang berada dekat dengan tulang atau mepet pada tulang akan mengalami gangguan. Otot dapat terjadi kram yang kuat dan menarik fragmen dari posisinya keluar. Bagian otot besar akan menyebabkan kram sangat kuat bahkan mampu mengeser tulang yang besar seperti tulang paha. Meskipun bagian atas dari fraktur tetap pada tempatnya, tetapi bagian bawah akan tergeser akibat faktor dari terjadinya fraktur atau spasme otot yang ada disekitarnya. Bagian yang fraktur dapat bergeser kesamping pada suatu sudut atau tumpang tindih dengan potongan tulang yang lainnya. Fragmen juga dapat berputar dan berpindah. Prosterium, lalu sumsum tulang belakang dari tulang yang retak dan pembuluh darah di korteks dan sumsum tulang belakang juga akan terpengaruh, yang dapat menyebabkan kerusakan jaringan lunak. Pendarahan terbentuk akibat kerusakan jaringan lunak maupun kerusakan tulang. Di saluran sumsum tulang (medulla), hematoma terbentuk antara fragmen tulang dan dibawah posterium. Jaringan tulang yang ada disekitar akan mati dan menimbulkan aksi inflamasi yang hebat, mengakibatkan vasodulatasi, pembengkakan, nyeri, hilangan fungsi, dan eksudasi plasma dan sel darah putih. Respon patofisiologi juga merupakan tahap penyembuhan tulang (Black J & Hawks 2014).

5. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan yang bisa dilakukan :

a. Rongten

Rongten dilakukan untuk mengetahui adanya trauma dan memastikan lokasi maupun luas fraktur.

b. CT scan/MRI

Diperlukan untuk menunjukkan area fraktur dan identifikasi rusaknya jaringan lunak.

c. Anterogram

Dilakukan apabila adanya kecurigaan kerusakan vasikuler.

d. Pemeriksaan darah lengkap

Kadar HT bisa saja meningkat (hemokonsentari) maupun menurun (pendarahan di sisi fraktur atau organ jauh pada multiple).

e. Kreatinin

meningkatkan kreatinin untuk kirens ginjal karena trauma otot.

f. Profil kagulasi

Penurunan kehilangan darah, transfuse multiple, atau cidera hati.

(Doenges dalam jitowiyono 2016).

6. Komplikasi

Menurut (Black & Hawks 2014) komplikasi yang ditimbulkan antara lain :

a. Cedera syaraf, fragmen tulang dan edema jaringan yang berkaitan

b. Malunion atau posisi yang tidak seharusnya pada tulang yang patah dan sudah sembuh

- c. Delayed union atau lambatnya proses penyembuhan
- d. Non union atau tulang yang tidak kembali menyambung.

7. Penatalaksanaan Medis

a. Pengobatan atau terapi medis

- 1) Obat – obat relaksan
- 2) Pemberian obat antiinflamasi
- 3) Fisiotherapy dan bedrest
- 4) Obat-obat narkose jika diperlukan

b. Konservatif (Muttaqin,2012)

- 1) Proteksi digunakan sebagai pencegahan adanya trauma lanjut, caranya pada anggota gerak atas atau bawah diberikan sling (mitela).
- 2) Reduksi tertutup, diartikan manipulasi dengan pembiusan umum dan local. Reduksi tertutup dilakukan menggunakan manipulasi dan imobilisasi eksterna berupa gips.
- 3) Reduksi tertutup menggunakan traksi kontinu dan counter traksi, tujuan umumnya sebagai beberapa reduksi yang bertahap dan imobilisasi.
- 4) Imobilisasi eksterna. Alat yang biasa digunakan untuk imobilisasi berupa gips atau macam-macam bidai dari plastic atau metal.

c. Pembedahan

- 1) Reduksi tertutup dengan fiksasi eksternal
- 2) Reduksi terbuka dengan fiksasi internal atau fiksasi eksternal tulang, yaitu :
 - a) ORIF (*Open Reduction Internal Fixation*) , prosedur ORIF yang dilakukan dengan pembedahan untuk pemasangan paku, pen atau scrup kedalam area fraktur. Dengan tujuan mengfiksasi pada bagian fraktur secara bersamaan.
 - b) OREF (*Open Reduction External Fixation*) , tidakan ini juga sering dipilih bagi sebagian fraktur. OREF dapat menggunakan konseloscrew atau dengan multimetaklirat maupun dengan jenis-jenis lain.

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan (purwanto hadi, 2016)

a. Pengkajian primer

1) *Airway*

Terdapat sumbatan/obtruksi jalan nafas akibat secret berlebih yang tertumpuk.

2) *Breathing*

Batuk/sesak nafas/ suara nafas terdengar ronchi/ kelemahan menelan.

3) *Circulation*

Tekanan darah meningkat atau normal, takikardi, pucat pada kulit dan membrane mukosa, dingin, sianosis tahap lanjut.

b. Pengkajian sekunder

1) Aktivitas/istirahat

Keterbatasan mobilitas, hilangnya fungsi pada area yang terjadi.

2) Sirkulasi

Hipertensi (respon nyeri)/hipotensi, takikardi, hematoma pada area yang terkena, nadi menurun, capillaryrefil kurang dari normal, pucat.

3) Neurosensori

Krepitasi, deformitas, pemendekan, kelemahan, kesemutan.

4) Kenyamanan

Nyeri mendadak, spasme otot.

5) Keamanan

Pembengkakan local, laserasi kulit, perdarahan, perubahan warna kulit.

2. Diagnosa keperawatan dan fokus intervensi (SDKI,SIKI 2017)

a. Nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisik

Intervensi :

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

- 4) Berikan teknik non farmakologis untuk mnegurangi nyeri
 - 5) Fasilitasi istirahat tidur
 - 6) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mnegurangi rasa nyeri
 - 7) Kolaborasi pemberian analgetik
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan dengan gangguan musculoskeletal, kerusakan integritas struktur tulang

Intervensi :

- 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- 2) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
- 3) Fasilitasi aktivitas mobilisasi menggunakan alat bantu
- 4) Anjurkan mobilisasi dini
- 5) Anjurkan mobilisasi sederhana (mis. Duduk ditempat tidur, berpindah tempat)

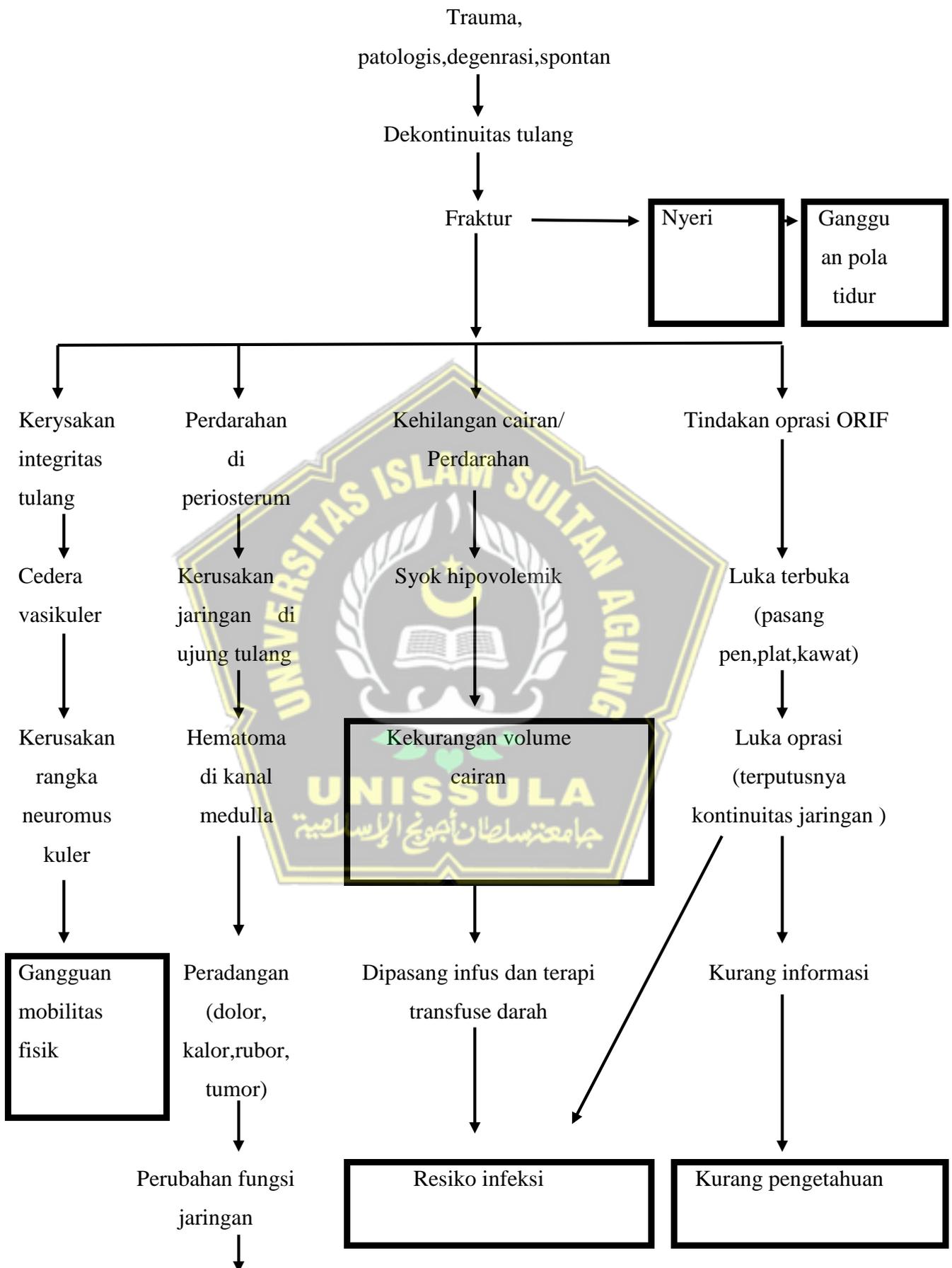
- c. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif, kerusakan integritas kulit

Intervensi :

- 1) Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik
- 2) Berikan perawatan kulit pada area edema
- 3) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- 4) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka oprasi.

C. Pathway

Menurut (Nurarif & Hardhi,2015).



Kerusakan
integritas
kulit



A. Pengkajian

Pengkajian keperawatan yang dilakukan di ruang Batulizzah 1 RSI Sultan Agung Semarang pada tanggal 1 februari 2021 pukul 09.00 WIB, dengan melakukan wawancara secara langsung dengan pasien dan keluarga, mengobservasi secara langsung dan melihat rekam medik seperti therapy yang didapat, pemeriksaan laborat, hasil radiologi serta catatan perkembangan pada pasien. Didapatkan identitas pasien Tn.S (65 th) berjenis kelamin laki-laki, tempat tinggal di Karangawen, Demak. Pasien bekerja sebagai buruh serabutan, pendidikan terakhir SD. Terdiagnosa medis Fraktur Femur Dextra.

1. Riwayat Kesehatan

Keluhan utama yang pasien rasakan saat ini yaitu merasa nyeri pada paha kanan akibat fraktur dan post op pemasangan pen, pasien juga mengeluh nyeri area punggung karena terlalu lama berbaring. P: nyeri yang dirasakan saat melakukan pergerakan, Q: nyeri seperti ditusuk, R: pada paha samping kanan, S: skala 5 dari 1-10, T: hilang timbul. Status kesehatan saat ini pasien mengalami kecelakaan jatuh dari atas masjid saat melakukan gotong royong pembangunan masjid di desannya. Timbulnya keluhan mendadak dan langsung di bawa ke RSI Sultan Agung untuk menjalani pemeriksaan. Setelah dilakukan pemeriksaan ternyata pasien mengalami fraktur tulang pada paha kanannya, sehingga dilakukan operasi pemasangan pen. Riwayat kesehatan lalu, penyakit yang pernah dialami pasien yaitu batuk dan demam biasa. Sebelumnya pasien tidak pernah mengalami kecelakaan. Pasien mengatakan dirinya tidak pernah dirawat. Pasien memiliki alergi obat warung jika penggunaanya melebihi dosis tubuh pasien akan timbul bintik-bintik merah. Kesehatan keluarga, pasien anak pertama dari tiga bersaudara, orang tua pasien sudah meninggal, pasien menikah dengan istrinya yang merupakan anak kedua dari 4 bersaudara, orang tua istri pasien sudah meninggal, pasien dan istrinya mempunyai tiga anak yang satu laki-laki dan dua perempuan. Pasien dan istri tinggal bersama anak terakhirnya. Pasien mengatakan anggota keluarga tidak ada yang memiliki penyakit yang berhubungan dengan penyakit pasien. Pasien mengatakan keluarganya tidak ada yang sedang sakit. Riwayat kesehatan lingkungan pasien mengatakan kebersihan rumahnya dan

lingkungannya cukup bersih, dan tidak ada kemungkinan terjadinya bahaya.

2. Pola kesehatan fungsional menurut Gordon (data fokus)

Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan pasien mengerti pentingnya kesehatan dan keselamatan makan dari itu selama sakit pasien mematuhi anjuran meminum obat dari dokter dan mengikuti prosedur perawatan dengan kooperatif, pasien mengatakan akan lebih menjaga kesehatannya dan akan melakukan pemeriksaan berkala. Sebelum sakit pasien kurang memperhatikan kesehatannya, biasanya pasien hanya membeli obat warung jika sakit, sebelumnya pasien juga mengkonsumsi rokok dan jamu. Pola nutrisi dan metabolic selama dirawat pasien mengatakan pola makanya berkurang pasien makan 3x sehari hanya bisa menghabiskan setengah porsi makan, dan minum bisa menghabiskan 1 botol besar air mineral. Pasien tidak ada kesulitan menelan maupun mengunyah dan tidak ada penurunan berat badan. Sebelum sakit pasien makan 3x sehari satu porsi habis, pasien tidak ada pantangan makanan maupun minuman yang menyebabkan alergi.

Pola eliminasi pasien mengatakan selama dirawat pola BAK pasien sering 5-6x sehari \pm 1200 ml warna kuning kecoklatan, pola BAB pasien tidak pernah BAB selama dirawat. Sebelum sakit pola BAK pasien 4-5x sehari dan pola BAB pasien normal 1x sehari waktu tidak menentu, warna coklat, konsistensi padat. Pola aktifitas dan latihan. sebelum sakit pasien tidak ada kesulitan beraktifitas, pasien mampu melakukan pekerjaan apapun

dan tidak mudah lelah, pasien biasanya sering bersepeda dan pasien melakukan semua aktifitas secara mandiri. Setelah sakit pasien kesulitan dalam aktifitas, semua aktifitas dibantu keluarga, selama dirawat pasien hanya berbaring dibed, pasien mengatakan dirinya kesulitan dalam pergerakan, semua kebutuhan dibantu keluarga. Pola istirahat dan tidur pasien mengatakan sulit tidur nyenyak dan mudah terbangun karena nyeri sering tiba-tiba muncul, pasien mengatakan mampu tidur nyenyak dipagi hari. Sebelum sakit pasien mengatakan pola tidurnya normal 7-8 jam sehari. Pola kognitif dan perseptual sensori pasien mengatakan tidak ada keluhan dalam penglihatan maupun pendengaran. Kien mampu mengingat dengan baik dan bisa menerima pesan yang disampaikan dokter, perawat maupun orang lain dengan baik. Selama dirawat pasien merasakan nyeri, P: nyeri yang dirasakan saat melakukan pergerakan, Q: nyeri seperti ditusuk, R: pada paha samping kanan, S: skala 5 dari 1-10, T: hilang timbul. Sebelum sakit pola dan perseptual pasien normal. Pola persepsi dan konsep diri, Persepsi diri hal yang dipikirkan pasien saat ini ingin segera sembuh, harapan pasien setelah melakukan perawatan yaitu agar dapat melakukan aktifitasnya dengan normal, tidak ada lagi sakit yang dirasakan. Pasien akan berusaha menghindari hal-hal yang akan memperburuk keadaannya. Konsep diri, citra body : tidak ada pengaruh persepsi pasien terhadap tubuhnya selama sakit. Identitas : status pasien selama melakukan perawatan dirumah sakit adalah pasien. Pasien mengerti posisinya sesuai keadaan. Peran : peran pasien dalam keluarga adalah kepala keluarga, pasien mampu

melaksanakan perannya dengan baik. Selama dirawat peran pasien digantikan oleh anaknya. Idela diri : harapan pasien agar fratur yang dialaminya segera sembuh dan dapat beraktifitas dengan normal. Harga diri : pasien tidak merasa malu ataupun merendahkan dirinya atas penyakit yang sedang dialami. Pola mekanisme koping pasien dalam mengambil keputusan dibantu keluarga, saat dalam menghadapi masalah pasien membicarakannya dengan keluarga jika tidak mendapat solusi pasien meminta bantuan atau berbicara dengan orang lain. Pasien terlihat tenang dan tetap berdoa untuk kebaikannya dalam menghadapi masalah sekarang. Pola seksual dan reproduksi pasien mengatakan tidak ada gangguan maupun permasalahan sekama melaukan aktifitas seksual. Pasien cukup memahami fungsi seksualnya. Pola peran – berhubungan dengan orang lain hubungan pasien dengan keluarga, saudara, tetangga, dokter dan perawat baik. Keadaanya saat ini tidak mempengaruhi hubungannya dengan orang lain. Kemampuan komunikasi pasien baik ditandai dengan pasien mampu menjawab dengan baik saat perawat maupun dokter bertanya. Pola nilai dan kepercayaan Selama dirawat pasien tetap berusaha beribadah dengan baik walaupun mengalami kesulitan dan hanya bisa beribadah dibed.

3. Pemeriksaan fisik

Hasil pemeriksaan fisik (*Head to toe*) pasien didapatkan kesadaran pasien composmentis. Penampilan lemah, pucat, gelisah dan tidak rapi. Hasil tanda tanda voil pasien tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 80x/menit, RR 20x/menit dan suhu 37 C. pemeriksaan kepala

mesocephal, rambut beruban pendek, tidak ada rontok. Mata pasien terlihat sayu, penglihatan normal, pupil mengecil jika terkena cahaya, konjungtiva anemis. Hidung pasien sedikit kotor, tidak ada nafas cuping hidung, tidak terpasang oksigen. Pendengaran pasien normal, telinga simetris, tidak ada infeksi. Mulut sedikit kotor dan berbau, gigi kekuningan, tidak ada kesulitan mengunyah dan menelan, tenggorokan tidak ada benjolan. Pemeriksaan paru-paru: inspeksi paru-paru simetris kanan kiri, palpasi terdengar bunyi sonor, perkusi fremitus kanan kiri, auskultasi vasikuler. Jantung: inspeksi iktus kordis tidak terlihat, palpasi iktus kordis tidak teraba, perkusi sonor, auskultasi irama jantung teratur. Pemeriksaan abdomen inspeksi warna kulit merata, bekas luka tidak ada, perut buncit, auskultasi abdomen bising usus normal 18x/menit, perkusi terdenar redup, tidak ada hepatomegali, palpasi tidak ada benjolan tidak ada nyeri tekan. Genitalia bersih, memakai pampers, tidak terpasang kateter. Ekstremitas atas tangan kanan dan kiri normal, kulit kecoklatan, bersih, turgor baik, tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan, capillary refill <3 detik. Ekstremitas bawah kaki kiri normal, kaki kanan mengalami fraktur pada paha, post ORIF pemasangan pen, luka jahitan ±20cm, masih terpasang drain, ada pembengkakan pada area jahitan, kekuatan otot menurun dg nilai 1.

4. Data penunjang

a. Hasil pemeriksaan penunjang

1) Pemeriksaan laborat

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan	ke e t
HEMATOLOGI				
Darah rutin 1				
Hemoglobin	14.3	13.2-17.3	g/dL	
Hematokrit	39.7	33.0- 45.0	%	
Leukosit	H 14.80	3.80 – 10.60	Ribu/ μ L	
Trombosi	204	150 - 440	Ribu/ μ L	

Tabel 1.1

2) Pemeriksaan radiologi

29/01 2021

X Foto Femur Dextra AP-LAT

Struktur tulang baik

Tampak fraktur os.femur dextra 1/3

tengah, aposisi dan aligamen buruk,

tampak pergeseran fragmen ke medial

Tak tampak dislokasi sendi

Radiografi Thoraks

Cor : Apeks ke laterokadul

Pulmo : corakan vasikuler tak meningkat,

tak tampak gambaran infiltrate

Diafragma dan sinus kostofrenikus tak

tampak kelainan.

Tak tampak discontinuitas os.costa

ataupun os.clavikula

30/012021

X Foto Femur Dextra Ap-LAt

Dibandingkan dengan foto sebelumnya pada tanggal 29/10 2021 struktur tulang baik.

Terpasang plat dan screw di os.femur dextra, kedudukan baik. Aligament dan aposisi garis fraktur lebih baik. Celah lebih sempit. Tak tampak dislokasi maupun sublukasi sendi.

Tak tampak lesi litik, sklerotik, maupun desduktif .

Soft tissue baik.

b. Diit yang diperoleh : air putih, susu, nasi

c. Therapy yang didapat

Fisiotherapy

Farmakologi : omeoprazole 2x1 40mg, ketorolac

3x1 30mg, cefixim 3x1, asam mefenamat

3x1500mg

B. Analisis Data dan Diagnosa

Hasil analisa data yang didapatkan penulis pada tanggal 1 februari 2021 muncul masalah keperawatan, yakni : Data fokus yang pertama data subjektif pasien mengatakan merasa nyeri pada paha kanan post op dan nyeri punggung dan data objektif pasien tanpak menahan nyeri dengan P: nyeri yang dirasakan saat melakukan pergerakan, Q: nyeri seperti ditusuk, R: pada paha samping kanan, S: skala 5 dari 1-10, T: hilang timbul. Penulis mengambil diagnosa nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisik.

Data selanjutnya yang penulis dapatkan subjektif pasien mengatakan tidak dapat menggerakkan kaki, pasien mengatakan saya tidak bisa melakukan pergerakan seperti menyamping, berdiri atau berjalan tanpa bantuan dan data objektif pasien tampak lemah, pasien berbaring di bed, terdapat luka fraktur post op yang di perban pada paha kanannya. Vital sign yang didapat tekanan darah: 130/80 mmHg, nadi: 80x/menirt, respirasi: 20x/menit, S: 37 C. Penulis mengambil diagnosa Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan musculoskeletal.

Data fokus ketiga data subjektif pasien mengatakan di malam hari sulit tidur dan bisa tidur nyenyak waktu pagi hari, pasien mengatakan tidak bisa tidur karena tidak nyaman dan kadang kadang nyeri muncul dan data objektif pasien tampak lesu dan pucat. Penulis mengambil diagnosa Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang control tidur.

C. Intervensi

Masalah yang muncul pada tanggal 1 februari 2021 tersebut, selanjutnya penulis menyusun rencana tindakan keperawatan yang digunakan sebagai tindak lanjut asuhan keperawatan pada Tn.S. Diagnosa yang pertama nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisik. Setelah dilakukan tindakan perawatan 3x24jam nyeri pasien dapat berkurang. Kriteria hasil keluhan nyeri menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun. Intervensi yang dirancang antara lain identifikasi lokasi karakteristik durasi frekuensi kulit dan intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, control ruangan yang memperberat

nyeri, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kolaborasi pemberian analgesic.

Diagnosa keperawatan yang kedua gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan musculoskeletal. Setelah dilakukan tindakan perawatan selama 3x24 jam kemampuan ekstremitas dalam mobilitas meningkat dengan kriteri hasil pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, ROM meningkat. Intervensi yang direncanakan antara lain identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, anjurkan melakukan mobilisasi dini, ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan.

Diagnosa yang ketiga gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang control tidur. Setelah dilakukan perawatan selama 3x24 jam diharapkan pola tidur pasien membaik dengan kriteria hasil keluhan sulit tidur menurun, keluhan sering terjaga menurun. Intervensi yang direncanakan antara lain identifikasi pola aktifitas dan tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur, modifikasi lingkungan, jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, ajarkan relaksasi otot *autogenic* atau cara nonfarmakologi lainnya.

D. Implementasi

Pada tanggal 1 februari 2021 pukul 10.30 wib melakukan implementasi pada diagnosa yang pertama yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri dengan respon pasien data subjektif pasien mengatakan nyeri pada paha kanan, data objektif terdapat balutan luka jahit post op ± 20 cm. Pukul 10.35 wib mengidentifikasi skala nyeri didapatkan respon pasien data

subjektif nyeri skala 5 dari 1-10 dan data objektif pasien kooperatif dan tampak menahan nyeri. Pukul 11.30 wib mengontrol ruangan yang memperberat nyeri didapat respon pasien data subjektif pasien mengatakan kurang nyaman posisinya berada di bed dan data objektif pasien kooperatif. Pada tanggal 1 februari 2021 pukul 11.30 melakukan implementasi pada diagnosa kedua yaitu mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya didapat respon pasien data subjektif pasien mengatakan ada nyeri pada paha kanannya dan data objektif terdapat balutan luka jahit post op. pukul 10.45 wib melakukan implementasi kedua memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi didapat respon pasien data subjektif pasien mengatakan belum mampu mobilisasi namun keadaannya baik dan data objektif pasien tampak menahan sakit. Tanggal 1 februari 2021 pukul 11.00 wib mengidentifikasi pola aktifitas dan tidur didapat respon pasien data subjektif pasien mengatakan mudah terbangun pada malam hari dan bisa tidur dipagi hari dan data objektif pasien tampak lemah. Pukul 11.10 mengidentifikasi faktor pengganggu tidur didapat respon pasien data subjektif pasien mengatakan nyeri terkadang tiba-tiba muncul sehingga mengganggu tidur dan data objektif pasien kooperatif. Pukul 11.15 menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit didapat respon pasien data subjektif pasien mengatakan mengerti dan data objektif pasien mendengarkan dengan baik.

Tanggal 2 februari 2021 pukul 08.00 melakukan implementasi pada diagnosa pertama yaitu berkolaborasi pemberian analgesik yaitu ketorolac dan asam mefenamat didapat respon pasien data subjektif pasien bersedia dan data objektif kline terlihat tenang. Pukul 08.05 wib mengidentifikasi skala nyeri didapat respon pasien data subjektif pasien

mengatakan nyeri sedikit menurun menjadi skala 4 dan data objektif pasien masih tampak menahan nyeri. Pukul 08.15 wib mengajarkan teknik non farmakologis tarik nafas dalam didapat respon pasien data subjektif pasien mengatakan cukup paham dengan teknik nonfarmakologis yang diajarkan dan data objektif pasien kooperatif. Pada tanggal 2, februari 2021 pukul 08.30 wib melakukan implementasi diagnosa kedua memfasilitasi mobilisasi dengan alat bantu berupa pagar tempat tidur didapat respon pasien data subjektif pasien mengerti dan data objektif pasien kooperatif. Pukul 08.40 mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan berupa miring kanan atau kiri didapat data subjektif pasien bersedia dan data objektif pasien tampak berusaha mencoba. Pukul 09.00 memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi didapat respon pasien data subjektif pasien mengatakan kondisinya cukup baik dan data objektif pasien masih berbaring dibed. Pada tanggal 2 februari pukul 11.00 melakukan implementasi diagnosa ketiga mengidentifikasi faktor pengganggu tidur didapat respon pasien data subjektif pasien mengatakan nyeri masih mengganggu tidurnya dan data objektif pasien cukup tenang. Pukul 11.10 memodifikasi lingkungan didapat respon pasien data subjektif pasien mengatakan nyaman bagian kepala ditinggikan dan data objektif pasien tampak nyaman. Pukul 11.15 mengajarkan relaksasi otot *autogenic* atau cara nonfarmakologis lainnya didapat respon pasien data subjektif pasien mengerti tentang relaksasi dan data subjektif pasien kooperatif.

Tanggal 3 februari pukul 14.15 melakukan implementasi diagnosa pertama yaitu mengidentifikasi skala nyeri didapat respon pasien data subjektif pasien mengatakan nyeri menurun menjadi skala 3 dan data objektif pasien kooperatif. Pukul 14.20 mengontrol ruangan yang memperberat

nyeri didapat respon pasien data subjektif pasien mengatakan ruangan sudah nyaman dan data objektif pasien tampak lebih tenang. Pukul 14.30 mengajarkan teknik nonfarmakologis didapat respon pasien data subjektif pasien mengatakan sudah mengerti bagaimana teknik nonfarmakologis untuk meredakan nyeri dan data objektif pasien kooperatif. Tanggal 3 februari 2021 pukul 15.30 melakukan implementasi diagnosa kedua yaitu mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan lainnya didapat respon pasien data subjektif pasien mengatakan masih ada nyeri dan data objektif terdapat balutan luka jahit post op pada paha kanan. Pukul 15.35 mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan belajar duduk didapat data subjektif pasien bersedia dan data objektif pasien sudah ada peningkatan mampu miring kanan kiri dan sudah bisa duduk. Pukul 15.45 memonitor kondisi umum selama melakukan mbilisasi didapat respon pasien data subjektif pasien mengatakan dirinya baik baik saja dan data objektif kondisi umum pasien baik. tanggal 3 februari pukul 14.30 melakukan implementasi diagnosa ketiga yaitu mengidentifikasi pola aktifitas dan tidur didapat respon pasien data subjektif pasien mengatakan pola tidurnya sudah membaik saat malam sudah bisa tidur dan data objektif pasien terlihat tenang. Pukul 14.35 mengidentifikasi faktor pengganggu tidur didapat respon pasien data subjektif pasien mengatakan masih ada nyeri tetapi sudah berkurang dan data objektif pasien kooperatif.

E. Evaluasi

Hasil evaluasi hari pertama tanggal 1 februari 2021 diagnosa pertama yaitu data subjektif pasien mengatakan nyeri pada paha kanan, skala nyeri 5 dari 1-10, pasien kurang nyaman

berada dibed. Data objektif pasien terlihat menahan nyeri , terdapat balutan jahit post op, P: nyeri yang dirasakan saat melakukan pergerakan, Q: nyeri seperti ditusuk, R: pada paha samping kanan, S: skala 5 dari 1-10, T: hilang timbul, Tekanan darah 130/80, nadi 80x/menit, respirasi 20x/menit, S 37° C. Assesment masalah belum teratasi. Planning lanjutkan intervensi 2-5. Hasil evaluasi diagnosa kedua yaitu data subjektif pasien mengatakan ada nyeri pada paha kanan, pasien mengatakan belum mampu mobilisasi, pasien mengatakan akan berusaha mobilisasi sederhana. Data objektif pasien masih tampak lemah, pasien tampak menahan sakit, Tekanan darah 130/80, N 80x/menit, RR 20x/menit, S 37° C, Assesment masalah belum teratasi, planning lanjutkan intervensi 1-4. Hasil evaluasi diagnosa ketiga yaitu data subjektif pasien mengatakan mudah terbangun pada malam hari dan bisa tidur pada pagi hari, pasien mengatakan nyeri tiba-tiba muncul sehingga mengganggu tidur. Data subjektif pasien lemah dan gelisah, Tekanan darah 130/80, Nadi 80x/menit, Respirasi 20x/menit, S 37° C. *Assesment* masalah belum teratasi. *Planning* lanjutkan intervensi 2,3,5.

Hasil evaluasi hari kedua tanggal 2 februari 2021 diagnosa pertama yaitu data subjektif pasien mengatakan nyeri menurun menjadi skala 4, pasien mengatakan cukup paham mengenai teknik nonfarmakologis untuk meredakan nyeri. Data objektif pasien masih tampak menahan nyeri, pasien kooperatif, pasien cukup tenang, P: nyeri yang dirasakan saat melakukan pergerakan, Q: nyeri seperti ditusuk, R: pada paha samping kanan, S: skala 4 dari 1-10, T: hilang timbul. *Assesment* masalah teratasi sebagian. *Planning* lanjutkan intervensi 1,3,5. Hasil evaluasi diagnosa kedua pasien mengatakan bersedia melakukan mobilisasi sederhana miring kanan miring kiri, pasien mengatakan kondisinya baik saat

melakukan mobilisasi. Data objektif pasien terlihat mencoba mobilisasi, pasien hanya bberbaring dibed, kondisi umum pasien terlihat baik, tekanan darah 157/71 mmHg, N 90x/menit, RR 22x/menit, S 36° C. *Assessment* masalah teratasi sebagian. *Planning* lanjutkan intervensi 1,2,5. Hasil evaluasi diangnosa ketiga yaitu subjektif pasien mengatakan nyeri masih mengganggu tidurnya, pasien mengatakan pola tidurnya cukup membaik, pasien mengatakan nyaman bagian kepala ditinggikan, pasien mengatakan mengerti tentang relaksasi. Data objektif pasien terlihat tampak lebih tenang dan nyaman, tekanan darah 157/71 mmHg, N 90x/menit, RR 22x/menit, S 36° C. *Assessment* masalah teratasi sebagian. Lanjutkan intervensi 1 dan 2.

Hasil evaluasi hari ketiga tanggal 3 february 2021 diagnosa pertama yaitu data subjektif pasien mengatakan nyeri berkurang menjadi skala 3, pasien mengatakan ruangan dan posisinya sudah nyaman, pasien mengatakan sudah mengerti teknik nonfarmakologis untuk meredakan nyeri. Data objektif pasien lebih tenang, gelisah menurun pasien kooperatif, P: nyeri yang dirasakan saat melakukan pergerakan, Q: nyeri seperti ditusuk, R: pada paha samping kanan, S: skala 3 dari 1-10, T : hilang timbul. *Assessment* Masalah teratasi. *Planning* hentikan intervensi. Hasil evaluasi diagnosa kedua pasien mengatakan masih ada nyeri, pasien mengatakan sudah mampu miring kanan kiri dan duduk, pasien mnegatakan kondisinya baik baik saja. Data objektif pasien terlihat bahagia, mobilitas meningkat, pasien sudah diberikan alat bantu, tekanan darah 150/100 mmHg, Nnadi 84x/menit, respirasi 20x/menit, S 36,7° C. *Assessment* maslah teratasi. *Planning* hentikan intervensi. Hasil evaluasi diangnosa ketiga pasien mengatakan masih ada nyeri tapi sudah berkurang, pasien mengatakan pola tidurnya sudah

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis membahas mengenai asuhan keperawatan pada Tn.S dengan kasus fraktur femur dextra post op hari ke 3 di ruang Baitulizzah 1 RSI Sultan Agung Semarang. Penulis melakukan pengkajian kemudian dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari. Asuhan keperawatan yang sistematis yaitu asuhan keperawatan dengan melakukan pengkajian, menentukan diagnosis, menentukan rencana keperawatan, melakukan tindakan keperawatan, dan mengevaluasi asuhan keperawatan yang sudah diberikan kepada pasien.

A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada Tn.S dengan diagnosis fraktur femur Dextra post op hari ke-3 pada tanggal 1 februari 2021 di ruang Baitulizzah 1 RSI Sultan Agung Semarang. Pengkajian yang dilakukan diantaranya : identitas pasien dan penanggung jawab, riwayat kesehatan, pola fungsional, pemeriksaan fisik, data penunjang dan analisa data. Pengkajian keperawatan yaitu suatu catatan data dan informasi mengenai hasil pengkajian yang dilakukan pada pasien. Identifikasi masalah-masalah pasien dapat didukung dan diarahkan dengan pengkajian yang komprehensif, sistematis dan logis (Dinarti & Mulyanti, 2017).

Pada kasus Tn.S beberapa data yang ditemukan yaitu : keluhan yang utama dirasakan pasien saat ini adalah merasa nyeri di paha kanan akibat fraktur dan post op pemasangan pen, pasien juga mengeluh nyeri area punggung karena terlalu lama berbaring. P: nyeri yang dirasakan saat melakukan pergerakan, Q: nyeri seperti ditusuk, : pada paha samping kanan, S: skala 5 dari 1-10, T : hilang timbul. Pada pemeriksaan fisik didapat

adanya pembengkak atau edema pada area fraktur. Pada tahap pengkajian yang dilakukan pada Tn.S dengan kasus Fraktur Femur Dextra post op, sesuai dengan (purwanto Hadi, 2016) bahwa tanda gejala fraktur terdiri dari nyeri yang tak henti dan bisa bertambah hingga fragmen tulang dapat diimobilisasi, muncul hepatoma dan pembengkakan, deformitas, terjadi pemendekan tulang, gesekan antara fragmen tulang menimbulkan krepitasi, terjadi pembengkakan pada area fraktur dan perubahan warna lokal pada kulit. Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta pada kasus Tn.S.

Pada pengkajian kelemahan penulis yaitu kurangnya pengkajian dan pengumpulan data pada resum kasus yang mengakibatkan kurangnya data dan seharusnya dapat memunculkan diagnosa baru.

B. Diagnosa

Diagnosa keperawatan merupakan suatu keputusan klinis tentang suatu penyakit pada individu, keluarga, maupun masyarakat tentang suatu respon penyakit melalui proses pengumpulan data yang ada sesuai dengan permasalahan kesehatan pasien pada pengumpulan data dari pasien (Ainun et al., 2015). Diagnosa keperawatan merupakan proses kedua dalam asuhan keperawatan yang meliputi menganalisis data subjektif dan data objektif yang sudah didapat pada pengkajian digunakan untuk menegakkan masalah keperawatan pada pasien. Dalam kasus ini penulis menegakkan 3 diagnosa.

nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Terjadinya fraktur akan menyebabkan gejala yang umum seperti nyeri atau rasa sakit, nyeri diartikan sebagai rasa tidak nyaman yang bersifat subjektif dimana yang merasakan hanya penderita (Djamal et al., 2015).

Berdasarkan SDKI (2017) nyeri akut merupakan pengalaman sensori maupun emosional terkait dengan rusaknya jaringan aktual atau fungsional, yang tiba-tiba atau lambat dalam kurun waktu kurang dari 3 bulan. Diagnosa ini ditegakkan jika data mayor yang mendukung diantaranya mengeluh nyeri, gelisah, sulit tidur dan data minor tekanan darah meningkat, pola nafas meningkat. Penulis menegakkan diagnosa utama nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik karena data yang di temukan pada Tn.S sesuai dengan batasan karakteristik pada diagnosa yang dialami pasien yaitu data subjektif keluhan utama pasien merasa nyeri pada paha kanan akibat fraktur dan post op pemasangan pen, pasien juga mengeluh nyeri area punggung karena terlalu lama berbaring, dan data objektif pasien terlihat menahan nyeri P : nyeri yang dirasakan saat melakukan pergerakan, Q : nyeri seperti ditusuk, R : pada paha samping kanan, S : skala 5 dari 1-10, T : hilang timbul.

Penulis menegakkan diagnosa nyeri sebagai diagnosa prioritas karena keluhan nyeri keluhan yang saat itu dirasakan pasien dan jika tidak segera ditangani akan menimbulkan ketidaknyamanan untuk pasien dan bisa mengganggu aktifitas pasien yang menimbulkan rasa ketakutan untuk melakukan pergerakan atau aktifitas. Hal ini juga akan menyebabkan terganggunya proses keperawatan yang akan memperlambat prose penyembuhan.

Diagnosa kedua penulis mengangkat **gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan musculoskeletal**, pada pasien fraktur ekstremitas bawah gangguan mobilitas biasanya akan terjadi karena ketidakmampuan atau keterbatasan pasien dalam gerakan fisik dari satu atau lebih secara mandiri. Fraktur ekstremitas atas atau bawah akan menimbulkan perubahan pada pemenuhan aktifitas,

perubahan yang muncul salah satunya aktivitas yang terbatas karena rasa nyeri yang timbul pada luka fraktur (smeltzer & Bare 2013). Diagnosa tersebut bisa diangkat jika batasan memenuhi batasan karakteristik pergerakan ekstremitas menurun, kekuatan otot menurun. Alasan diagnosa tersebut diangkat karena didapatkan data-data yang mendukung secara subjektif pasien mengatakan tidak dapat menggerakkan kaki, pasien mengatakan saya tidak bisa melakukan pergerakan seperti menyamping, berdiri atau berjalan tanpa bantuan dan data objektif pasien terlihat lemah, pasien hanya berbaring di bed, terdapat luka fraktur post op yang di perban pada paha kanannya. Penulis tidak memprioritaskan diagnosa tersebut karena tidak mengancam jiwa pasien, tetapi jika tidak ditegakkan pasien tidak akan mampu beraktivitas mandiri.

Diagnosa yang ketiga penulis mengangkat **gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang control tidur**. Menurut (Wahid, 2013) pada pasien fraktur yang perlu dikaji salah satunya pola tidur, karena pada pasien fraktur pasti akan muncul rasa nyeri, keterbatasan gerak, gelisah, lesu sehingga dapat mengganggu pola dan kebutuhan tidur. Berdasarkan penelitian mengenai hubungan antara nyeri fraktur dengan kualitas tidur pasien yang di rawat inap yang dilakukan oleh Andri et.al 2019 diperoleh hasil p-value = 0,0002 ($p < 0,05$), hasil uji ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara nyeri fraktur dengan kualitas tidur. Dan nilai derajat keeratannya bernilai -0,553 dengan arah hubungannya negative karena nilai r negative, ini menunjukkan semakin tinggi tingkat nyeri fraktur maka semakin menurun atau buruk kualitas tidur. Penulis mengangkat diagnosa tersebut karena memenuhi batasan karakteristik dan data data yang mendukung secara subjektif pasien mengatakan sulit tidur di malam hari dan bisa

tidur nyenyak waktu pagi hari, pasien mengatakan tidak bisa tidur karena tidak nyaman dan kadang kadang nyeri muncul dan data objektif pasien tampak lesu dan pucat. Meskipun diangnosa tersebut bukan prioritas tetapi jika tidak ditangani akan meningkatkan resiko munculnya penyakit dan menyebabkan pasien kurang tidur sehingga tidak memiliki energi yang cukup, tidur juga merupakan bagian dari penyembuhan.

Diagnosa yang ada dalam tinjauan teori namun tidak muncul adalah **resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif, kerusakan integritas kulit**. Kelemahan penulis tidak menegakkan diangnosa tersebut yang seharusnya bisa ditegakan karena adanya prosedur invasif yang dapat menimbulkan resiko infeksi. Diangnosa ini dapat ditegakan apabila terdapat data satu atau lebih ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (gangguan peristatik, kerusakan integritas kulit, trauma jaringan), malnutrisi, penyakit kronis dan lain sebagainya.

C. Intervensi

Intervensi keperawatan adalah fase perencanaan atau proses keperawatan yang sistematis dan penuh pertimbangan yang mencakup pengambilan keputusan dan penyelesaian masalah (Olivia, 2020). Dalam menyusun karya tulis ilmiah ini penulis menrajuik intervensi beradarkan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia). Intervensi dilakukan bertujuan membantu pasien mencapai hasil yang diharapkan.

Pada diangnosa pertama **nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik** penulis menyusun intervensi dengan tujuan, setelah dilakukan perawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri pasien dapat berkurang dengan kriteri hasil keluhan nyeri menurun, gelisah menurun, kesulita tidur

menurun. Intervensi yang disusun identifikasi lokasi karakteristik, durasi, frekuensi kulit dan intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, control ruangan yang memperberat nyeri, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk meredakan rasa nyeri, kolaborasi pemberian analgesic. Teknik nonfarmakologis menjadi fokus utama penulis dalam memberikan asuhan keperawatan pada Tn.S, teknik nonfarmakologis yang penulis gunakan adalah teknik nafas dalam atau relaksasi.

Intervensi diagnosa kedua **gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan musculoskeletal** dengan tujuan setelah dilakukan tindakan perawatan selama 3x24 jam diharapkan kemampuan ekstremitas dalam mobilisasi meningkat dengan kriteri hasil pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, ROM meningkat. Intervensi yang direncanakan antara lain identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, anjurkan melakukan mobilisasi dini, ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan. Dengan hasil yang diharapkan, pasien mampu melakukan aktivitas atau mobilisasi secara mandiri.

Diagnosa yang ketiga **gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang control tidur** penulis menyusun intervensi berdasarkan SIKI pada halaman 48 (I.05174) dengan tujuan, setelah dilakukan perawatan selama 3x24 jam harapnya pola tidur pasien meningkat. Intervensi yang direncanakan identifikasi pola aktifitas dan tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur, modifikasi lingkungan, jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya.

D. Implementasi

Implementasi suatu perwujudan dari intervensi yang telah ditetapkan, implementasi salah satu hal yang terpenting karena implementasilah yang membuat semua perencanaan menjadi nyata.

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik 3x24 jam penulis melakukan implementasi dari tanggal 1 februari-3 februari 2021 tindakan yang dilakukan mengidentifikasi lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri dengan respon pasien data subjektif pasien mengatakan nyeri berkurang selama 3 hari dari skala 5 menjadi 3 dan data objektif pasien masih tampak menaha nyeri saat melakukan pergerakan, control ruangan yang memperberat nyeri dengan respon pasien data subjektif pasien mengatakan nyaman dengan kepala agak ditinggika , mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk meredakan rasa nyeri dengan respon pasien data subjektif pasien mengatakn nyerinya berkurang setelah melakukan teknik relaksasi nafas dalam dan data objektif pasien mampu mempratikannya dengan baik. Terapi nonfarmakologis adalah metode sederhana, mudah, praktis untuk mendukung teknik farmakologi tanpa efek samping yang merugikan. Teknik relaksasi nafas dalam adalah suatu metode terapi nonfarmakologis yang sering digunakan (Pratiwi et al 2020 dalam (Suwahyu et al., 2021)). Pada penelitian didapat bahwa teknik relaksasi nafas dalam efektif untuk meredakan nyeri pasca oprasi fraktur, agar hasilnya maksimal maka teknik relaksasi nafas dalam perlu diajarkan beberapa kali dengan intruksi teknik yang benar untuk menurunkan atau mencegah meningkatnya nyeri (nurdin et al 2013 dalam (Suwahyu et al., 2021)). Dan berkolaborasi pemberian analgesic, analgesic yang diberikan berupa ketorolac dan asam mefenamat.

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan musculoskeletal selama 3x24 jam penulis melakukan implementasi mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya dengan respon pasien data subjektif pasien mengatakan ada nyeri post op dan data objektif terdapat balutan jahitan post op, memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi dengan respon data subjektif pasien mengatakan kondisinya baik dan data objektif pasien tampak baik, tekanan darah 150/100 mmHg, nadi 84x/menit, respirasi 20x/menit, S 36,7° C, menganjurkan dan mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan respon yang didapat selama 3 hari perawatan data subjektif pasien mengatakan sudah mampu miring dan duduk dan data objektif pasien tampak tenang dan melakukan mobilisasi dengan baik dibantu tim fisiotherapy. Mobilisasi ini sangat penting, dengan mobilisasi ini dapat memperbaiki sirkulasi, mencegah timbulnya komplikasi setelah operasi dan mempercepat proses pemulihan pasien (Keehan et al 2014 dalam (Andri et al., 2020)). Mobilisasi memang harus dilakukan secara bertahap jika tidak maka ditakutkan tidak ada kesiapan pasien maupun tulang dan otot dalam menerima mobilisasi.

Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang control tidur selama 3x 24 jam penulis melakukan implementasi mengidentifikasi pola aktifitas dan tidur didapatkan respon pasien data subjektif pasien mengatakan pada malam hari sulit tidur dan bisa tidur pada pagi hari dan data objektif pasien tampak lemah, mengidentifikasi faktor pengganggu tidur didapat respon pasien data subjektif pasien mengatakan posisi yang tidak nyaman dan nyeri datang tiba tiba membuat sulit tidur dan data objektif pasien tampak gelisah, memodifikasi lingkungan didapat data subjektif pasien mengatakan nyaman bagian kepala ditinggikan dan data objektif

pasien tanpa tenang, menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit respon pasien data subjektif pasien mengatakan mengerti data objektif pasien kooperatif, mengajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya. Menurut (Virvovli et al 2011 dalam (Nurhidayati et al., 2018)) relaksasi *autogenic* merupakan relaksasi yang berasal dari diri sendiri berbentuk kata-kata atau kalimat pendek maupun dalam pikiran yang mampu membantu pikiran tenang, maka didapat respon pasien data subjektif pasien mengerti tentang relaksasi *autogenic* dan akan berusaha mencobanya dan data objektif pasien kooperatif.

E. Evaluasi

Evaluasi merupakan proses keperawatan pada tahap terakhir tahap terakhir. Evaluasi keperawatan adalah tolak ukur untuk menilai kualitas asuhan keperawatan yang diberikan (Panjaitan, 2019). Evaluasi dilakukan perhari pada kasus Tn.S untuk mengukur efektifitas asuhan keperawatan yang dilakukan selama 3x24 jam pada tanggal 1 februari – 3 februari 2021, pada evaluasi terakhir didapatkan :

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik pada diagnosis ini penulis telah melakukan tindakan keperawatan yang semaksimal mungkin sesuai dengan tinjauan yang ada dengan tujuan masalah nyeri dapat teratasi. Evaluasi keperawatan yang diperoleh penulis selama melakukan asuhan keperawatan 3x24 jam masalah nyeri akut teratasi dibuktikan dengan pasien mengatakan nyeri berkurang menjadi skala 3, pasien mengatakan ruangan dan posisinya sudah nyaman, pasien mengatakan sudah mengerti teknik nonfarmakologis untuk meredakan nyeri. Data objektif pasien lebih tenang, gelisah menurun pasien kooperatif, tekanan darah 150/100 mmHg, nadi 84x/menit, respirasi 20x/menit, S 36,7° C, P : nyeri yang dirasakan saat melakukan pergerakan, Q : nyeri seperti

ditusuk, R : pada paha samping kanan, S : skala 3 dari 1-10, T : hilang timbul. Penulis merencanakan untuk menghentikan intervensi.

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan musculoskeletal, penulis melakukan asuhan keperawatan dan evaluasi tanpa hambatan. Evaluasi yang didapat pada masalah gangguan mobilitas fisik dapat teratasi, dibuktikan dengan pasien mengatakan masih ada nyeri, pasien mengatakan sudah bisa miring kanan kiri dan duduk, pasien mengatakan kondisinya baik baik saja. Data objektif pasien terlihat bahagia, mobilitas meningkat, pasien sudah diberikan alat bantu, tekanan darah 150/100 mmHg, nadi 84x/menit, respirasi 20x/menit, S 36,7° C. Dapat disimpulkan masalah gangguan mobilitas fisik teratasi, penulis merencanakan untuk menghentikan intervensi.

Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang control tidur, evaluasi yang didapat pada hari terathir untuk masalah gangguan pola tidur teratasi dibuktikan dengan pasien mengatakan masih ada nyeri tapi sudah berkurang, pasien mengatakan pola tidurnya sudah membaik saat malam sudah bisa tidur. Data objektif pasien tampak tenang, tekanan darah 150/100 mmHg, nadi 84x/menit, Respirasi 20x/menit, S 36,7° C. Penulis merencanakan untuk mengehentikan intervensi.

Kelemahan penulis dalam evaluasi diangnosa ketiga yaitu hanya melalui evaluasi secara subjektif tanpa mengukur atau menghitung berapa lama pola tidur pasien.

BAB V

PENUTUP

A. KESIMPULAN

Dengan ini menyimpulkan asuhan keperawatan pada kasus Tn.S selama 3x24 jam dengan diagnosa Fraktur Femur Dextra Hari Ke 3 di ruang Baitulizzah 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

1. Konsep dasar penyakit

Fraktur merupakan terputusnya kontinuitas tulang, tergantung pada jenis dan tipenya. Ketika tekanan tulang melebihi kapasitasnya, maka akan terjadi patah tulang. Fraktur dapat mempengaruhi jaringan sekitarnya yang akan mengakibatkan edema jaringan lunak, rupture tendon, dislokasi sendi, perdarahan, kerusakan syaraf dan pembuluh darah. Jaringan tulang disekitar lokasi fraktur akan mati dan menimbulkan respon inflamasi yang hebat, mengakibatkan vasodilatasi, edema, nyeri, kehilangan fungsi, dan eksudasi plasma dan sel darah putih. Respon patofisiologi juga merupakan tahap penyembuhan tulang.

2. Pengkajian

Pengkajian yang dilakukan pada Tn.S dengan kasus Fraktur Femur Dextra didapatkan data subjektif dan objektif yang akhirnya penulis menegakkan 3 diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, gangguan mobilitas berhubungan dengan gangguan musculoskeletal, dan gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya control tidur.

3. Prioritas masalah dan diagnosa keperawatan

Diagnosa yang ditegakkan berdasarkan hasil keluhan dan pengkajian yang dilakukan pada Tn.S serta pemeriksaan yang ada pada rekam medis, maka diagnosa yang ditegakkan nyeri akut sebagai prioritas masalah keperawatan, gangguan mobilitas fisik dan gangguan pola tidur.

4. Evaluasi

Evaluasi yang penulis menggunakan metode SOAP dimana ketiga masalah keperawatan yang ditegakkan dapat teratasi semua. Ditandai dengan nyeri yang menurun dari skala 5 menjadi 3, mobilisasi yang meningkat dan pola tidur yang membaik.

B. SARAN

1. Bagi rumah sakit

Penulis berharap rumah sakit mampu meningkatkan kualitas mutu pelayanan kesehatan sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup masyarakat.

2. Bagi perawat

Karya tulis ilmiah ini dapat menjadi motivasi dalam meningkatkan kualitas pelayanan yang sesuai dengan standar prosedur yang ada serta mempertahankan pendokumentasian asuhan keperawatan dengan baik.

3. Bagi institusi pendidikan

Perbanyak bekerjasama dengan rumah sakit lain guna meningkatkan proses pendidikan dan pembelajaran.

DAFTAR PUSTAKA

- Ainun, I. N., Background, A., & Kunci, K. (2015). *Dasar-Dasar Penentuan Diagnosa Dalam Asuhan Keperawatan*.
- Andri, J., Febriawati, H., Padila, P., J, H., & Susmita, R. (2020). Nyeri pada Pasien Post Op Fraktur Ekstremitas Bawah dengan Pelaksanaan Mobilisasi dan Ambulasi Dini. *Journal of Telenursing (JOTING)*, 2(1), 61–70. <https://doi.org/10.31539/joting.v2i1.1129>
- Dinarti, & Mulyanti, Y. (2017). Dokumentasi Keperawatan. In *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*.
- Djamal, R., Rompas, S., & Bawotong, J. (2015). Pengaruh Terapi Musik Terhadap Skala Nyeri Pada Pasien Fraktur Di Iriana a Rsup Prof. Dr. R.D. Kandou Manado. *Jurnal Keperawatan UNSRAT*, 3(2), 113549.
- Noorisa, R., Dwi Apriliwati, A. A., & Bayusentono, S. (2017). *THE CHARACTERISTIC OF PATIENTS WITH FEMORAL FRACTURE IN DEPARTMENT OF ORTHOPAEDIC AND TRAUMATOLOGY RSUD DR. SOETOMO SURABAYA 2013 – 2016* Riswanda. 6(1).
- Nurhidayati, I., Wulan, A. N., & Halimah, H. (2018). Pengaruh Relaksasi Autogenic Terhadap Insomnia Pada Penderita Hipertensi Di Rsd Bagas Waras Klaten. *Jurnal Keperawatan Respati Yogyakarta*, 5(September), 444–450.
- Olivia, J. (2020). *Pentingnya Perencanaan Keperawatan (Intervensi Keperawatan) Dalam Asuhan Keperawatan*.
- Panjaitan, G. Y. (2019). *Evaluasi Dalam Keperawatan Sebagai Alat ukur keberhasilan Asuhan Keperawatam Yang Diberikan*. 6(11).
- Purwanto Hadi. (2016). *KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH II*. Pusdik SDM Kesehatan.
- Riskesdas. (2018). Laporan Provinsi Jawa Tengah Riskesdas 2018. In

Kementerian Kesehatan RI.

Suwahyu, R., Sahputra, R. E., & Fatmadona, R. (2021). SYSTEMATIC REVIEW : PENURUNAN NYERI PADA PASIEN PASCA OPERASI SYSTEMATIC REVIEW : USE OF DEEP BREATHING TECHNIQUE TO REDUCE PAIN POSTOPERATIVE FRACTURE PATIENTS PENDAHULUAN Fraktur adalah terputusnya kontinuitas jaringan tulang baik total , partial yang d. *Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah STIKES Kendal*, 11(1), 193–206.

Wahid, A. (2013). *Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal.* Trans Info Media.



Lampiran 1

SURAT KESEDIAAN PEMBIMBING

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ns. Suyanto, M.Kep, Sp.Kep.MB

NIDN : 06-2006-8504

Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa Prodi DIII Keperawatan FIK UNISSULA Semarang sebagai berikut:

Nama : Lutfiyatul Aska

NIM : 40901800049

Judul KTI : Asuhan keperawatan Pada Tn.s Dengan Fraktur Femur Dextra Post ORIF Hari Ke-3 Di Ruang Baitulizzah 1 Rumah Sakit Islam sultan Agung Semarang

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 1 juni 2021
Pembimbing



Ns. Suyanto, M.Kep, Sp.Kep.MB
NIDN. 06-2006-8504

Lampiran 2

SURAT KETERANGAN KONSULTASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ns. Suyanto, M.Kep, Sp.Kep.MB

NIDN : 06-2006-8504

Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa Prodi DIII Keperawatan FIK UNISSULA Semarang sebagai berikut:

Nama : Lutfiyatul Aska

NIM : 40901800049

Judul KTI : Asuhan keperawatan Pada Tn.s Dengan Fraktur Femur Dextra Post ORIF Hari Ke-3 Di Ruang Baitulizzah 1 Rumah Sakit Islam sultan Agung Semarang

Menyatakan bahwa mahasiswa seperti yang disebutkan diatas benar-benar telah melakukan konsultasi pada pembimbing KTI mulai tanggal 2 Februari 2021 sampai dengan 20 Mei 2021 secara online melalui media sosial WhatsApp.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 1 juni 2021
Pembimbing



Ns. Suyanto, M.Kep, Sp.Kep.MB
NIDN.06-2006-8504

Lampiran 3

**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KARYA TULIS
ILMIAH**

MAHASISWA PRODI DIII KEPERAWATAN

FIK UNISSULA

2021

NAMA MAHASISWA : LUTFIYATUL ASKA

**JUDUL KTI : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.S
DENGAN FRAKTUR FEMUR DEXTRA POST ORIF HARI KE 3
DI RUANG BAITULIZZAH 1 RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN
AGUNG SEMARANG**

PEMBIMBING : Ns. SUYANTO, M.Kep, Sp.Kep, MB

HARI/TANGG AL	MATERI KONSULTA SI	SARAN PEMBIMBING	TTEKANAN DARAH PEMBIMBIN G
2 februari 2021	Kasus KTI	-	
8 maret 2021	Konsul BAB I & II	- Judul dilengkapi - Hapus background - Sekalian lanjut BAB III	
5 April 2021	Konsul BAB I-III	- Lanjut BAB IV - BAB IV dijelaskan mulai pengkajian, diagnosis, intervensi,implement	

		asi dan evaluasi	
10 Mei 2021	Revisi BAB I-III dan Konsul BAB IV-V	-	<i>Syaiful</i>
20 Mei 2021	Acc	Cek turniti	<i>Syaiful</i>



ASUHAN KEPERAWATAN Tn S
DENGAN KASUS " FRAKTUR "
DI RUANG BATTUZZAH I
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG



19/1/21
Amalia Oktavia, S.Kep.Ns
PERAWAT

DISUSUN OLEH :
LUTFIYATUL ASKA (40901800049)

PRODI DIII KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2021



ASUHAN KEPERAWATAN Tn.S
DENGAN KASUS " FRAKTUR"
DI RUANG BAITULIZZAH I
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG

A. Pengkajian Keperawatan

1. Data Umum

a. Identitas Klien

Nama : Tn.S
Umur : 65 th
Jenis kelamin : Laki-laki
Agama : Islam
Pendidikan : SD
Pekerjaan : Buruh serabutan
Suku/bangsa : Jawa/Indonesia
Alamat : Pundenarum, Karangawen, Demak.
Diagnosa Medis: Fraktur femur dextra
Tanggal dan jam masuk : 29 Januari 2021

Identitas Penanggung jawab

Nama : Tn.S
Umur : 45 th
Jenis kelamin : laki-laki
Agama : Islam
Suku/bangsa : Jawa/Indonesia
Pendidikan terakhir : SMP
Pekerjaan : Wiraswasta
Alamat : Karangawen, Demak
Hubungan dengan klien : Anak mantu.

b. Keluhan Utama

Keluhan utama yang dirasakan klien saat ini adalah Merasa nyeri pada kaki/paha kanan post op pemasangan pin dan nyeri area punggung karena tertawa lama berbaring.

c. Status Kesehatan saat ini

Klien mengalami kecelakaan jatuh dari atas Masjid saat melakukan gotong royong perbaikan Masjid di-desanya. Timbulnya keluhan mendadak dan langsung dibawa ke RSI Sultan Agung untuk menjalani perawatan. Setelah dilakukan pemeriksaan ternyata klien mengalami fraktur tulang pada paha kanannya, sehingga dilakukan operasi pemasangan pen.

d. Riwayat Kesehatan lalu

1) Penyakit yang pernah dialami

Klien mengatakan penyakit yang pernah dialami yaitu batuk dan demam biasa

2) Kecelakaan

Klien mengatakan sebelumnya tidak pernah mengalami kecelakaan.

3) Pernah dirawat

Klien mengatakan sebelumnya tidak pernah dirawat, operasi dll

4) Alergi

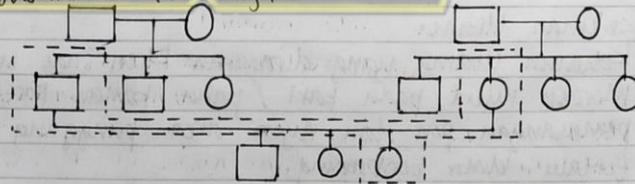
Klien mengatakan alergi obat warung jika penggunaannya melebihi dosis mata akan timbul bintik-bintik merah pada tubuhnya.

5) Imunisasi

Klien mengatakan tidak ingat tentang imunisasinya.

e. Kesehatan keluarga

1) Susunan keluarga



Keterangan



= Laki-laki



= Perempuan



= Meninggal



= Pasien



= Tinggal satu rumah

2) Penyakit yang pernah diderita anggota keluarga (Dx. Medis yang berhubungan dengan penyakit klien)

Klien mengatakan anggota keluarga tidak pernah ada yang memiliki penyakit yang pernah dialami dengan klien.

3) Penyakit yang sedang diderita
Klien mengatakan keluarga tidak ada yang sedang sakit.

f. Riwayat Kesehatan Lingkungan

1) Kebersihan rumah dan lingkungan

Klien mengatakan rumahnya cukup bersih dan lingkungan aman.

2) Kemungkinan terjadinya bahaya

Klien mengatakan tidak ada kemungkinan terjadinya bahaya.

2. Pola Kesehatan Fungsional (Data Fokus)

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan.

• Persepsi klien tentang kesehatan diri
Sebelum sakit : klien kurang memperhatikan kesehatan dan keselamatannya.

Setelah sakit : klien mengerti pentingnya kesehatan dan keselamatan dirinya.

• Pengetahuan dan persepsi klien tentang penyakit dan perawatannya.

Sebelum sakit : Klien tidak menduga dan tidak tahu akan sakit seperti ini

Setelah sakit : Klien tau bagaimana penyakitnya dan perawatannya.

- Upaya yang biasa dilakukan dalam mempertahankan kesehatan

Sebelum sakit : klien biasanya hanya beli obat warung jika merasa tidak enak badan

Setelah sakit : Klien akan lebih mengaji kesehatannya dan kemungkinan klien akan sering melakukan pemeriksaan berkala.

- Kemampuan pasien mengontrol kesehatan

sebelum sakit : klien biasanya hanya beli obat warung jika sakit ringan dan baru berobat ke tempat kesehatan terdekat jika merasa sakit berat

Setelah sakit : klien meminum obat sesuai anjuran dokter dan mengikuti prosedur perawatan selama di rumah sakit.

- Kebiasaan hidup

Sebelum sakit : Klien mengatakan dulu sering merokok dan minum jamu, tetapi setelah usianya bertambah tua klien sudah berhenti merokok dan minum jamu.

Setelah sakit : Klien sudah berhenti merokok dan minum jamu.

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

- Pola Makan

Sebelum sakit : pola makan klien normal 3x sehari 1 porsi habis.

Setelah sakit : pola makan klien 3x sehari setengah porsi makanan yang disediakan oleh rumah sakit.

- Apakah keadaan sakit saat ini mempengaruhi pola makan / minum.

Klien mengatakan perubahan pada porsi makannya saja yang biasanya 1 porsi habis, ini hanya setengah porsi.

- Makanan yang disukai klien, adakah pantangan makanan tertentu yang menyebabkan alergi, adakah makanan yang dibatasi.

Klien mengatakan makanan yang disukai bakso, tidak ada pantangan makanan atau makanan yang dibatasi.

- Adakah keyakinan atau kebudayaan yang dianut yang mempengaruhi diet.

Klien mengatakan tidak ada.

- Kebiasaan mengonsumsi vitamin/obat penambah nafsu makanan.

Klien mengatakan tidak pernah mengonsumsi vitamin/obat penambah nafsu makan.

- Keluhan dalam makan

Sebelum sakit : klien mengatakan tidak ada keluhan makan

Setelah sakit , klien mengatakan tidak ada keluhan makan, hanya saja porsi makan berkurang

- Adakah keluhan anoreksia nervosa, bulimia nervosa

Sebelum sakit : Klien mengatakan tidak ada

Setelah sakit , klien mengatakan tidak ada

- Bagaimana kemampuan mengunyah dan menelan
- Sebelum sakit : klien mengatakan tidak ada gangguan mengunyah dan menelan.

Setelah sakit : klien mengatakan tidak ada kesulitan mengunyah dan menelan.

- Adakah penurunan berat badan dalam 6 bulan terakhir

Sebelum sakit : klien mengatakan tidak ada penurunan berat badan

Setelah sakit : Klien mengatakan tidak ada penurunan berat badan

- Pola Minum

Sebelum sakit : pola minum klien mengatakan minum 4-5 gelas / hari

Setelah sakit : klien mengatakan bisa menghabiskan 1 botol besar air mineral.

- Adanya keluhan demam

Sebelum sakit : Tidak ada

Setelah sakit : Klien mengatakan ada demam

(Demam sebelum dilakukan pengfajian)

c. Pola Eliminasi

1.) Eliminasi feses

• Pola BAB

Sebelum sakit : Klien mengatakan BAB 1x sehari Waktu tidak Menentu, Warna coklat, konsistensi padat.

Setelah sakit : Klien mengatakan selama dirawat Klien belum pernah BAB selama 5 hari.

- Adakah perubahan dalam kebiasaan BAB
Klien mengatakan selama dirawat belum pernah BAB, tidak terpasang kolostomi / ileostomy.

2.) Pola BAK

Sebelum sakit : Klien mengatakan pola BAK 4-5 x sehari warna kuning, jumlah tidak terhitung

Setelah sakit : Klien mengatakan pola BAK sering 5-6x sehari warna kuning kecoklatan jumlah ± 1200 ml.

d. Pola aktifitas dan latihan.

- Kegiatan dalam pekerjaan

Sebelum sakit : Klien mengatakan mampu melakukan pekerjaan apapun dan aktif dalam kegiatan gotong royong di desaanya.

Setelah sakit : Klien mengatakan akan kesulitan dalam melakukan pekerjaannya hingga klien sembuh total.

- Olahraga yang dilakukan

Sebelum sakit : Klien mengatakan sering bersepeda saat sore.

Setelah sakit : Klien mengatakan tidak dapat bersepeda lagi sebelum dirinya sembuh total.

- Kesulitan / keluhan dalam aktifitas.

Sebelum sakit : Klien mengatakan tidak ada kesulitan dalam aktifitas

Setelah sakit : Klien mengatakan sulit untuk berjalan / berdiri tanpa bantuan. Selama dirawat klien hanya berbaring dibed.

- **Pergeseran Tubuh**
 Sebelum sakit : Klien mengatakan mampu menggerakkan tubuhnya.
 Setelah sakit : Klien hanya berbaring di bed, semua kebutuhan dibantu keluarga.
- **Perawatan diri**
 Sebelum sakit : Klien melakukan perawatan diri secara mandiri.
 Setelah sakit : Klien mengatakan mandi, mengenakan pakaian dll dibantu keluarga.
- **Berhajat**
 Sebelum sakit : Klien mengatakan melakukannya dengan mandiri.
 Setelah sakit : Klien mengatakan selama dirawat berhajat dibantu oleh keluarganya.
- **Kekurangan sesak nafas setelah melakukan aktifitas**
 Sebelum sakit : Klien mengatakan tidak ada.
 Setelah sakit : Klien mengatakan tertembang timbul sesak.
- **Mudah merasa kelelahan**
 Sebelum sakit : Klien mengatakan tidak mudah lelah kecuali setelah melakukan pekerjaan yang berat.
 Setelah sakit : Klien mengatakan mudah lelah.

e. **Pola Istirahat dan tidur**

- **Kebiasaan tidur**
 Sebelum sakit : Klien mengatakan tidur dengan baik dan normal 7-8 jam sehari.
 Setelah sakit : Klien mengatakan mampu tidur nyenyak pada pagi hari dan malam hari sulit tidur karena nyeri tertembang tiba-tiba muncul.
- **Kesulitan tidur**
 Sebelum sakit : Klien mengatakan tidak ada kesulitan tidur.
 Setelah sakit : Klien mengatakan mudah terbangun saat merasa nyeri.

F. Pola kognitif dan perseptual sensori

- Keluhan yang berkenaan dengan kemampuan persepsi sensori
 - Sebelum sakit : klien mengatakan tidak ada keluhan dalam penglihatan maupun pendengaran.
 - Setelah sakit : klien mengatakan tidak ada keluhan penglihatan atau pendengaran.
- Kemampuan kognitif.
 - Sebelum sakit : klien mengatakan mampu mengingat dengan baik, berbicara dan memahami pesan yang diterima dengan baik.
 - Setelah sakit : klien mengatakan mampu mengingat dg baik, berbicara jelas dan memahami pesan yang disampaikan dokter atau perawat dengan baik.
- Kesulitan yang dialami
 - Sebelum sakit : klien mengatakan tidak ada kesulitan yang dialami.
 - Setelah sakit : klien mengatakan tidak ada kesulitan seperti pusing maupun menurunnya sensitivitas nyeri.
- Persepsi terhadap nyeri
 - Sebelum sakit : klien tidak ada nyeri.
 - Setelah sakit :
 - P = Nyeri saat melakukan pergerakan
 - Q = Nyeri seperti ditusuk
 - R = pada paha samping kanan
 - S = skala nyeri 5 dari 1-10
 - T = hilang timbul.

G. Pola persepsi dan konsep diri

- Persepsi diri

Hal yang dipikirkan klien saat ini ingin segera sembuh, harapan klien saat melakukan perawatan yaitu agar dapat melakukan aktifitas dengan normal, tidak ada lagi sakit yang dirasakan. Klien akan berusaha menghindari hal-hal yang akan memperburuk keadaannya.

- Konsep diri
 - Citra body : Tidak ada pengaruh persepsi klien terhadap tubuhnya selama sakit.
 - Identitas : Status klien selama menjalani perawatan di rumah sakit adalah pasien. Klien mengerti posisinya sesuai keadaan.
 - Peran : Peran klien dalam keluarga ada kepeka keluarga. Klien mampu melaksanakan perannya dengan baik. Selama dirawat peran klien digantikan keluarga.
 - Ide diri : Harapan klien agar fraktur yang dialaminya segera sembuh dan dapat beraktivitas dengan normal.
 - Harga diri : Klien tidak merasa malu ataupun merendahkan dirinya atas penyakit yang sedang dialami.

h. Pola Mekanisme Koping

- Bagaimana pasien dalam mengambil keputusan
 - Sebelum sakit : klien mengambil keputusan sendiri
 - Setelah sakit : klien dibantu keluarga dalam mengambil keputusan.
- Yang dilakukan jika menghadapi masalah
 - Klien akan membicarakan dengan keluarga. Jika tidak ada solusi maka klien meminta pertolongan / berbicara dengan orang lain.
- Bagaimana upaya klien dalam menghadapi masalah
 - sekarang klien terlihat tenang dan tetap berdoa untuk kebaikannya
- Menurut klien apa yang dapat dilakukan perawat agar klien merasa nyaman.
 - Klien ingin perawat terus mengontrol keadaannya dan memberikan perawatan yang terbaik.

i. Pola Seksual dan Reproduksi

- Bagaimana pemahaman klien tentang fungsi seksual
 - Klien cukup memahami fungsi seksualnya.
- Adakah gangguan hubungan seksual disebabkan berbagai kondisi

Klien mengatakan tidak ada gangguan. Klien tidak menggunakan alat kontrasepsi.

- Adakah permasalahan selama melakukan aktifitas seksual
Klien mengatakan tidak ada permasalahan selama melakukan aktifitas seksual. Penyakitnya tidak berhubungan dengan pola seksual - reproduksi.

J. Pola peran - Berhubungan dengan orang lain

- Mengkaji bagaimana hubungan klien dengan orang lain
Hubungan klien dengan keluarga, saudara, dokter dan perawat baik. Keadaan klien saat ini tidak mempengaruhi hubungannya dengan orang lain.
- Kemampuan klien dalam komunikasi
Saat perawat bertanya dan menjelaskan, klien mampu menjawab dengan baik, jelas dan dapat memahami pesan yang disampaikan.
- Siapa orang yang terdekat dan lebih berpengaruh pada klien
Klien mengatakan keluarga terutama istri dan anaknya
- Kepada siapa klien meminta bantuan bila mempunyai masalah
Klien mengatakan biasa meminta bantuan kepada anak-anaknya.
- Adakah kesulitan dalam hubungan keluarga
Klien mengatakan tidak ada kesulitan hubungan dengan keluarga ataupun saudara.

K. Pola nilai dan kepercayaan

- Bagaimana klien menjalankan kegiatan agama atau kepercayaan
Sebelum sakit: klien beribadah dengan baik.
Setelah sakit: klien kesulitan dalam melakukan ibadah, klien melakukan ibadah di bed dan dibantu keluarganya.
- Masalah yang berkaitan dengan aktifitas tersebut selama dirawat
Klien kesulitan beribadah karena gangguan mobilitas.
- Adakah keyakinan atau kebudayaan yang dianut pasien yang bertentangan dengan kesehatan.
Klien mengatakan tidak ada.

- Adakah pertentangan mui/kepercayaan/kepercayaan terhadap pengobatan yang dijalani.
klien menyatakan tidak ada.

3. Pemeriksaan Fisik (Head to toe)

- kesadaran : Composmentis
- Penampilan : lemah, pucat, gelisah, sedikit hiper-rapi
- Vital sign

TD : $130/80$ mmHg

N : $80 \times$ /menit

RR : $20 \times$ /menit

S : $37^{\circ}C$

d. kepala

Mesochepal, rambut pendek keruban, tidak ada rontok

e. Mata

Terlihat sayu, kemampuan penglihatan normal, pupil mengecil jika terkena cahaya, konjungtiva anemis.

f. Hidung

Sedikit kotor, tidak ada nafas cuping hidung, tidak terpasang oksigen.

g. Telinga

Simetris, pendengaran baik, tidak ada infeksi, tidak memakai alat bantu pendengaran.

h. Mulut dan tenggorokan.

Mulut sedikit kotor dan berbau, gigi ketuningan, tidak ada kesulitan menelan, tidak ada benjolan.

i. Dada

• Paru-paru

Inspeksi : simetris kiri dan kanan

Palpasi : Terdengar bunyi sonor

Pertuksi : Frenulus kanan dan kiri

Auskultasi : Murmur

• Jantung

Inspeksi : Iktus kordis tidak terlihat

palpasi : Iktus kordis tidak teraba

pertuksi : Sonor

Auskultasi : Irama jantung teratur.

j. Abdomen

Inspeksi : warna kulit merata , tidak ada bekas luka , perut buncit .

Auskultasi : Bising usus normal 18x / menit

perkusi : terdengar redup , tidak ada hepatomegali

palpasi : Tidak ada benjolan , tidak ada nyeri tekan

k. Genitalia

Bersih , memakai pemers , tidak terpasang kateter

l. Ekstremitas

• Atas

Tangan kanan dan kiri normal , kulit kecoklatan , bersih , turgor baik , tidak ada edema , tidak ada nyeri , capillary refil < 3 detik .

• Bawah

kaki kiri normal . kaki kanan mengalami fraktur pada paha . post ort pemasangan pen . luka jahitan ± 20cm , masih terpasang drain , ada pembengkakan pada area jahitan , kekuatan otot menurun dg nilai 1 .

4. Data Penunjang

a. Hasil pemeriksaan penunjang

• Pemeriksaan laborat

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Ket .
HEMATOLOGI				
Darah rutin I				
Hemoglobin	13.3	13.2 - 17.3	g/dL	
Hematokrit	39.7	33.0 - 45.0	%	
Leukosit	H 14.80	3.80 - 10.60	ribu / μ L	
Trombosit	204	150 - 440	ribu / μ L	

• Pemeriksaan Radiologi

29/01 2021

1. X foto femur Dextra AP-LAT

- Struktur tulang baik.
- Tampak fraktur os femur dextra 1/3 tengah, aposisi dan alignment buruk, tampak pergeseran fragmen fraktur ke medial.
- Tak tampak distorsi sendi.

2. Radiografi thoraks

Cor : Apets ke laterokadul

pulmo : Corakan vaskuler tak meningkat
Tak tampak gambaran infiltrate

Diaphragma dan sinus kostofrenikus tak tampak kelainan.

Tak tampak discontinuitas os - costa ataupun os clavikula.

30/01 2021

1. X foto femur Dextra AP-LAT

Dibandingkan dengan foto sebelumnya tanggal 29/01/2021 struktur tulang baik.

Terpasang plate dan screw di os femur dextra, kedudukan baik. Alignment dan aposisi garis fraktur lebih baik, celah lebih sempit.

Tak tampak distorsi maupun subluxasi sendi
Tak tampak lesi litik, sklerotik. maupun desdudfit soft tissue baik.

b. Diet yang diperoleh : air putih, susu, nasi

c. Therapy yang didapat klien

- Fisiotherapy

- Obat-obatan:

Omeprazole 2x1

Ketorolac 3x1

Cefixim 3x1

Asam metenamat 3x1

B. Analisa Data

Tgl/jam	Data Fokus	Problem	Ekologi	TTP
1/2/2021 09-00	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri pada paha kanan fraktur dan post op dan nyeri pada punggung. <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien terlihat lemah, gelisah - Klien tampak menahan nyeri. <p>P: Nyeri timbul saat melakukan pergerakan</p> <p>Q: Nyeri seperti ditusuk</p> <p>R: paha paha samping kanan</p> <p>S: skala 5 dari 1-10</p> <p>T: Hilang timbul...</p>	Nyeri akut	agen pencedera fisik	Thy
1/2/2021 09-00	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengeluh tidak dapat menggerakkan kakinya. - Klien mengatakan sulit melakukan pergerakan tanpa bantuan. <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien terlihat lemah - Kekuatan otot menurun - Klien hanya berbaring dibed - Terdapat luka fraktur post op yang diperban pada paha kanan. <p>TD : 130/80 mmHg PR : 80x N : 80x/menit S : 37°C</p>	Gangguan Mobilitas fisik	Gangguan Mus Ekster keletal.	Thy

Tgl/jam	Data Fokus	Problem	Etiologi	TTD
1/2 2021 09.00	DO: - klien mengeluh sulit tidur - klien mengatakan sulit tidur pada malam hari dan baru tidur pagi hari. - klien mengatakan tidak bisa tidur karena tidak nyaman dan nyeri sewaktu-waktu. DO: - klien tampak lemah, pucat gelisah TD: $\frac{120}{80}$ mmHg RT: 20x M: 80x/menit S: 37°C	Gangguan pola tidur	Kurang kontrol tidur	

C. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal.
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan

D. Intervensi Keperawatan

Tgl Jam	Diagnosa	Tujuan & Kriteria hasil	Intervensi	TTD
1/2 2021 10:00	DX-1	Setelah dilakukan perawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri klien berkurang dg kriteria hasil : - Keluhan nyeri menurun - Gelisah menurun - Kesulitan tidur menurun	- Identifikasi lokasi, cara terestetik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. - Identifikasi skala nyeri - Kontrol ruangan yang memperberat nyeri - Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. - Kolaborasi pemberian analgesik	JM
1/2 2021	DX-2	Setelah dilakukan perawatan selama 3x24 jam diharapkan kemampuan ekstremitas dalam mobilisasi meningkat dg kriteria hasil : - pergerakan ekstremitas meningkat - kekuatan otot meningkat - ROM meningkat	- Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi - Fasilitasi aktivitas mobilisasi dg alat bantu - Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan	
1/2 2021	DX-3	Setelah dilakukan perawatan selama 3x24 jam diharapkan pola tidur klien kembali normal dg kriteria hasil : - Keluhan sulit tidur menurun - Keluhan sering terjaga menurun.	- Identifikasi pola aktivitas dan tidur - Identifikasi faktor pengganggu tidur - Modifikasi lingkungan - Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit - Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya.	

E. Implementasi		Diagnosa	Implementasi	Perpon	TTD
10/2021	10:30	Px-1	- Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	DS: klien mengatakan nyeri pd paha kanan DO: terdapat balutan luka jahit post op ± 2cm	Am
	10:35		- Mengidentifikasi skala nyeri	DS: skala nyeri 5 dr 1-10 DO: klien kooperatif	
			- Mengontrak reangan yang memperberat nyeri	DS: kurang nyaman dg posisinya di bed DO: klien kooperatif.	
11/2021	11:30		- Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya.	DS: klien mengatakan ada nyeri pd paha kanan DO: terdapat balutan luka jahit post op.	Am
	11:45		- Memantau kondisi umum selama melakukan mobilisasi	DS: klien mengatakan belum mampu mobilisasi namun keadaan baik DO: klien tampak nyaman sakit.	
11/2021	11:00		- Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur	DS: klien mengatakan susah terbangun pada malam hari dan bisa tidur pagi hari DO: klien tampak lemah.	Am
	11:10		- Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur	DS: nyeri tiba-tiba muncul sehingga mengganggu tidur. DO: klien kooperatif	
	11:15		- Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit	DS: klien mengatakan mengerti DO: klien tampak mendengarkan dg baik.	

Implementasi Hari Kedua

Tgl Jam	Diagnosa	Implementasi	Respon	TRD
7/2/2021 08:00 08:05	Dx-1	- berkolaborasi pembertaan analgesik - Mengidentifikasi skala nyeri	PS = klien bersedia DO = klien kooperatif. PS = klien mengatakan nyeri sedikit menurun menjadi skala 4 DO = klien masih sempat menahan nyeri.	1/1
08:15		- Mengajarkan teknik nonfarmakologis tarik nafas dalam	PS = klien mengatakan cukup paham mengenai teknik nafas dalam untuk meredakan nyeri DO = klien kooperatif.	
7/2/2021 08:30	Dx-2	- Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu berupa pagar tempat tidur	PS = klien mengatakan mengerti DO = klien kooperatif	1/1
08:40		- Mengajarkan mobilisasi sederhana yg harus dilakukan berupa moving kanan kiri	PS = klien bersedia DO = klien sempat berusaha mencoba	
09:00		- Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	PS = klien mengatakan kondisinya cukup baik DO = klien masih berbaring tidur.	
7/2/2021 11:00	Dx-3	- Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur	PS = klien mengatakan nyeri masih menganggu tidurnya. DO = klien cukup tenang	1/1
11:10		- Memodifikasi lingkungan	PS = klien mengatakan nyaman bagian kepala ditinggikan DO = klien tampak nyaman	
		- Mengajarkan relaksasi diaphragma	PS = klien mengerti DO = klien kooperatif	

Implementasi Hari Kerja

Tgl	Diagnosa	Implementasi	Respon	TTD
3/2/2024 14-15	Dx-1	- Mengidentifikasi skala nyeri	DS: klien mengatakan nyeri menurun menjadi skala 3 DO: klien kooperatif.	#1
14-20		- Mengontrol ruangan yg memperberat nyeri	DS: klien mengatakan ruangan sudah nyaman DO: klien tampak lebih tenang.	
14-30		- Mengajarkan teknik nonfarmakologis	DS: klien mengatakan sudah mengerti bagaimana teknik nonfarmakologis w/ meredakan nyeri DO: klien kooperatif	
3/2/2024 15-30	Dx-2	- Mengidentifikasi ada nya nyeri atau keluhan lainnya	DS: klien mengatakan masih ada nyeri DO: klien masih tampak menahan nyeri	#1
15-35		- Mengajarkan mobiltias sederhana yg harus dilakukan	DS: klien bersedia DO: klien sudah ada peningkatan mampu miring kanan kiri dan sudah bisa duduk	
15-45		- Memonitor kondisi umum	DS: klien mengatakan dengan baik baik saja DO: kondisi umum klien baik.	
3/2/2024 14-30	Dx-3	- Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur	DS: klien mengatakan pola tidurnya sudah membaik DO: klien terlihat tenang	#1
14-35		- Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur	DS: masih ada nyeri, tetapi sudah berkurang DO: klien kooperatif	

F. Evaluasi
Evaluasi Hari pertama

No/Um	Diagnosa	Catatan Perkembangan	TD
Y/2024	Px-1	<p>S = -Klien mengatakan nyeri pd paha kanan -Klien mengatakan nyeri skala 5 dari 1-10 -Klien mengatakan kurang nyaman dg posisinya di bed</p> <p>O = -Klien tampak menahan nyeri -Terdapat balutan luka jahit post op</p> <p>P = Nyeri timbul saat melakukan pergerakan</p> <p>G = Nyeri seperti ditusuk</p> <p>A = pada paha samping kanan.</p> <p>S = skala 5 dari 1-10</p> <p>T = Hilang timbuh</p> <p>A = Masalah belum teratasi</p> <p>P = lanjutkan intervensi 2-5</p>	Jah
Y/2024	Px-2	<p>S = -Klien mengatakan ada nyeri pada paha kanan -Klien mengatakan belum mampu mobi lisasi -Klien mengatakan akan berusaha mobi lisasi sederhana</p> <p>O = -Klien masih tampak lemah, klien tampak menahan sakit</p> <p>- TD = 130/80 mmHg RR = 20x/menit N = 80x/menit S = 37°C</p> <p>A = Masalah belum teratasi</p> <p>P = lanjutkan intervensi 1-4</p>	Jah
Y/2024	Px-3	<p>S = -Klien mengatakan mual terbangun pada malam hari dan bisa tidur pada pagi hari, -Klien mengatakan nyeri tiba-tiba muncul sehingga mengganggu tidur.</p> <p>O = Klien tampak lemah dan gelisah</p> <p>TD = 130/80 mmHg RR = 20x/menit N = 80x/menit S = 37°C</p> <p>A = Masalah belum teratasi</p> <p>P = lanjutkan intervensi 2, 3, 5</p>	

Evaluasi Hari kedua

Tgl/jam	Diagnosa	Catatan Perkembangan	TTP
7/10/2011	Dx-1	<p>S = - Klien mengatakan nyeri menurun menjadi skala 4</p> <p>- Klien mengatakan cukup paham mengenai teknik nonfarmakologis untuk meredakan nyeri</p> <p>O = - Klien masih tampak menahan nyeri</p> <p>- Klien kooperatif</p> <p>- Klien cukup tenang</p> <p>P = Nyeri timbul saat melakukan pergerakan</p> <p>Q = Nyeri seperti ditusuk -</p> <p>R = pada paha samping kanan</p> <p>S = skala 4 dari 1-10</p> <p>T = Hilang timbul</p> <p>- TD = 157/11 mmHg RR = 22x/menit</p> <p>N = 90x/menit S = 36°C</p> <p>A = Masalah teratasi sebagian</p> <p>P = lanjutkan intervensi 1, 3, 5</p>	
7/10/2011	Dx-2	<p>S = - Klien mengatakan bersedia melakukan mobilisasi sederhana miring kanan kiri</p> <p>- Klien mengatakan kondisinya baik saat melakukan mobilisasi</p> <p>O = - Klien terlihat mencoba mobilisasi</p> <p>- Klien berbaring sibel</p> <p>- kondisi umum klien terlihat baik</p> <p>A = Masalah teratasi sebagian</p> <p>P = lanjutkan intervensi 1, 2, 3</p>	
7/10/2011	Dx-3	<p>S = - Klien mengatakan nyeri masih mengganggu tidurnya</p> <p>- Klien mengatakan pola tidurnya cukup memb baik</p> <p>- Klien mengatakan nyaman bagian kepala di bantal</p> <p>- Klien mengatakan mengerti Hg relaksasi</p> <p>O = Klien tampak lebih tenang dan nyaman</p> <p>A = Masalah teratasi sebagian</p> <p>P = lanjutkan intervensi 1 dan 2</p>	

Evaluasi Hari Ketiga

Tgl	Diagnosa	Catatan Perkembangan	TID
3/2/2021	Dx-1	<p>S = - klien mengatakan nyeri sudah berkurang menjadi skala 3</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan ruangan dan posisinya sudah nyaman - klien mengatakan sudah mengerti teknik nonfarmakologis untuk meredakan nyeri <p>O = - klien lebih tenang, gelisah menurun</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien kooperatif. <p>TD = 100/100 mmHg RR = 20x/menit N = 8x/menit S = 36,7°C P = Nyeri timbul saat melakukan pergerakan</p> <p>Q = Nyeri seperti ditusuk R = pada paha samping kanan S = Skala 3 T = Hilang timbul A = Masalah teratasi P = Hentikan intervensi</p>	
3/2/2021	Dx-2	<p>S = - klien mengatakan masih ada nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan sudah bisa berdiri tanpa kri dan duduk - klien mengatakan kondisinya baik 3 dgn. <p>O = - klien terlihat bahagia, mobilitas meningkat</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien sudah diberikan alat bantu <p>TD = 100/100 mmHg RR = 20/menit N = 8x/menit S = 36,7°C A = Masalah teratasi P = Hentikan intervensi</p>	
3/2/2021	Dx-3	<p>S = - klien mengatakan masih ada nyeri tapi sudah berkurang</p> <ul style="list-style-type: none"> • - klien mengatakan pola tidurnya sudah sudah membaik, saat malam sudah bisa tidur <p>O = - klien tampak tenang</p> <p>A = Masalah teratasi P = Hentikan intervensi</p>	