

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. S DENGAN
POST OP ORIF FRAKTUR CRURIS DEXTRA DI RUANG
BAITUSSALAM 2 RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk

Memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh:

Uswatun Khoirun Nisa

40901800099

**PROGRAM STUDI DIPLOMA DIII KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

2021

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. S DENGAN
POST OP ORIF FRAKTUR CRURIS DEXTRA DIRUANG
BAITUSSALAM 2 RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



**PROGRAM STUDI DIPLOMA DIII KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

2021

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas 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 Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Semarang, 31 Mei 2021



(Uswatun Khoirun Nisa)

NIM 40901800099



HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah Berjudul :

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. S DENGAN POST OP ORIF
FRAKTUR CRURIS DEXTRA DIRUANG BAITUSSALAM 2
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Uswatun Khoirun Nisa

Nim : 40901800099

Telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah
Program Studi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang
pada :

Hari : Kamis

Tanggal : 27 Mei 2021

Semarang, 27 Mei 2021

Pembimbing

Ns. Retno Isroviatiningrum, M.Kep

NIDN. 06044038901

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang pada Hari Rabu Tanggal 02 Juni 2021 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 02 Juni 2021

Penguji I

(Ns. Retno Setyawati, M.Kep. Sp.KMB)

NIDN. 06-1306-7403

Penguji II

(Ns. Muh. Abdurrouf, M.Kep)

NIDN. 06-0505-7902

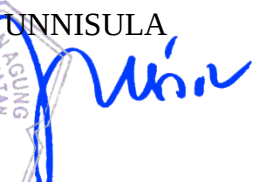
Penguji III

(Ns. Retno Issroviatiningrum, M.Kep)

NIDN. 06-0403-8901

Mengetahui

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan


Iwan Ardian, SKM, M.Kep

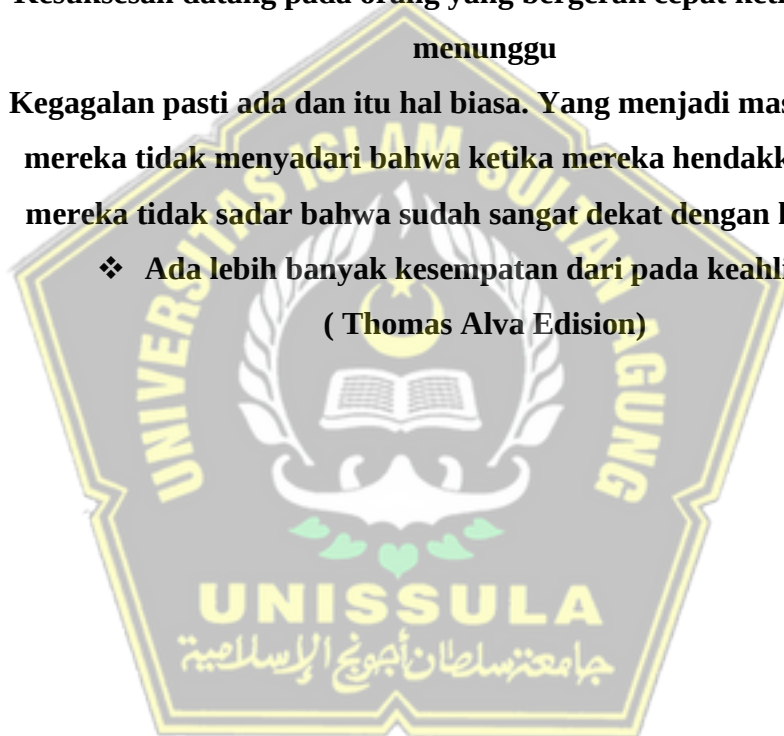
NIDN : 0622087403

MOTTO

Kesalahan akan membuat orang belajar dan menjadi lebih baik

- ❖ **Ilmu adalah harta yang tak akan pernah habis**
- ❖ **Genggamlah dunia sebelum dunia menggenggammu**
- ❖ **Agama tanpa ilmu adalah buta. Ilmu tanpa agama adalah lumpuh**
(Albert Einstein)

- ❖ **Kesuksesan datang pada orang yang bergerak cepat ketika ia sedang menunggu**
- ❖ **Kegagalan pasti ada dan itu hal biasa. Yang menjadi masalah adalah, mereka tidak menyadari bahwa ketika mereka hendak menyerah, mereka tidak sadar bahwa sudah sangat dekat dengan kesuksesan**
 - ❖ **Ada lebih banyak kesempatan dari pada keahlian**
(Thomas Alva Edison)



KATA PENGANTAR

Assalamualikum Wr. Wb

Puji dan syukur kehadiran Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat, taufiq serta hidayah-nya, sehingga penulis diberikan kesempatan untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Op Orif Fraktur Cruris Dextra Di Ruang Baitussalam 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

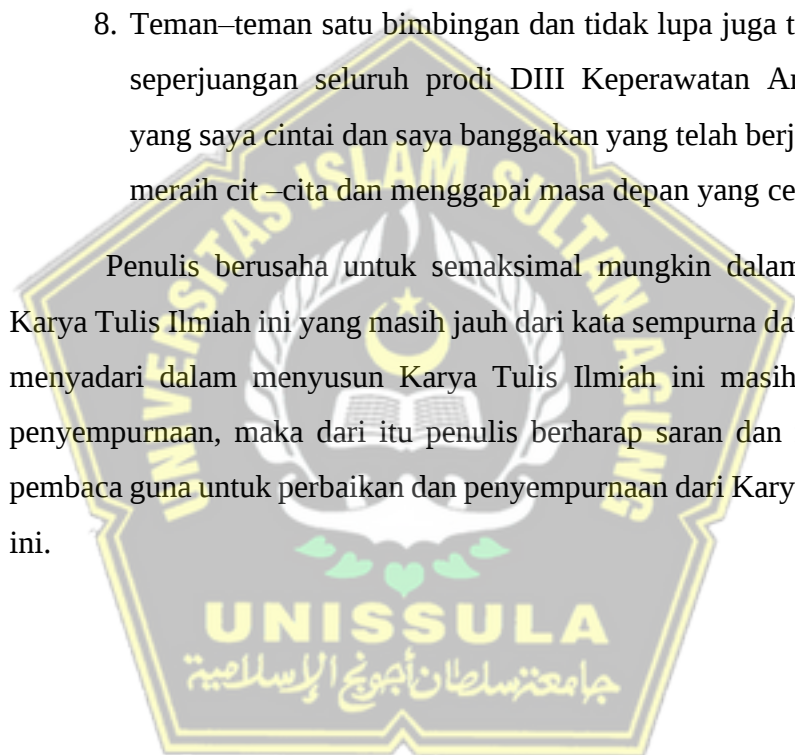
Terkait penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis memperoleh saran serta bimbingan yang bermanfaat dari banyak pihak, sehingga penyusun dapat menyelesaikan sesuai dengan perencanaan. Oleh sebab itu, pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Drs. H. Bedjo Santoso, Ph D Selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Iwan Ardian. SKM., M.Kep Selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Ns. Muh. Abdurrouf, M. Kep Selaku Kaprodi D3 Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Ns. Retno Isroviatiningrum, M.Kep Selaku Pembimbing Karya Tulis Ilmiah.
5. Segenap Dosen Pengajar dan Staff Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang sudah memberikan ilmu pengetahuan dan pertolongan dengan sabar dan tulus selama proses studi.
6. Kepada seluruh keluarga terutama ibu dan bapak saya yaitu Ibu Sri Ismi dan Bapak Kisnoto yang tidak pernah putus asa mencari biaya kuliah agar cita-cita saya dapat tercapai dan tidak pernah berhenti memberi do'a yang terbaik. Adik saya Muhammad Putra Iswanto yang selalu memberikan dukungan serta kasih sayang yang tulus, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini,

penulis sangat bangga dan bersyukur memiliki orang tua dan adik seperti beliau.

7. Sahabat sahabatku tercinta yaitu Ayu Sri lestari, Ayu Meilia Saputri, Hilda Rizqi Azkia, Lutfiyatul Aska, Reza Milenia Nur Fadhila, Robiul Khasanah, Nuris Futhihatun Ni'amah, Mustikaningtyas Dewi Q. A dan Wiwik Ambarwati yang saling mendukung serta berbagi suka duka sehingga penulis mempunyai kekuatan dan tekad untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Teman-teman satu bimbingan dan tidak lupa juga teman - teman seperjuangan seluruh prodi DIII Keperawatan Angkatan 2018 yang saya cintai dan saya banggakan yang telah berjuang bersama meraih cit-cita dan menggapai masa depan yang cerah.

Penulis berusaha untuk semaksimal mungkin dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang masih jauh dari kata sempurna dan penulis juga menyadari dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini masih memerlukan penyempurnaan, maka dari itu penulis berharap saran dan masukan dari pembaca guna untuk perbaikan dan penyempurnaan dari Karya Tulis Ilmiah ini.



DAFTAR ISI

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. S DENGAN POST OP ORIF FRAKTUR CRURIS DEXTRA DI RUANGBAITUSSALAM 2 RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG	i
ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. S DENGAN POST OP ORIF FRAKTUR CRURIS DEXTRA DIRUANGBAITUS SALAM 2 RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG.....	ii
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iv
HALAMAN PENGESAHAN.....	v
MOTTO	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	3
C. Manfaat Penulisan.....	4
BAB II KONSEP DASAR.....	5
A. Konsep Dasar Penyakit	5
B. Konsep Dasar Keperawatan	13
C. Pathways	23
D. Cara Mengukur Skala Nyeri.....	24
BAB III LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN	26
A. Pengkajian.....	26
B. Analisa Data dan Diagnosa Keperawatan	35
C. Planning/ Intervensi Keperawatan	36
D. Implementasi	37
E. Evaluasi.....	41
BAB IV PEMBAHASAN	44
A. Pengkajian	44

B. Diagnosa Keperawatan.....	45
C. Penambahan Diagnosa Keperawatan Yang Muncul.....	53
BAB V SIMPULAN DAN SARAN	54
A. Simpulan	54
B. Saran.....	54
Daftar Pustaka	56

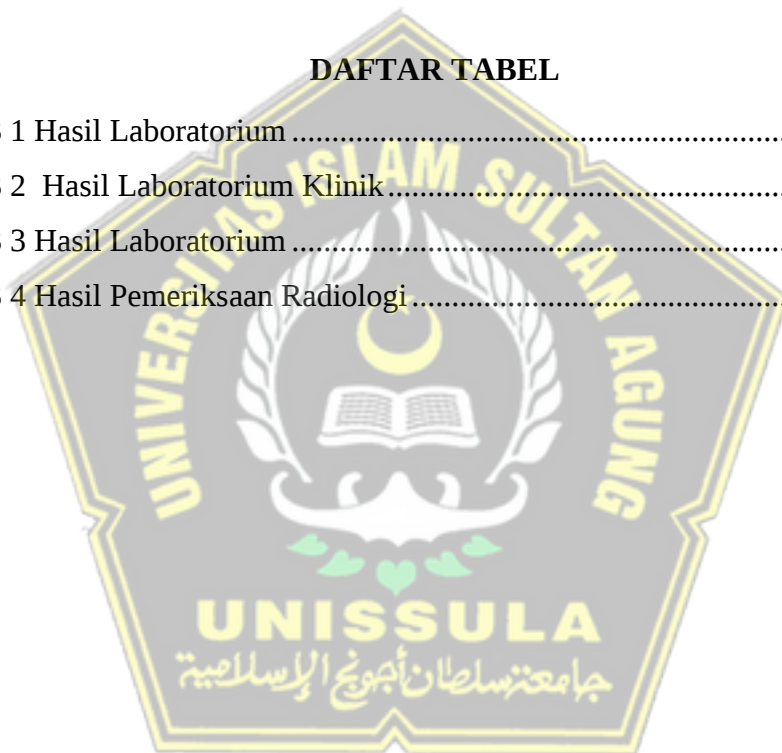


DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Visual Analog Scale (VAS)	24
Gambar 2. 2 Verbal Rating Scale (VRS)	24
Gambar 2. 3 Numeric Rating Scale (NRS)	25
Gambar 2. 4 Wong Baker Rating Scale	25
Gambar 3 1 Wong Baker Rating Scale	29

DAFTAR TABEL

Tabel 3 1 Hasil Laboratorium	32
Tabel 3 2 Hasil Laboratorium Klinik	34
Tabel 3 3 Hasil Laboratorium	34
Tabel 3 4 Hasil Pemeriksaan Radiologi	35



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Kesiediaan Membimbing	59
Lampiran 2 Surat Keterangan Konsultasi	60
Lampiran 3 Lembar Konsultasi.....	61
Lampiran 4 Laporan Asuhan Keperawatan Tn.S (Tulis Tangan)	64



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Fraktur yaitu beberapa masalah kerap dialami serta banyak masyarakat yang mengetahui, karena banyak terjadi pada orang yang kecelakaan lalu lintas ataupun kecelakaan akibat alam dan korbannya dapat mengalami fraktur bahkan kecacatan (Fitrianda, 2013). Patah tulang merupakan gangguan pada kontinuitas tulang dan dijelaskan sesuai dengan jenis dan luasnya. Patah tulang bisa ada ketika tulang menjadi tumpuan tekanan yang lebih besar dari yang biasa diserapnya. Patah tulang juga bisa diakibatkan oleh tekanan langsung, kekuatan yang dapat meremukkan tulang, memuntirnya tulang secara tiba-tiba, dan juga karena kontraksi otot berlebih. Sehingga ketika tulang patah struktur tulang dan daerah sekitarnya akan mengalami gangguan seperti, edema pada jaringan yang lunak, hemoregik pada otot dan sendi-sendi, terganggunya syaraf, dan pembuluh darah dapat rusak (Reduction & Fixation, 2013).

World Health Organization (WHO) mengatakan kecelakaan lalu lintas adalah pemicu ketewasan nomor 8 dan menjadi pemicu kematian tertinggi pada masyarakat yang berusia 15 – 29 tahun didunia, jika masalah tersebut belum segera diurus pada tahun 2030 maka, kecelakaan lalu lintas bakal bertambah sebagai pemicu kematian nomor lima didunia. Pada tahun 2011-2012 ada 5,6 juta orang telah meninggal dunia serta 1,3 juta orang patah tulang yang disebabkan oleh kecelakaan lalu lintas (Andri et al., 2020). Insiden patah tulang femur diindonesia adalah yang sering dijumpai yaitu sebesar 39%, patah tulang humerus 15%, patah tulang tibia dan fibula 11%, penyebab terbesar patah tulang femur yaitu kecelakaan lalu lintas umumnya terjadi karena kecelakaan mobil, motor, atau kendaraan yang lain (62,6%), akibat jatuh (37,3%) dan kebanyakan yang fraktur merupakan orang laki –

laki (63,8%). 45% usia yang fraktur femur yaitu pada usia (15–34 tahun) dan orang tua (≥ 70 tahun) (Andri et al., 2020).

Menurut (Riskesdas, 2018) dari banyak kasus patah tulang yang ada di Indonesia, fraktur pada ekstremitas bagian bawah terjadi karena kecelakaan lalu lintas prevelensinya paling tinggi dibandingkan dengan fraktur yang lain yaitu sekitar 67,9%. 92.976 jiwa dengan kasus patah tulang ekstremitas bawah terjadi karena kecelakaan, 19.754 jiwa mengalami patah tulang pada femur, 14.027 jiwa yang mengalami patah tulang pada kaki bawah, 3.775 jiwa juga menemui patah tulang tibia, 970 jiwa menjumpai patah tulang pada tulang–tulang kecil yang ada dikaki serta 337 jiwa mengalami patah tulang fibula.

Fraktur juga dapat berdampak pada penderita yang mengalami penurunan aktivitas, merasakan nyeri, bengkak pada area yang fraktur, terdapat luka terbuka dan juga sampai mengalami perdarahan. Tingkat keparahan fraktur itu tergantung pada jenis fraktur itu sendiri (Reduction & Fixation, 2013).

Operasi atau pembedahan merupakan tindakan yang dilakukan dokter untuk perawatan yang memakai cara *invasif* dengan cara membuka bagian tubuh yang akan dilakukan operasi, biasanya operasi dilaksanakan dengan cara memberikan luka irisan dan diakhiri dengan penutupan serta dilakukan penjahitan luka (Fitrianda, 2013).

Penatalaksanaan fraktur salah satunya adalah ORIF (Open Reduction Internal Fixation). ORIF adalah fiksasi interna yang biasanya berupa pelat, implant dan sekrup. Pada pasien yang dilakukan pemasangan ORIF biasanya pasien akan merasakan beberapa dampak yaitu gangguan rasa nyaman, nyeri dan mobilitas yang terbatas (Reduction & Fixation, 2013).

Peran perawat pada kasus Post Op Fraktur Cruris Dextra yaitu memberikan asuhan keperawatan yang fokusnya pada sistem muskuloskeletal dengan cara mobilisasi yang bertujuan untuk mencegah

timbulnya komplikasi, mencegah munculnya dikubitus, merangsang adanya peristaltik dan juga mengurangi adanya keluhan nyeri (Dwi Chrisna Susanti, Suryani, 2020) serta perawat dapat membantu seseorang yang dalam kondisi patah tulang itu selalu kuat, termotivasi, semangat dan tetap berupaya untuk memulihkan kembali bagian tubuh yang mengalami patah tulang, selain itu perawat juga memberikan tindakan agar menurunkan rasa nyeri yang dirasakan oleh pasien yaitu memberikan terapi Tarik nafas dalam dapat menurunkan skala nyeri pasien.

Berdasarkan rincian diatas penulis tertarik untuk mengambil masalah keperawatan pada trauma muskuloskeletal, berupa asuhan keperawatan pada Tn. S dengan Post Op. ORIF Fraktur Cruris Dextra hari ke 1 di ruang Baitussalam 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Tujuan dari Karya Tulis Ilmiah ini adalah agar penulis mampu menjelaskan asuhan keperawatan pada Tn. S dengan Post Op. ORIF Fraktur Cruris Dextra di Ruang Baitussalam 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

2. Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa mampu untuk memahami tentang pengkajian asuhan keperawatan dengan kasus Post Op. ORIF Fraktur Cruris Dextra.
- b. Mahasiswa mampu menganalisa data dengan kasus Post Op. ORIF Fraktur Cruris Dextra.
- c. Mahasiswa mampu untuk menyusun diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus Post Op. ORIF Fraktur Cruris Dextra.
- d. Mahasiswa mampu menyusun intervensi yang ada di dalam asuhan keperawatan dengan kasus Post Op. ORIF Fraktur Cruris Dextra.

- e. Mahasiswa mampu melakukan dan menjelaskan tentang tindakan yang dilakukan pada pasien dengan kasus Post. Op ORIF Fraktur Cruris Dextra.
- f. Mahasiswa mampu untuk mengevaluasi asuhan keperawatan dengan kasus Post. Op ORIF Fraktur Cruris Dextra.

C. Manfaat Penulisan

Mengacu pada pemaparan sebelumnya, maka karya tulis ilmiah ini diharapkan memberikan manfaat untuk berbagai pihak terkait meliputi :

1. Institusi Pendidikan

Untuk meningkatkan kualitas pendidikan melalui pengembangan ilmu keperawatan yang sudah dilakukan pada pasien Post Op. ORIF Fraktur Cruris Dextra sebagai wujud peran perawat dalam melahirkan perawat yang professional.

2. Profesi Keperawatan

Hasil dari penelitian ini dapat menjadi panduan baru yang dapat dijadikan sebagai pijakan penelitian selanjutnya.

3. Bagi Lahan Praktik (Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang)

Untuk mengembangkan kualitas pelayanan asuhan keperawatan yang berkualitas pada pasien Post Op. ORIF Fraktur Cruris Dextra di Rumah Sakit Sultan Agung Semarang.

4. Bagi Masyarakat

Dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang Fraktur Cruris Dextra serta penanganan secara maksimal dalam masyarakat.

BAB II

KONSEP DASAR

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Pengertian

Patah tulang yaitu tidak adanya kontinuitas tulang baik sifatnya keseluruhan atau sebagian. Secara umum, fraktur adalah patahnya tulang yang ditimbulkan dari tekanan atau pukulan yang mendadak. Sudut tenaga fisik dan kekuatan fisik, kondisi tulang, dan membrane yang ada disekeliling tulang dapat membuktikan fraktur yang terjadi utuh atau tidak utuh (Pertiw, 2018).

Fraktur adalah gangguan lengkap atau tidak lengkapnya kontinuitas bentuk tulang dan dapat dijelaskan sesuai dengan ragam jenis dan keluasan (B.Rahmanto, 2014).

Patah tulang atau fraktur adalah suatu kontinuitas tulang yang mengalami patah atau gangguan (Ajar, 2019).

Patah tulang yaitu terpisahnya kontinuitas pada tulang. Ini dapat terjadi karena tulang mengalami stress yang berlebihan tidak sesuai dengan beban biologis dan kekuatannya. Yang paling sering terjadi adalah stress karena trauma. Fraktur patologis dapat terjadi ketika tulang mengalami penurunan kekuatan bebannya dan tulang tidak dapat menerima suatu stress normal, yaitu seperti osteoporosis (B.Rahmanto, 2014).

Fraktur kruris adalah terputusnya gabungan antara tulang tibia dan tulang fibula. Secara klinis dapat berbentuk patah tulang terbuka jika disertai dengan kerusakan membran lunak seperti (kulit, jaringan saraf, otot, dan pembuluh darah) kemudian dapat mengharuskan adanya keterkaitan yang terjadi dibagian tulang yang sudah patah dengan udara yang ada diluar serta patah tulang tertutup (Fitrianda, 2013).

2. Etiologi

Penyebab fraktur salah satunya adalah trauma atau tekanan, trauma tersebut dapat disebabkan atas tekanan langsung serta tekanan tidak langsung. Trauma langsung adalah tabrakan yang terjadi pada tulang dan biasanya terjadi pada penderita yang terjatuh dengan posisi miring dan berbenturan pada benda keras (jalanan). Trauma tidak langsung adalah titik tumpu terkena benturan, patah tulang yang terjadi terpisah, seperti terjatuh karena terpeleset dikamar mandi. Dan trauma ringan adalah suatu keadaan yang menyebabkan fraktur jika tulang tersebut sudah mengalami kerapuhan atau fraktur patologis (Ajar, 2019).

Ada penyebab lain dari fraktur yaitu peristiwa tekanan tunggal, tekanan yang berulang dan kelemahan yang terjadi pada tulang (Fitrianda, 2013). Menurut (Fitrianda, 2013) penyebab fraktur yaitu akibat traumatik (cedera langsung, cedera tidak langsung dan tarikan oleh otot) serta disebabkan oleh patologis (tumor tulang jinak atau ganas, infeksi seperti osteomyelitis dan rakhitis).

3. Patofisiologi

Keparahan fraktur tergantung dengan kekuatan yang dapat berdampak mengalami fraktur. Jika suatu tulang yang terkena benturan hanya kecil maka tulang hanya mengalami retak dan tidak patah. Dan jika gaya yang ditimbulkan itu lebih keras atau ekstrem, misalnya kecelakaan tabrakan mobil, maka tulang dapat mengalami fraktur yang parah bahkan sampai tulang dapat terpisah berkeping. Saat terjadinya patah tulang, otot yang menempel dan berhubungan dengan pucuk tulang dapat mengalami gangguan. Otot juga dapat mengalami spasme dan dapat menarik bagian tulang untuk keluar dari posisinya. Otot-otot besar menimbulkan spasme yang kuat serta dapat menggeser tulang yang besar, seperti tulang femur. Meskipun bagian proksimal tulang yang patah tidak pasti pada tempatnya. Tetapi, bagian dari tulang distal dapat mengalami pergeseran karena gaya yang menyebabkan tulang

patah dan spasme pada otot sekitar. Fragmen fraktur juga dapat bergeser ke samping, dan pada membentuk sudut atau dapat terkena tulang yang lain. Fragmen tulang juga bisa memutar atau berpindah (B.Rahmanto, 2014).

Hal ini dapat membuat pembuluh darah di korteks dan sumsum tulang yang patah mengalami gangguan. Patah tulang juga terkadang terjadi cedera pada jaringan lunak. Dan perdarahan juga dapat dijumpai karena cedera pada jaringan lunak atau cedera pada tulang. Pada saluran di sumsum (medula), hematoma dapat terjadi di antara bagian-bagian tulang dan di bawah periosteum. Membran tulang yang ada disekitar tempat patah tulang akan mati serta dapat mewujudkan respon peradangan yang begitu hebat. Fraktur juga akan terjadi atau timbul seperti vasodilatasi, edema, nyeri, kehilangan fungsi, eksudasi plasma dan leukosit, serta infiltrasi sel darah putih. Repons patologis yang timbul merupakan tahap awal mengadiri proses penyembuhan tulang yang patah (B.Rahmanto, 2014).

Cedera pada fraktur cruris ini dapat mengakibatkan tulang terputar atau kepunter dan dapat membuat dampak patah tulang spiral ke tulang kaki dalam derajat sedikit beda. Daya angulasi yang dapat menumbuhkan patah tulang melintang (oblik pendek), kebanyakan terdapat pada derajat yang sama. Cedera yang tidak langsung, yaitu salah satunya adalah fragmen tulang yang bisa menembus kulit. Dan pada cedera yang langsung dapat menembus atau membuat luka pada kulit diatas tulang yang patah. Penyebab yang paling sering mengalami fraktur yaitu kecelakaan motor (B.Rahmanto, 2014).

4. Manifestasi Klinis

Menurut (Martono, 2017) tanda dan gejala dari fraktur yaitu :

- a. Deformitas atau perubahan pada bentuk dan struktur yang disebabkan oleh otot yang ketergantungan fungsionalnya dan kesetimbangan otot.

- b. Bengkak (Penumpukan darah/cairan pada kulit) karena mengalami kerusakan pada pembuluh darah, yang berdasar dari proses vasodilatasi, eksudasi plasma dan leukosit dapat meningkat pada jaringan yang berhubungan dengan tulang.
- c. Spasme otot dapat terjadi karena kecacatan, kekuatan otot yang kerap disebabkan oleh otot yang menekan tulang.
- d. Nyeri disebabkan karena keburukan pada jaringan dan struktur mengalami perubahan yang menumpuk karena tekanan pada sekitar fraktur dan pergerakan pada bagian yang fraktur.
- e. Rasa yang berkurang ada karena adanya gangguan pada saraf, saraf tersebut dapat mengalami kejepit atau terbuka oleh fragmen tulang.
- f. Berkurangnya fungsi normal karena tulang menjadi tidak seimbang, nyeri dan spasme otot.
- g. Pergerakan yang abnormal
- h. Krepitasi, terkadang terjadi karena bagian patah tulang mengalami pergerakan lalu jaringan disekitarnya bisa rusak.

5. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan Diagnostik Menurut (Ajar, 2019) yaitu :

- a. Foto Rontgen
Sinar-X menggambarkan tekstur tulang, kepadatan tulang, erosi dan perubahan ikatan pada tulang. Sinar-X multiple digunakan untuk mengkaji secara lengkap bentuk yang diperiksa. Sinar-X tekstur tulang itu menentukan adanya perubahan dan tanda iregularitas. Sedangkan Sinar-X sendi bisa menentukan terdapat cairan, perubahan, iregularis dan penyempitan pada sendi.
- b. CT- Scan (Computed Tomography)
CT- Scan dapat menunjukkan lebih rinci dari bagian tulang yang terluka dan juga dapat menunjukkan tumor yang ada di jaringan lunak atau yang mengalami cedera ligamen atau pada tendon. CT- Scan juga dapat dipakai untuk melihat tempat serta panjang dari

tulang yang patah dibagian yang sulit untuk dievaluasi, misalnya asetabulum. Pemeriksaan dapat dilakukan atau juga tidak dapat dilakukan tanpa adanya kontras dan pemeriksaan dapat berlangsung kurang lebih satu jam.

c. Angiografi

Angiografi adalah suatu bahan berbentuk kontras radiopak yang disuntikkan kedalam arteri khusus, kemudian diambil foto menggunakan Sinar-X dengan sistem arteri dijadikan pasokan oleh arteri tersebut. Pemeriksaan ini juga bermanfaat untuk melihat perfusi arteri serta dapat dilakukan untuk tingkat amputasi. Perawatan dilaksanakan sesudah tata cara selesai yakni pasien dapat tiduran selama 12-24 jam, ini dilakukan supaya menahan adanya perdarahan arteri area penusukan tersebut. Memantau tanda-tanda vital tempat yang dijadikan penusukan arteri untuk memantau atau melihat adanya tanda infeksi seperti pembengkakan, perdarahan, hematoma (kumpulan darah yang tidak normal diluar pembuluh darah) dan melakukan pengkajian apakah sirkulasi ekstremitas bagian distal tersebut adekuat atau tidak.

d. Artografi

Artografi adalah penyuntikan dengan menggunakan bahan radioopak (udara) yang dimasukkan ke dalam rongga sendi supaya mengamati bagian jaringan lunak serta kontur sendi. Sendi dapat diposisikan seperti pergerakan sambil dilakukan serial sinar-X. Pemeriksaan ini juga bermanfaat untuk melihat adanya sobekan yang akut dan kronik pada kapsul sendi atau ligamen yang menyangga lutut, bahu, pinggul, tumit dan pergelangan tangan. Jika ada suatu sobekan, maka bahan kontras yang dari sendi bakal merembes keluar serta dapat dilihat dari sinar-X. sesudah pemeriksaan ini selesai, sendi diimobilisasikan kurang lebih selama 12-24 jam serta diberikan balut tekan elastis.

e. Artrosentesis (aspirasi sendi)

Artrosentesis dapat dilakukan untuk mendapatkan cairan synovial yang digunakan untuk pemeriksaan yang dapat menghilangkan nyeri karena efusi. Cairan synovial normalnya berwarna jernih, pucat seperti warna jerami, dan isinya sedikit. Cairan tersebut selanjutnya akan diperiksa terkait dengan isinya, warna, kebeningan dan apakah ada bekuan musin. Pemeriksaan ini berguna untuk untuk menentukan diagnosis artritis reumatoid dan atrofi inflamasi dan dapat melihat adanya hemartrosis (perdarahan dalam rongga sendi), yang dapat menyebabkan trauma dan juga perdarahan.

f. Artroskopi

Artroskopi adalah tindakan dengan cara endoskopis yang dapat melihat pandangan langsung kedalam sendi. Pemeriksaan ini biasanya dilakukan dikamar pembedahan dalam keadaan steril dan juga sudah dilakukan injeksi anastesi lokal maupun anastesi umum.

g. Biopsi

Biopsi dilakukan untuk bagian dan tekstur tulang serta synovial digunakan agar menetapkan suatu penyakit spesifik. Tempat biopsi biasanya wajib dipantau secara khusus perihal adanya edema, perdarahan serta nyeri. Setelah dilakukan prosedur tindakan ini kemungkinan memerlukan kompres air dingin yang berguna untuk memantau perdarahan dan edema.

h. Pemeriksaan darah lengkap

Pemeriksaan ini yaitu seperti kadar hemoglobin (Hb). Pemeriksaan kimia darah untuk menunjukkan data terkait keadaan musculoskeletal. Kadar kalsium serum dapat berganti oleh kondisi osteomalasia, fungsi paratiroid, penyakit paget, imobilisasi lama dan juga tumor tulang metastasis.

6. Komplikasi

Fraktur mempunyai komplikasi sebagai berikut :

- a. Komplikasi awal (jangka pendek), yang dapat muncul yaitu syok, infeksi, kerusakan arteri, sindrom kompartemen, nekrosis vaskuler dan fatembolism.
- b. Komplikasi dalam jangka waktu yang panjang, yaitu
 - 1) Delayed union yaitu penggabungan tulang yang mengalami kegagalan dan membutuhkan waktu untuk penyambungan kembali suatu tulang yang patah tersebut.
 - 2) Non Union yaitu fraktur yang membutuhkan penggabungan tulang yang kuat, lengkap dan stabil kurang lebih seama 6-9 bulan lamanya.
 - 3) Malunion yaitu tulang yang awalnya patah dan mengalami penyembuhan yang ditandai dengan deformitas (perubahan bentuk tulang) dan meningkatnya kekuatan tulang tersebut. Malunion biasanya dilakukan proses pembedahan dan imobilisasi yang baik (Fitrianda, 2013).

7. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan Medis Menurut (Freye et al., 2019), diantaranya adalah:

- a. Diagnosis dan Penilaian Fraktur
Pemeriksaan anamnesa serta pemeriksaan radiologi yang dilaksanakan untuk menilai serta melihat bagaimana keadaan tulang yang fraktur. Untuk fraktur pada awalnya harus memperhatikan dimanakah lokasi fraktu, bagaimana bentuk fraktur dan dapat menentukan komplikasi pengobatan yang mungkin muncul atau terjadi.
- b. Reduksi
Reduksi bertujuan untuk memulihkan panjang dan sejajarnya tulang yang nantinya akan diraih dengan cara reduksi terbuka dan reduksi tertutup. Reduksi secara tertutup dikerjakan dengan menggunakan

traksi manual (mekanis) untuk mengembalikan kesejajaran garis normal fraktur dengan cara menarik fraktur tersebut selanjutnya fraktur akan dimanipulasi. Kalau reduksi tertutup mengalami kegagalan atau hasilnya kurang baik dapat dilaksanakan reduksi terbuka. Reduksi terbuka dapat dikerjakan melalui alat fiksasi internal yang berguna menyatukan tulang dan memposisikan tulang seperti semula. Yang digunakan alat fiksasi tersebut adalah kawat, skrup, pen dan plat. Alat yang seperti itu dimasukkan kedalam tulang yang fraktur dengan cara pembedahan ORIF (Open Reduction Internal Fixation). Pembedahan secara terbuka ini tulang yang fraktur diimobilisasi sampai tulang patah akan menyambung kembali seperti awal.

c. Retensi

Retensi pada patah tulang yang tujuannya supaya menahan adanya pergantian pada fragmen tulang dan membatasi pergerakan dapat menghambat penyatuan tulang. Penerapan alat plat fungsinya agar meluruskan ekstremitas menderita patah.

d. Rehabilitasi

Rehabilitasi bertujuan untuk kembalinya gerakan fungsional dari tulang secara maksimal. Setelah dilakukan pembedahan pasien yang mengalami fraktur tersebut biasanya membutuhkan bantuan untuk melakukan latihan.

Latihan rehabilitasi Menurut (Freye et al., 2019) dibagi menjadi 3 yaitu :

1) Gerakan pasif

Tujuannya menolong pasien agar dapat meluruskan gerak sendi serta dapat menangkal adanya penempelan kontraktur pada jaringan lunak, untuk menangkal timbulnya strain yang lebih pada otot sudah di perbaiki pasca pembedahan.

2) Gerakan aktif terbantu

Dapat dikerjakan untuk meningkatkan pergerakan serta dapat mempertahankan pergerakan, biasanya dapat dilakukan dengan bantuan tongkat atau kruk.

3) Latihan penguatan

Latihan penguatan yaitu latihan yang dilakukan secara aktif yang tujuannya untuk otot menjadi lebih kuat. Latihan penguatan ini biasanya dilakukan jika jaringan lunak yang rusak sudah pulih dan biasanya pulihnya sekitar 4-6 minggu selesai dilakukan pembedahan dapat dilaksanakan pada pasien penderita gangguan pada bagian ekstremitas atas.

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian Menurut (Fitrianda, 2013) meliputi :

a. Anamnesis

1) Identitas klien

Identitas klien seperti nama, usia, jenis kelamin, pendidikan, alamat, agama, pekerjaan, suku bangsa, tanggal masuk rumah sakit serta diagnosa medis (Fitrianda, 2013). Biasanya yang rentang mengalami fraktur adalah perempuan yang berusia lebih dari 45 tahun dan laki-laki jarang mengalami fraktur, hal ini disebabkan karena perempuan mengalami perubahan hormon, hormone tersebut adalah hormone yang menyebabkan perempuan mengalami menopause, dimana perempuan yang mengalami menopause yaitu perempuan yang berusia tua yang cenderung mengalami osteoporosis (Fitrianda, 2013).

2) Keluhan Utama

Pada proses pembedahan akan menyebabkan nyeri yang dirasakan pada luka yang sudah di insisi dan dapat merangsang berbagai mediator kimia antara lain histamin, prostaglandin,

asetilkolin dan bradikinin nantinya bisa meningkatkan rasa sensitifitas nyeri juga memicu rasa nyeri muncul (Fitrianda, 2013), anestesi digunakan pada preses pembedahan yang fungsinya untuk penghambatan konduksi saraf secara langsung sehingga dapat dijadikan metode pengontrol nyeri (Fitrianda, 2013). Obat anestesi yang sudah diberikan akan hilang dan menjadikan klien yang sudah dasar pasca menjalani operasi akan mengalami nyeri yang hebat meskipun itu sudah diberikan obat anti nyeri (Fitrianda, 2013). Sehingga keluhan utama klien dengan post op fraktur cruris adalah nyeri (Fitrianda, 2013).

Menurut (Fitrianda, 2013) pengkajian nyeri menggunakan PQRST antara lain adalah :

a) Provoking Incident

Apakah peristiwa penyebab nyeri, apakah keluhan nyeri berkurang jika klien beristirahat, apakah nyeri yang dirasakan lebih sakit jika melakukan aktivitas, aktivitas mana yang dapat menjadikan nyeri bertambah (apakah pada saat bersin, batuk, berjalan dan berdiri). Pada umumnya nyeri yang dirasakan akan bertambah sakit jika ada gerakan setempat dan berkurang apabila melakukan istirahat (Fitrianda, 2013).

b) Quality of Pain

Bagaimana nyeri dirasakan oleh klien (apakah seperti berdenyut tajam, tertusuk-tusuk, atau seperti terbakar) (Fitrianda, 2013).

c) Region, radiation, relief

Dimanakah lokasi nyeri yang dirasakan oleh klien, apakah rasa nyeri yang dirasakan terkadang mereda, apakah rasa nyeri menyebar, dan dimana rasa nyeri yang dirasakan (Fitrianda, 2013).

d) Severity (scale) of Pain

Berapa hebatnya nyeri dirasakan oleh klien, dapat menggambarkan skala nyerinya dan juga dapat menjelaskan seberapa hebat rasa nyeri yang dirasakan sehingga dapat mempengaruhi fungsinya (Fitrianda, 2013).

e) Time

Seberapa lama nyeri yang dirasakan klien berlangsung, kapan dan apakah jika malam hari atau siang hari rasa nyeri bertambah lebih buruk (Fitrianda, 2013).

3) Riwayat Kesehatan

a) Riwayat penyakit sekarang

Mengkaji bagaimana keadaan trauma yang dapat berdampak pada patah tulang kruris, pertolongan apa yang sudah didapatkan oleh klien, apakah sebelumnya berobat kepengobatan alternatif. Dengan perawat mengerti tentang kejadian kecelakaan maka perawat bisa memahami tentang luka kecelakaan lainnya. Trauma pada lutut berindikasi terhadap patah tulang tibia proksimal. Biasanya tekanan angulasi dapat menumbuhkan patah tulang tipe konversal yang biasanya disebut oblik pendek, sementara itu, trauma rotasi dapat menumbuhkan bentuk yang spiral. Penyebab mengalami patah tulang yaitu kecelakaan lalu lintas (Fitrianda, 2013).

b) Riwayat penyakit dahulu

Kasus pada klien yang pernah berobat pada dukun patah tulang biasanya terjadi komplikasi malunion. Penyakit lain yaitu kanker pada tulang dapat menimbulkan patah tulang patologis dan akibatnya tulang susah untuk menyambung kembali. Klien yang mempunyai penyakit diabetes ada luka di kaki itu berdampak menderita osteomielitis akut juga kronik, penyakit diabetes juga dapat menunda penyembuhan

pada tulang (Fitrianda, 2013). Selain itu yang harus dikaji adalah adanya riwayat osteoporosis, yang disebabkan oleh angka kejadian fraktur karena osteoporosis berdasarkan jenis kelamin yaitu diantara laki-laki dan perempuan (Fitrianda, 2013).

c) Riwayat penyakit keluarga

Penyakit dalam keluarga bisa berkaitan juga penyakit pada tulang adalah salah satunya dari faktor predisposisi keadaan patah tulang, misalnya diabetes, osteoporosis ini sering didapatkan pada sebagian keturunan, kanker tulang biasanya dapat diturunkan secara genetik (Freye et al., 2019).

d) Riwayat psikososial

Adalah respon emosional klien tentang penyakit yang sedang dideritanya serta peranan klien terhadap keluarga, masyarakat sekitar serta respon terhadap pengaruh kehidupan sehari-hari (Freye et al., 2019).

4) Pola-pola Kesehatan

Perawat harus mengerti tentang pola dan fungsi kesehatan yang ada pada proses keperawatan pada klien yang mengalami patah tulang kruris, antara lain :

a) Pola Persepsi dan Tata laksana

Kasus patah tulang ini, klien sering cemas bisa menderita kecatatan. Sebab itu, klien dapat menjalani pemeriksaan penatalaksanaan kesehatan yang fungsinya pemulihan pada tulang. Selain hal itu, perawat dapat melakukan pengkajian seperti, kebiasaan kehidupan klien meliputi konsumsi obat steroid yang bisa menghambat metabolisme pada kalsium yang mengkonsumsi alkohol yang nantinya bisa mengganggu keseimbangan pada klien, apakah klien setiap hari berolahraga (Fitrianda, 2013). Ada tindakan lain yang dapat mengatasi nyeri pada klien yang mengalami

fraktur dapat dilakukan dengan menggunakan 2 tindakan yaitu tindakan pemberian terapi farmakologi dan non farmakologi. Untuk pemberian terapi farmakologi klien biasanya mendapatkan injeksi atau obat oral untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan, sedangkan untuk terapi non farmakologi biasanya perawat melakukan atau mengajarkan teknik relaksasi, Teknik disraksi, hipnosis diri dan melakukan mesase (Fitrianda, 2013).

b) Pola Nutrisi dan Metabolisme

Klien yang mengalami patah tulang makan makanan yang nutrisinya baik untuk kebutuhan harian, contohnya protein, kalsium, zat besi, juga hal yang lain yang dapat mendukung proses pengobatan pada tulang. Nutrisi klien dievaluasi untuk dapat membantu menetapkan masalah yang terjadi pada muskuloskeletal dan untuk menangkai terjadinya masalah dari nutrisi yang tidak bagus, utamanya pada protein serta kalsium. Tubuh kekurangan sinar matahari adalah faktor predisposisi terjadinya gangguan muskuloskeletal terutama terjadi pada lansia. Selain itu yang menghalangi degenerasi adalah obesitas dan aktivitas klien (Fitrianda, 2013). Pada klien fraktur tidak terjadi penurunan nafsu makan, meskipun menu yang diberikan berubah dan dirumah sakit menu yang diberikan disesuaikan dengan penyakit dan diet yang dilakukan oleh klien (Fitrianda, 2013).

c) Pola Eliminasi

Pada kasus patah tulang cruris, tiada gangguan eliminasi, namun harus dikaji seperti, jumlah, warna, konsistensi dan baunya (B.Rahmanto, 2014).

d) Pola Istirahat dan tidur

Klien yang mengalami fraktur biasanya merasakan nyeri yang hebat, dan klien juga mengalami gerakan yang terbatas

sehingga pola tidur dan istirahat klien fraktur terganggu. Selain itu, perawat harus mengkaji pada rentang tidur klien, kebiasaan tidur klien, kesulitan tidur, suasana lingkungan dan apakah klien mengkonsumsi obat tidur (B.Rahmanto, 2014).

e) Pola Aktivitas dan Latihan

Nyeri yang ditimbulkan klien pada kasus fraktur menimbulkan keterbatasan gerak dan kegiatan klien menjadi menurun serta yang dibutuhkan klien perlu pertolongan orang lain. Hal ini harus dikaji yaitu aktivitas klien dan mobilisasi yang dilakukan klien (Freya et al., 2019).

f) Pola Hubungan dan Peran

Klien yang mengalami fraktur perannya berkurang dalam keluarga serta masyarakat dikarenakan klien melakukan perawatan dirumah sakit (Freya et al., 2019).

g) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Klien yang mengalami patah tulang biasanya akibat yang timbul adalah merasa takut bisa terjadi kecacatan, cemas yang berlebih dan tidak mampu melakukan aktivitas secara optimal seperti sebelumnya serta pandangan dirinya itu salah (Freya et al., 2019).

h) Pola Sensori dan Kognitif

Klien yang mengalami daya raba pada sensori akan menurun yang utama pada bagian tulang yang mengalami patah tulang, sementara itu, pada indera lain tidak mengalami gangguan sensori begitupun kognitifnya juga belum menderita gangguan (Freya et al., 2019).

Untuk mengetahui bagaimana pengetahuan pasien terhadap penyakit yang sedang dialaminya saat ini dan untuk mengukur skala nyeri yang dirasakan pasien harus dilakukan pengkajian skala nyeri yaitu menanyakan riwayat keluhan

nyeri, lamanya keluhan nyeri yang dirasakan, lokasi atau sumber nyeri, derajat atau skala nyeri yang dirasakan dan kapan keluhan nyeri itu timbul.

i) Pola Reproduksi Seksual

Klien yang mengalami fraktur belum memenuhi hubungan seksual karena klien melakukan rawat inap, gerak klien mengalami keterbatasan serta merasakan nyeri. Dari yang dirasakan tersebut, klien harus dikaji status perkawinan seperti berapa anaknya dan lamanya perkawinan (Freye et al., 2019).

j) Pola Penanggulangan Stress

Perasaan yang dialami oleh klien seperti cemas, takut, marah, dan faktor-faktor stress multiple diantaranya, gaya hidup, hubungan yang tidak baik dan masalah finansial (Freye et al., 2019).

5) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan Umum

Tanda-tanda yang harus ditulis adalah keadaan kesadaran klien seperti *composmentis*, *apatis*, gelisah, *spoor*, koma tergantung pada keadaan klien masing-masing.

b) Pemeriksaan Kepala sampai leher

Pada umumnya klien dengan fraktur kruris pemeriksaan yang dilakukan pada bagian kepala sampai leher biasanya tidak mengalami gangguan.

c) Sistem Integument

Perhatikan adanya pembengkakan atau tidak, pada bagian ini biasanya sering terjadi fraktur terbuka oleh karena itu sering dijumpai ada tanda trauma pada jaringan lunak hingga dengan rusaknya pada integritas kulit.

d) Sistem Pernapasan

Klien yang mengalami fraktur cruris biasanya tidak menderita kelainan pada pernafasan. Pada pemeriksaan palpasi dada simetris. Auskultasi tidak mendengar suara tambahan.

e) Sistem Kardiovaskuler

Pada pemeriksaan inspeksi tidak ada iktus jantung. Pemeriksaan palpasi nadi lebih meningkat. Auskultasi biasanya tidak ada suara murmur pada jantung.

f) Sistem Pencernaan

Inspeksi pada abdomen simetris, abdomen datar. Palpasi tidak terdapat defans muscular. Perkusi ada pantulan gelombang cairan. Dan auskultasi terdengar suara usus normal.

g) Sistem Persyarafan

Status mental klien diobservasi pada penampilan dan perilaku klien. Status mental klien biasanya tidak merasakan adanya perubahan.

h) Sistem Musculoskeletal

Pada pemeriksaan ini harus dilakukan dan harus dikaji apakah ada nyeri tekan, panas, kemerahan dan edema pada ekstremitas bawah.

i) Sistem Integument, Imunitas dan Kuku

Warna kulit dan kondisi luka yang dialami klien.

j) Hasil laboratorium

k) Infeksi atau peradangan biasanya ditandai dengan laju endap darah, kerusakan pada sel dapat disebabkan oleh peningkatan pada serum kreatinin dapat menunjukkan bahwa adanya trauma pada otot, distrofi otot progresif dan meningkatnya SGOT (Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase) biasanya banyak ditemukan di ginjal,

jantung, otak otot dan hati. SGOT tersebut dapat menunjukkan adanya trauma pada otot skeletal dan adanya distrofi pada otot progresif (Fitrianda, 2013).

2. Diagnosa Keperawatan dan Fokus Intervensi

(SDKI dan SIKI)

- 1) Nyeri berhubungan dengan Agen Pencedera fisik **(SDKI D.0077 Hal. 172)**

Intervensi (SIKI I.08238 Hal. 201) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2017).

- a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
 - b) Identifikasi skala nyeri
 - c) Berikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Tarik Nafas Dakam)
 - d) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
- 2) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang **(SDKI D.0054 Hal. 124)**

Intervensi (SIKI I.05173 Hal. 30) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2017).

- a) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
 - b) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
 - c) Anjurkan melakukan mobilisasi dini
 - d) Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (duduk ditempat tidur).
- 3) Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur **(SDKI D.0055 Hal.126)**

Intervensi (SIKI I.05174 Hal. 48) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2017).

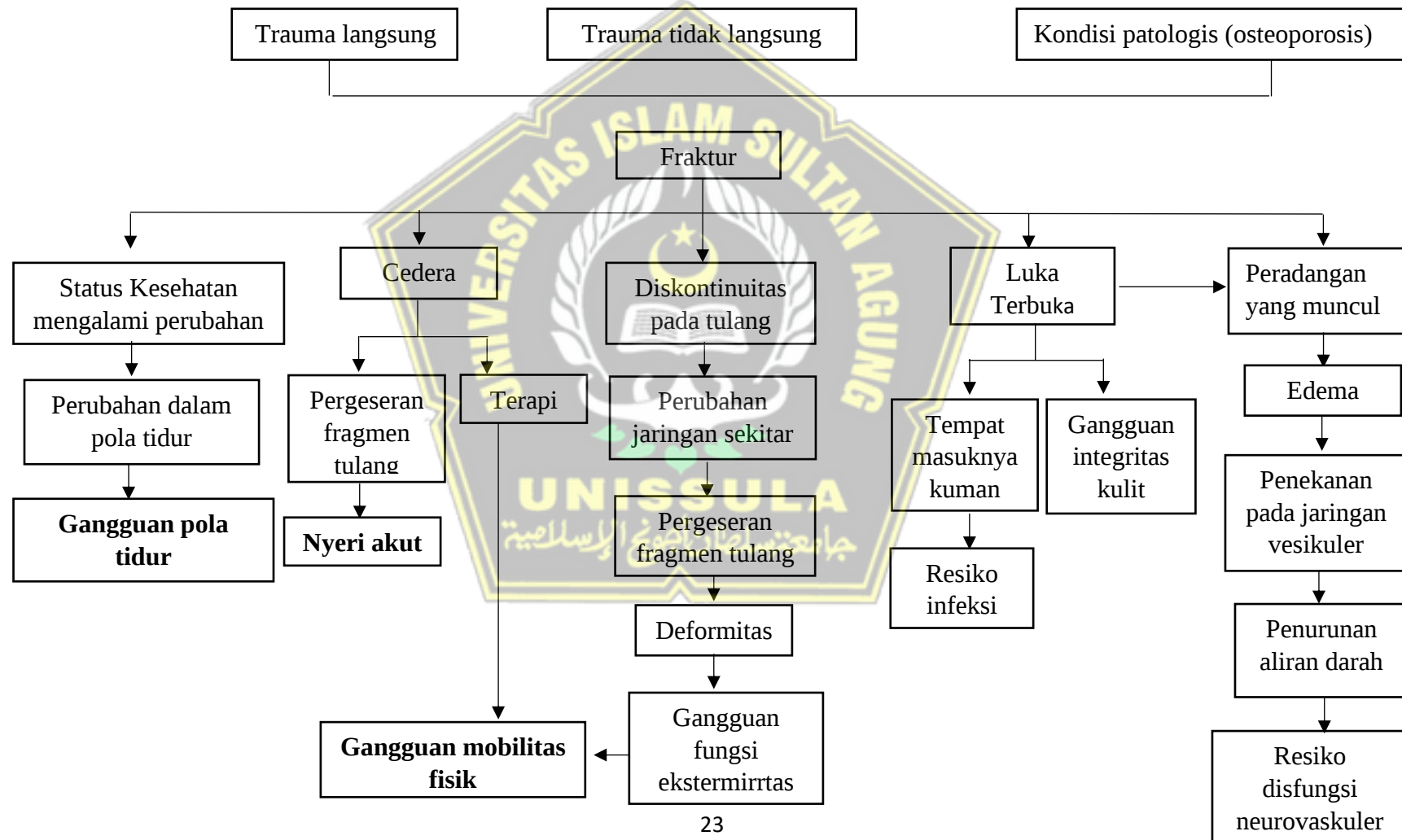
- a) Identifikasi pola aktivitas dan tidur
- b) Identifikasi factor pengganggu tidur

- c) Tetapkan jadwal tidur rutin
- d) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
- e) Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur



C. Pathways

(B.Rahmanto, 2014)



D. Cara Mengukur Skala Nyeri

Menurut (Tjahya, 2017) cara untuk mengukur skala nyeri yaitu :

1. Visual Analog Scale (VAS)

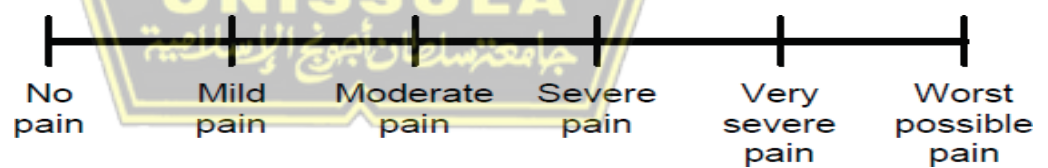
Visual Analog Scale (VAS) yaitu cara yang cukup besar dan paling mudah mengukur skala nyeri. Nyeri digambarkan pada garis sepanjang 10 cm dan ujung angka yang satu menggambarkan tidak adanya nyeri yang dirasakan, sedangkan ujung angka yang lainnya menggambarkan nyeri yang sangat parah.



Gambar 2. 1 Visual Analog Scale (VAS)

2. Verbal Rating Scale (VRS)

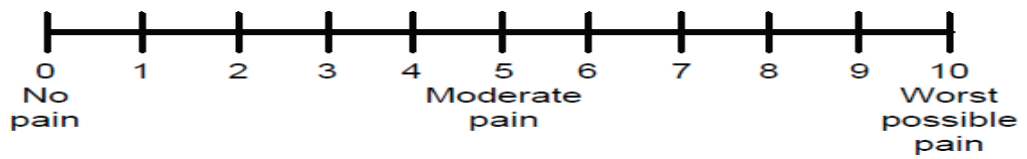
Yaitu penilaian skala nyeri dengan memakai angka 0-10 untuk menggambarkan tingkat nyeri. Penilaian skala nyeri ini bermanfaat untuk pasien pasca pembedahan atau post op.



Gambar 2. 2 Verbal Rating Scale (VRS)

3. Numeric Rating Scale (NRS)

Penilaian skala NRS dapat dilakukan dengan sederhana dan mudah untuk dimengerti dan dibagi menjadi 3 bagian yaitu no pain yang menunjukkan angka 0, moderat pain menunjukkan angka dari 1-5 dan yang terakhir worst possible pain menunjukkan angka dari 6-10.



Gambar 2. 3 Numeric Rating Scale (NRS)

4. Wong Baker Rating Scale

Penilaian skala ini dipakai pasien dewasa dan anak > 3 tahun yang tidak bisa mengekspresikan nyeri yang dirasakan menggunakan skala angka.



Gambar 2. 4 Wong Baker Rating Scale

BAB III

LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN

A. Pengkajian

Pengkajian yang dilakukan pada Tn.S pada tanggal 13 Februari 2021 pukul 15.00 WIB, dengan melakukan wawancara secara langsung terhadap pasien dan keluarganya, kemudian melakukan observasi secara langsung pada pasien pada saat melakukan pemeriksaan fisik, dan dengan cara melihat data dari rekam medik seperti hasil laboratorium, terapi apa yang didapat oleh pasien, hasil radiologi dan melihat catatan perkembangan pasien serta melakukan penilaian skala nyeri pasien, Tn.S berusia 46 tahun, berjenis kelamin laki-laki, pendidikan SMP, pasien masuk ke rumah sakit pada tanggal 11 Februari 2021 pukul 23.30 WIB. Pasien masuk rumah sakit karena mengalami kecelakaan di pelabuhan ketika ingin berangkat kerja jalan rayanya banjir dan rusak pasien menghindari jalan yang rusak, kemudian pasien dibawa ke RSI Sultan Agung Semarang.

1. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama

Pasien mengatakan nyeri pada kaki sebelah kanan setelah dilakukan operasi pemasangan ORIF dikakinya.

b. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien mengatakan mengalami kecelakaan ketika berangkat kerja menghindari jalan yang rusak kemudian dibawa ke RSI Sultan Agung Semarang dari data pemeriksaan yang didapatkan pasien mengalami fraktur cruris dextra kemudian mendapatkan tindakan operasi pemasangan ORIF pada tanggal 12 Februari 2021 pukul 09.00 WIB.

c. Riwayat Kesehatan Lalu

Pasien Tn.S tidak mempunyai penyakit sebelumnya dan tidak pernah dirawat di rumah sakit sebelumnya, pasien tidak pernah mengalami kecelakaan dan kecelakaan kemarian adalah kecelakaan pertama yang dialami oleh pasien, pasien juga tidak alergi dengan obat-obatan dan pasien sudah lupa dengan imunisasi yang pernah dilakukan waktu kecil.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien Tn.S adalah anak ke3 dari 3 bersaudara sedangkan istrinya adalah anak ke5 dari 5 bersaudara, Tn.S dan istrinya memiliki 2 anak laki laki semua, keluarga pasien tidak ada yang memiliki penyakit seperti yang dialami pasien saat ini dan keluarga pasien juga tidak sedang menderita penyakit yang sedang diderita oleh pasien.

e. Riwayat Kesehatan Lingkungan

Tn.S tinggal didaerah perkampungan rumah dan lingkungan sekitar bersih, dan rumah pasien jauh dari jalan raya, jauh dari ancaman bahaya.

2. Pengkajian Pola Kesehatan Fungsional Menurut Gordon (Data Fokus)

a. Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Tn.S mengatakan bahwa kesehatannya itu penting, maka pasien selalu menjaga pola makan serta kalau sakit pasien berobat kedokter, sebelum sakit Tn.S bekerja sebagai karyawan pabrik dan sering jalan-jalan pagi hari, selama dirawat pasien tidak lagi bekerja dan tidak dapat melakukan jalan-jalan pagi lagi karena ingin fokus pada pengobatan dan kesembuhan yang dilajani saat ini.

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

Tn.S mengatakan sebelum sakit pola makan teratur yaitu 3x sehari dengan lauk yang seadanya, tidak ada pantangan atau makanan tertentu yang tidak boleh dimakan, Tn.S tidak mengalami gangguan

menelan maupun mengunyah, BB 70Kg, selama dirawat Tn.S makannya juga teratur 3x sehari dan minum susu yang didapatkan dari rumah sakit, BB pasien tidak mengalami penurunan.

c. Pola Eliminasi

Tn.S mengatakan sebelum sakit BAB normal 1x sehari dengan konstipasi padat dan warnanya kuning, BAK lancar tidak ada gangguan 4x sehari dan warnanya kuning, selama dirawat BAB 1x sehari tetapi mengalami kesulitan untuk BAB sendiri karena Post Operasi fraktur cruris yang dialami oleh pasien takut untuk turun dari Kasur, BAK lancar dan tidak mengalami gangguan.

d. Pola Aktivitas dan Latihan

Tn.S mengatakan sebelum sakit pasien bekerja sebagai karyawan dipabrik dan pasien kalau pagi melakukan jalan-jalan pagi di depan rumahnya, tidak ada kesulitan dalam melakukan aktivitas, tidak ada keluhan pada pergerakan tubuhnya, tidak merasakan sesak nafas ketika setelah melakukan aktivitas, selama dirawat pasien tidak kerja hanya istirahat dan membatasi pergerakan karena ketika sering bergerak akan menimbulkan atau merasakan nyeri.

e. Pola Istirahat dan Tidur

Tn.S mengatakan sebelum sakit tidurnya teratur dan tepat waktu, tidak ada kesulitan tidur, tidurnya nyaman dalam sehari tidur 8 jam, selama dirawat tidurnya tidak teratur, sering kebangun karena merasakan nyeri.

f. Pola Kognitif – Perseptual Sensori

Tn.S mengatakan tidak ada keluhan dalam penglihatan dan pendengaran, tidak memiliki gangguan dalam mengingat dan memahami saat diajak bicara, selama dirawat pasien mengatakan nyeri setelah dilakukan tindakan operasi pada kaki kanannya P : ketika dibuat bergerak, Q : seperti tertusuk-tusuk, R : kaki sebelah kanan, S : 5, T : hilang timbul. Untuk menggambarkan skala nyeri

yang dirasakan menggunakan penilaian skala nyeri Wong Baker Rating Scale.



Gambar 3 1 Wong Baker Rating Scale

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

1) Persepsi Diri

Tn.S mengatakan ingin segera pulih dan dapat beraktivitas seperti biasanya.

2) Konsep Diri

a) Citra diri/ body image

Tn.S mengatakan tubuhnya lengkap tetapi pasien memerlukan bantuan untuk beraktivitas.

b) Identitas

Didapatkan data pasien seorang suami dan ayah bagi anak-anaknya, puas karena bisa hidup bersama keluarganya.

c) Peran

Didapatkan data dari Tn.S seorang karyawan pabrik dan seorang suami serta ayah bagi anak-anaknya.

d) Ideal diri

Didapatkan data dari Tn.S berharap cepat sembuh dan dapat beraktivitas seperti biasanya.

e) Harga diri

Didapatkan data dari Tn.S dipandang istrinya beliau adalah suami yang baik.

f) Pola Mekanisme Koping

Tn.S mengatakan apabila ada masalah selalu dipecahkan dengan istri dan anaknya dan ketika pengambilan keputusan dibantu oleh istrinya.

g) Pola Seksual-Reproduksi

Tn.S mengatakan sebelum sakit paham dan mengerti tentang fungsi seksual, tidak ada masalah saat melakukan aktivitas seksual, tidak terdapat tumor pada system reproduksi, selama dirawat pasien tidak dapat melakukan hubungan seksual dengan istrinya dan pasien tidak pernah mempunyai riwayat pemeriksaan genologi.

h) Pola Peran-Berhubungan dengan Orang Lain

Tn.S mengatakan sebelum sakit berhubungan baik terhadap orang lain dan berkomunikasi dengan baik kepada orang lain, selama dirawat pasien saat ada masalah meminta bantuan istrinya dan tidak ada kesulitan dalam keluarga.

i) Pola Nilai dan Kepercayaan

Tn.S mengatakan pasien memeluk agama islam sebelum sakit pasien selalu sholat 5 waktu, selama dirawat pasien jarang melakukan sholat 5 waktu sholat pasien bolong-bolong.

3. Pemeriksaan Fisik (Head To Toe)

Hasil pengkajian pemeriksaan fisik pada Tn.S Post opp ORIF fraktur cruris dextra hari pertama didapatkan Kesadaran pasien composmentis (pasien sadar penuh) GCS : E : 4 M : 6 V : 5 = 15, penampilan pasien tampak kooperatif. Pemeriksaan tanda-tanda vital dengan hasil TD : 142/73 mmHg, S : 37,9°C, N : 90x/ menit, RR : 20x/ menit.

Bentuk kepala : masocephal, rambut lurus, warna hitam, bersih tidak ada ketombe, Mata : bentuk simetris kanan dan kiri, sclera tidak ikhterik, konjungtiva tidak anemis, tidak ada alat bantu penglihatan, Hidung : bentuk simetris, tidak ada secret, tidak ada nafas cuping hidung, Telinga

: bentuk simetris, tidak ada penumpukan serumen, fungsi pendengaran baik, tidak menggunakan alat bantu pendengaran.

Pemeriksaan Dada yaitu yang pertama Jantung , Inspeksi : simetris, ictus cordis tidak tampak, Palpasi : ictus kordis teraba di ICS ke 5, Perkusi : suara pekak, Auskultasi : suara jantung terdengar s1 lup dan s2 dup (lup du lup dup).

Pemeriksaan Paru-paru, Inspeksi : simetris antara paru kanan dan kiri, Palpasi : tidak ada nyeri tekan, Perkusi : suara sonor, Auskultasi : suara nafas vasikuler.

Pemeriksaan Abdomen, Inspeksi : simetris, datar, tidak ada luka, Palpasi : terdengar bising usus normal dan tidak ada nyeri tekan, Perkusi: suara timpani, Auskultasi : Tidak ada massa.

Pemeriksaan Genetalia : pasien berjenis kelamin laki-laki, tidak terpasang kateter.

Pemeriksaan Ekstremitas Atas dan Bawah : lengan kiri terpasang infus, kulit bersih, berwarna sawo matang, tidak ada edema dan ekesremitas bawah kaki yang sebelah kanan diperban dan sedikit bengkak, terdapat luka bekas jahitan dan menggunakan alat bantu untuk berjalan, Capiralarry refil : jika kuku ditekan maka kembali normal kurang dari 2 detik, Kemampuan berfungsi : otot tidak ada gangguan dan gerka kaki ada gangguan karena pasca operasi.

Pemeriksaan Kulit : terdapat jahitan pada kaki kanan, ridak ada kerusakan jaringan.

4. Data Penunjang

a. Hasil pemeriksaan penunjang

1) Laboratorium

No. Rm : 01426263	Lab No. : 21008991
Nama : Tn.S	Hal : 1/1
Alamat : Betokan rt1/3	Jenis pasien : Umum
Betokan Demak	Tgl periksa : 12-02-2021

Tgl lahir/ Usia : 07-12-1974/ 46/ Laki-laki		Waktu sampling : 12-02-2021		
Ruang : Baitussalam 2		Waktu cetak : 12-02-2021		
Dokter : Dimas Febrianto				
Pemeriksaan klinis : -				
Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Ket
Hematologi				
Darah rutin 1				
Hemoglobin	L 13.1	13.2-17.3	g/dL	
Hematokrit	29.0	33.0-45.0	%	
Leukosit	H 11.0	3.80-10.60	ribu/ μ L	
Trombosit	244	150-440	ribu/ μ L	
Catatan : -				

Tabel 3 1 Hasil Laboratorium

2) Laboratorium Klinik

Hasil Pemeriksaa Laborat Klinik	
No. Rm : 01426263	Lab No. : 21008957
Nama : Tn.S	Hal : 1/2
Alamat : Betokan rt1/3	Jenis pasien : Umum
Betokan Demak	Tgl periksa : 12-02-2021 03:47
Tgl/ Usia : 07-12-1974/ 46/ Laki-laki	Waktu sampling : 12-02-2021 03:51
Ruang : Unit IGD	Waktu cetak : 12-02-2021 04:07
Dokter : Yolinda candra aritya	
Ringkasan : Fraktur cruris	

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Ket
Hematologi				
Darah rutin 1				
Hemoglobin	15.2	13.2-17.3	g/dL	
Hematokrit	H 45.3	33.0-45.0	%	
Leukosit	H 12.44	3.80-10.60	ribu/ μ L	
Trombosit	264	150-440	ribu/ μ L	
Gol. Darah/RH A/ positif				
PPT	10.0	9.3-11.4	detik	
PT	11.5	9.1-12.3	detik	
PT (kontrol)				
APTT				
APTT	22.2	21.8-28.4		
APTT (kontrol)	27.1	21.0-28.4		
Kimia klinik				
Glukosa				
Darah Sewaktu	H. 115	75-110	mg/dL	
Ureum	26	10-50	mg/dL	
Creatinine	0.86	0.70-1.30		
CPR kuantitatif	2.85			
Elektrolit (Na, K,Cl)				
Natrium (Na)	13.6	135-147	mmol/L	

Tabel 3 2 Hasil Laboratorium Klinik

3) Laboratorium

Hasil Pemeriksaan Laboratorium Klinik				
No. Rm : 01426262		Lab No. : 21008957		
Nama : Tn.S		Hal : 1/2		
Alamat : Betokan rt1/3		Jenis pasien : Umum		
Betokan Demak		Tgl periksa : 12-02-2021		
Tgl lahir/ usia : 07-12-1974/		Waktu sampling : 12-02-2021		
46/ Laki-laki		Waktu cetak : 12-02-2021		
Ruang : IGD				
Dokter : Yolanda Candra Arintya				
Ringkasan klinik : Fraktur cruris terbuka				
Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Ket
Kalium (K)	L 3.40	3.5-5.0		
Clorida (Cl)	H 106.0	95-105		
IMUNOLOGI				
HBsAg				
(Kuantitatif)	Non Reaktif	Non reaktif		

Tabel 3 3 Hasil Laboratorium

4) Pemeriksaan Radiologi

No Rm. : 01426263	Ruang : Baitus salam 2
Nama : Tn.S	Kelas : Kelas II
Jenis Kelamin/ Umur : Laki-laki/ 46Th-2bln-6Hr	Dr. pengirim : Dimas
	Tgl pemeriksaan : 13/02/2021
	Tgl hasil : 13/02/2021

Alamat : Betokan rt1/3 betokan Demak	Jenis pasien : Umum
Extremitas Bawah Besar (Non Kontras) Yth. Tn.S X FOTO CRURIS DEXSTRA AP LAT Dibandingkan dengan foto tanggal 12/02/2021 Terpasang plat dan screw di 1/3 distal os tibia fibula dekstra, kedudukan baik Alaignment dan aposisi fraktur tibia et fibla lebih baik Tak tampak dislokasi/ sublukasi Tak tampak osteomyelitis Soft tissue baik	

Tabel 3 4 Hasil Pemeriksaan Radiologi

- b. Diit yang diperoleh
Tn.S memperoleh Diit Nasi dan minum susu serta air putih yang banyak.
- c. Terapi yang didapatkan dan analisisnya
Tn.S memperolehh terapi antara lain :
 - 1) RL 20 tpm
 - 2) Ceftriaxone 1gr (Injeksi) diberikan 2x1 sehari
 - 3) Ketorolac 1 Amp 30ml (Injeksi) diberikan 3x1 sehari
 - 4) Cefixime 100 mg (Peroral) 2x1 sehari (Untuk pulang)
 - 5) Cal-95 6 kaplet (Peroral) 1x1 sehari (Untuk pulang)
 - 6) Asam mefenamat 250 mg (Peroral) 2x1 sehari.

B. Analisa Data dan Diagnosa Keperawatan

Data ditemukan pada saat melakukan Analisa data pada tanggal 13 Februari 2021 pukul 15.00. Di dapatkan data subjektif pertama : pasien

mengatakan nyeri pada kaki sebelah kanan karena post operasi P : nyeri dirasakan saat bergerak, Q: seperti tertusuk-tusuk, R : kaki sebelah kanan, S : skala 5, T : hilang timbul. Data objektif didapatkan pasien tampak meringis merasakan nyeri dan hasil pemeriksaan tanda-tanda vital yaitu TD:142/73 mmHg, N : 90x/ menit, S : 37,9 °C, RR : 20x/ menit. Dari data tersebut maka dapat ditegakkan diagnosa keperawatan **Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan mengeluh nyeri pada kaki kanan.**

Analisa data yang kedua, didapatkan data subjektif : pasien mengatakan tidak bisa berjalan dan aktivitas pasien terbatas. Data objektif : pasien tampak berbaring di bed, pasien tampak lesu, aktivitas pasien terbatas. Dari data tersebut maka dapat ditegakkan diagnosa keperawatan **Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Kerusakan integritas struktur tulang dibuktikan dengan nyeri saat bergerak.**

Data fokus yang ketiga, data subjektif : pasien mengatakan tidurnya tidak teratur dan pasien sering terbangun karena nyeri yang dirasakan muncul. Data objektif : pasien tampak kurang tidur dan lesu, dari pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan TD : 142/73 mmHg, N : 90x/ menit, S : 37,9°C, RR : 20x/ menit. Dari data tersebut maka dapat ditegakkan diagnosa keperawatan **Gangguan pola tidur berhubungan dengan Kurang kontrol tidur dibuktikan dengan mengeluh sering terjaga.**

C. Planning/ Intervensi Keperawatan

Tahap ini merupakan tahapan keperawatan yang digunakan untuk merencanakan tindakan keperawatan yang akan dilakukan.

Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik dibuktikan dengan Mengeluh nyeri pada kaki kanan. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan keluhan nyeri berkurang dengan kriteria hasil : keluhan nyeri menurun dari 5 menjadi 2, meringis yang dirasakan menurun dan gelisah yang dirasakan menurun. Intervensi antara

lain identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, berikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Tarik nafas dalam) dan kolaborasi pemberian analgetik.

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Kerusakan integritas struktur tulang dibuktikan dengan nyeri saat bergerak. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan kemampuan dalam gerakan fisik dilakukan pasien secara mandiri dengan kriteria hasil : kekuatan otot meningkat, nyeri menurun, dan Gerakan terbatas menurun. Intervensi antara lain identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan menggunakan alat bantu (kruk), anjurkan melakukan mobilisasi dini, ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (latihan duduk).

Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur dibuktikan dengan mengeluh sering terjaga. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan tidur pasien menjadi efektif dengan kriteria hasil : keluhan sulit tidur menurun, keluhan sering terjaga menurun, keluhan tidak puas tidur menurun. Intervensi antara lain identifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur, tetapkan jadwal tidur rutin, anjurkan menempati kebiasaan waktu tidur, jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, anjurkan menghindari makanan dan minuman yang mengganggu tidur.

D. Implementasi

Intervensi telah disusun berdasarkan masalah yang sudah ada, kemudian melakukan Implementasi sebagai tindakan lanjut dari proses asuhan keperawatan pada Tn.S. Implementasi dilakukan untuk mengatasi masalah yang dirasakan pasien pada tanggal 13 Februari 2021.

Implementasi hari pertama tanggal 13 Februari 2021 yaitu :

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan mengeluh nyeri pada kaki kanan. Pukul 15.00 WIB mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri didapatkan data pasien mengatakan kakinya nyeri seperti tertusuk-tusuk, pasien tampak menahan nyeri dan kesakitan. Pukul 15.10 WIB mengidentifikasi skala nyeri didapatkan data pasien mengatakan nyeri yang dirasakan digambarkan dari 1-10 yaitu skalanya 5, pasien tampak menahan sakit. Pukul 15.20 WIB memberikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Tarik nafas dalam) didapatkan data bahwa pasien mengatakan belum mengetahui Teknik Tarik nafas dalam tetapi pasien bersedia untuk diajarkan Teknik tersebut, pasien tampak kooperatif. Pukul 15.27 WIB mengkolaborasi pemberian analgetik yaitu ketorolac 1 Amp 30ml 3x1 hari.

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang dibuktikan dengan nyeri saat bergerak. Pukul 15.30 WIB mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya didapatkan data pasien mengatakan nyeri yang dirasakan dikaki kanan, pasien tampak kesakitan. Pada pukul 15.33 WIB memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi didapatkan data pasien mengatakan belum melakukan mobilisasi, pasien tampak belum mengerti. Pukul 15.35 memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (kruk) didapatkan data pasien mengatakan belum menggunakan kruk, pasien tampak masih berbaring. Pada pukul 15.40 WIB mengajarkan melakukan mobilisasi dini didapatkan data pasien mengatakan belum melakukan mobilisasi sendiri, pasien tampak masih bingung dan belum mengerti. Pukul 15.43 WIB mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan oleh pasien (latihan untuk duduk) didapatkan data pasien mengatakan sudah sedikit mencoba untuk melakukan mobilisasi dini mandiri, pasien tampak mencoba melakukannya.

Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur dibuktikan dengan mengeluh sering terjaga. Pada pukul 15.45 WIB

mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur didapatkan data pasien mengatakan kakinya nyeri dan pasien sering terbangun, pasien tampak kelihatan mengantuk. Pada pukul 15.47 WIB mengidentifikasi faktor pengganggu tidur didapatkan data pasien mengatakan tidurnya keganggu karena nyeri yang dirasakan, pasien tampak kooperatif. Pukul 15.50 WIB menetapkan jadwal tidur rutin didapatkan data pasien mengatakan belum ada jadwal tidur rutin, pasien tampak bingung. Pada pukul 15.55 WIB menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur didapatkan data pasien mengatakan belum mempunyai kebiasaan waktu tidur, pasien tampak belum paham. Pukul 16.00 WIB menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit didapatkan data pasien mengatakan sudah mengetahui pentingnya tidur cukup selama sakit, pasien tampak paham dan mengerti. Pada pukul 16.05 menganjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur didapatkan data pasien mengatakan tidak makan/ minum saat ingin tidur, pasien tampak kooperatif.

Implementasi hari kedua dilakukan pada tanggal 14 februari 2021:

Nyeri akut berhubungan dengan agen penera fisik yaitu pada pukul 15.00 WIB mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri didapatkan pasien mengatakan kaki kanannya nyeri tetapi sudah mendingan, pasien tampak masih kesakitan. Pada pukul 15.10 WIB mengidentifikasi skala nyeri didapatkan data pasien mengatakan nyeri yang dirasakan sedikit berkurang, skala nyeri pasien 4, TD : 130/70 mmHg, N : 87x/menit, S : 36,9 °C, RR : 20x/menit. Pada pukul 15.15 WIB memberikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Tarik nafas dalam) didapatkan data pasien mengatakan sudah melakukan Teknik Tarik nafas dalam dan nyerinya sedikit berkurang, pasien tampak lebih baik. Pukul 15.30 WIB mengkolaborasi pemberian analgetik yaitu ketorolac 1 Amp 30ml 3x1 sehari didapatkan data pasien mengatakan sudah diberikan obat anti nyeri, pasien tampak kooperatif.

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas tulang yaitu pukul 15.33 mengidentifikais adanya nyeri atau keluhan fisik

lainnya didapatkan data pasien mengatakan nyerinya berkurang, pasien tampak lebih baik. Pukul 15.35 memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi didapatkan data pasien mengatakan kondisinya lebih baik, pasien tampak lebih segar. Pada pukul 15.40 memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (kruk) didapatkan data pasien mengatakan belum menggunakan kruk, pasien tampak masih berbaring. Pada pukul 15.45 menganjurkan melakukan mobilisasi dini didapatkan data pasien mengatakan sudah melakukan mobilisasi sendiri, pasien tampak mengerti dan kooperatif.

Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur yaitu pada pukul 15.50 mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur didapatkan data pasien mengatakan sudah aktivitas sedikit di bed RS, pasien tampak melakukan sesuatu. Pada pukul 15.55 mengidentifikasi faktor pengganggu tidur didapatkan data pasien mengatakan faktor pengganggu tidurnya adalah karena nyeri dikakinya, pasien tampak kurang tidur. Pada pukul 16.00 menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur didapatkan data pasien mengatakan sudah mengetahui waktu tidurnya, pasien kooperatif. Pukul 16.05 menetapkan jadwal tidur rutin didapatkan data pasien mengatakan sudah menetapkan jadwal tidurnya, pasien tampak mengerti.

Implementasi hari ketiga dilakukan pada tanggal 15 februari 2021:

Nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisik yaitu pada pukul 09.00 mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri didapatkan data pasien mengatakan kakinya masih nyeri tetapi nyerinya berkurang, pasien tampak lebih baik dan skala nyeri pasien turun menjadi 3. Pada pukul 09.10 mengidentifikasi skala nyeri didapatkan data pasien mengatakan skala nyerinya berkurang, skala nyeri 3, TD : 124/73 mmHg, N : 78x/menit, S : 36,0°C, RR : 20x/ menit. Pukul 12.00 mengkolaborasi pemberian analgetik yaitu ketorolac 1Amp 30ml 3x1 sehari didapatkan data pasien mengatakan sudah diberikan obat untuk meredakan nyeri, pasien tampak lebih baik.

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang yaitu pada pukul 12.10 mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya didapatkan data pasien mengatakan nyerinya berkurang, pasien tampak segar dan tidak lesu. Pada pukul 12.15 memonitor kondisi umum didapatkan data pasien mengatakan keadaannya baik, pasien tampak kooperatif, TD : 124/73 mmHg, N : 78x/ menit, S : 36,0 °C, RR : 20x/ menit. Pukul 12.25 mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur didapatkan data pasien mengatakan pola aktivitas dan tidurnya sudah membaik, pasien tampak lebih baik dan kooperatif. Pukul 12.30 mengidentifikasi faktor pengganggu tidur didapatkan data pasien mengatakan sudah bisa tidur dengan nyenyak, pasien tampak lebih segar.

E. Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan untuk mengukur respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang sudah diberikan.

Evaluasi hari pertama pada tanggal 13 februari 2021:

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik didapatkan data S : pasien mengatakan nyeri pada kaki sebelah kanan nyeri terasa tertusuk-tusuk, rasanya hilang timbul, nyeri dirasakan saat bergerak dan skalanya 5 P : pasien mengatakan nyeri dirasakan saat bergerak, Q : nyeri seperti tertusuk-tusuk, R : nyeri dibagian kaki sebelah kanan, S : skala 5, T : nyeri hilang timbul, pasien tampak meringis merasakan nyeri. Maka dapat disimpulkan bahwa masalah nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisik belum teratasi, dan penulis merencanakan untuk melanjutkan intervensi pada hari berikutnya yaitu yang pertama identifikais lokasi, karakteristik, kualitas nyeri, kedua identifikasi skala nyeri, ketiga berikan Teknik non farmakologis, keempat kolaborasi pemberian anlgetik.

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang didapatkan data S : pasien mengatakan mobilitas fisiknya terbatas dan tidak bisa banyak gerak, O : pasien tampak terbaring, lemah

dan lesu. Maka dapat disimpulkan bahwa masalah dengan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang belum teratasi dan penulis merencanakan untuk melanjutkan intervensi pada hari berikutnya yaitu pertama identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, kedua monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (kruk), anjurkan melakukan mobilisasi dini.

Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur didapatkan data S : pasien mengatakan kadang terbangun di malam hari karena nyeri pada kakinya, O : pasien tampak kurang tidur. Maka dapat disimpulkan bahwa masalah dengan gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur belum teratasi dan penulis merencanakan untuk melanjutkan intervensi pada hari berikutnya yang pertama identifikasi pola aktivitas dan tidur, kedua identifikasi faktor pengganggu tidur, ketiga tetapkan jadwal tidur rutin, keempat anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur.

Evaluasi hari kedua pada tanggal 14 februari 2021:

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik didapatkan data S : pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang dengan skala nyeri 4, O : pasien tampak masih merasa sakit dan lesu TD : 130/70 mm Hg, N : 87x/ menit, S : 36,9°C, RR : 20x/ menit. Maka dapat disimpulkan bahwa masalah dengan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik teratasi sebagian dan penulis merencanakan untuk melanjutkan intervensi di hari berikutnya yaitu pertama indentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang didapatkan data S : pasien mengatakan belum menggunakan kruk dan aktivitasnya masih terbatas, O : pasien tampak masih terbaring, TD : 130/70 mm Hg, N : 87x/ menit, S : 36,9°C, RR : 20x/ menit. Maka dapat disimpulkan bahwa masalah dengan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang teratasi sebagian

dan penulis merencanakan intervensi dihari berikutnya yaitu yang pertama identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, kedua monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, ketiga fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (kruk).

Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur didapatkan data S : pasien mengatakan sudah mengetahui waktu tidurnya dan pasien sering terjaga malam sudah berkurang, O : pasien tampak segar. Maka dapat disimpulkan bahwa masalah gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur teratasi sebagian dan penulis merencanakan intervensi dihari berikutnya yaitu yang pertama identifikasi pola aktivitas dan tidur, kedua identifikasi faktor pengganggu tidur.

Evaluasi hari ketiga pada tanggal 15 februari 2021:

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik didapatkan data S : pasien mengatakan nyeri berkurang dan skala nyerinya menjadi 3, O : pasien tampak lebih baik, TD : 124/ 73 mmHg, N : 78x/ menit, S : 36,0°C, RR : 20x/ menit. Maka dapat disimpulkan bahwa masalah dengan nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisik teratasi sebagian dan penulis merencanakan intervensi latihan Tarik nafas dalam dilanjutkan secara mandiri oleh pasien.

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang didapatkan data S : pasien mengatakan sudah bisa menggunakan kruk dan mobilisasi mandiri, O : pasien tampak segar dan kooperatif. Maka dapat disimpulkan bahwa masalah dengan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan agen pencedera fisik teratasi dan penulis merencanakan untuk menghentikan intervensi.

Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur didapatkan data S : pasien mengatakan sudah tidak ada gangguan tidur, tidurnya sudah tidak ada keluhan, O : pasien tampak segar dan kooperatif. Maka dapat disimpulkan bahwa masalah dengan gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur teratasi dan penulis merencanakan untuk menghentikan intervensi.

BAB 1V

PEMBAHASAN

Pada bagian ini membahas tentang gambaran proses asuhan keperawatan pada pasien post op fraktur cruris dextra yaitu Tn.S yang berusia 46 tahun, berjenis kelamin laki-laki dengan post opp fraktur cruris dextra yang dirawat di Ruang Baitussalam 2 RSI Sultan Agung Semarang. Pengkajian data dilakukan melalui wawancara, observasi dan melihat rekam medik pasien. Pembahasan akan membahas tentang asuhan keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

A. Pengkajian

Berdasarkan hasil pengkajian dilakukan pada hari pertama tanggal 13 Februari 2021 pukul 15.00 WIB di ruang Baitussalam 2 RSI Sultan Agung Semarang penulis menemukan data pasien bernama Tn.S berjenis kelamin laki-laki. Pasien dibawa ke rumah sakit karena mengalami kecelakaan di pelabuhan ketika ingin berangkat kerja jalan rayanya banjir dan rusak pasien menghindari jalan yang rusak. Sebab hal itu, mengharuskan pasien untuk dilakukan beberapa pemeriksaan lanjutan dan harus di opname dengan diagnosa medis Fraktur Cruris Dextra, untuk penanganan lebih lanjut pasien diberitahu bahwa akan dilakukan tindakan operasi pemasangan ORIF pada tanggal 12 Februari 2021 pukul 09.00 WIB.

Hasil pengkajian setelah dilakukan operasi keluhan pasien mengatakan nyeri pada kaki kanannya. Pengertian patah tulang kruris adalah terputusnya hubungan antara tulang tibia dan tulang fibula. Secara klinis dapat berbentuk fraktur terbuka jika disertai dengan rusaknya pada jaringan lunak seperti (otot, kulit, jaringan saraf, dan pembuluh darah) kemudian dapat menimbulkan masalah hubungan yang terjadi antara fragmen tulang yang sudah patah dengan udara diluar dan fraktur tertutup (Fitrianda, 2013).

B. Diagnosa Keperawatan

Menurut SDKI DPP PPNI (2017) Diagnosa Keperawatan merupakan penilaian secara klinis terhadap respons klien dengan masalah kesehatan atau suatu proses kehidupan yang dialami baik secara langsung aktual atau potensial.

Pengkajian yang dilakukan pada Tn.S dengan kasus post operasi fraktur cruris dextra yang dirawat RSI Sultan Agung Semarang didapatkan tiga masalah keperawatan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang dan gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Nyeri adalah rasa yang tidak nyaman atau tidak menyenangkan dan pengalaman emosi berhubungan dengan kerusakan jaringan akut dan potensial (Fitrianda, 2018).

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) Nyeri akut merupakan pengalaman sensorik ataupun emosional yang berhubungan pada rusaknya jaringan aktual atau fungsional, dimulai secara tiba-tiba atau lambat, intensitasnya ringan sampai berat berlangsung selama kurang dari 3 bulan.

Nyeri adalah rasa tidak memuaskan secara sensori maupun secara emosional bagi yang merasakan nyeri, sehingga apabila nyeri tidak segera diatasi maka penderita nyeri tidak merasa nyaman dan dapat mengganggu psikis serta aktivitas yang dilakukannya (Suryani & Soesanto, 2020).

Masalah keperawatan yang muncul ada 3 yaitu nyeri akut berhubungan agen pencedera fisik, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang dan gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur. Penulis mengangkat diagnosa yang utama adalah nyeri dikarenakan meskipun nyeri yang dirasakan itu sedang harus dapat diatasi terlebih dahulu agar nyeri yang dirasakan tidak menjadi lebih berat. Dan saat pengkajian didapatkan data Pasien

mengatakan nyeri P : ketika dibuat bergerak, Q : seperti tertusuk-tusuk, R : kaki sebelah kanan, S : 5, T : hilang timbul.

Intervensi yang dilakukan untuk masalah nyeri akut berhubungan agen pencedera fisik selama 3x8 jam diharapkan masalah nyeri teratasi dengan kriteria hasil : keluhan nyeri menurun dari 5 menjadi 3, meringis yang dirasakan menurun dan gelisah yang dirasakan menurun. Intervensi lain : identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, berikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Tarik nafas dalam) dan kolaborasi pemberian analgetik.

Nyeri merupakan salah satu kebutuhan dasar menurut Abraham Maslow yang harus dipenuhi yaitu kebutuhan dasar rasa aman dan nyaman. Rasa nyaman adalah dimana keadaan sudah terpenuhi kebutuhan dasar manusia seperti kebutuhan terkait kenyamanan atau kepuasan, dan transenden suatu keadaan yang melebihi masalah nyeri (Di & Moewardi, 2020). Masalah dengan nyeri dapat diobati dua cara yaitu pengobatan secara farmakologis dan pengobatan non farmakologis, salah satu pengobatan non farmakologis yaitu dengan cara Teknik terapi Tarik nafas dalam.

Tarik nafas dalam yaitu terapi yang dapat digunakan untuk menurunkan nyeri pasca operasi.

Dari tindakan terapi Tarik nafas dalam yang dilakukan oleh penulis kepada Tn.S dengan post op fraktur cruris dextra dan sebelum diberikan analgetik selama 3 hari terdapat penurunan skala yang awalnya dari skala sedang yaitu 5 menjadi skala ringan yaitu dengan skala 3 dan melakukan evaluasi pada hari terakhir. Menurut penelitian (Suwahyu et al., 2021), pelaksanaan prosedur relaksasi nafas dalam diberikan dengan cara yaitu ciptakan lingkungan yang nyaman dan rileks, mulai menarik nafas dalam dari hidung kemudian mengisi paru-paru dengan udara dan hitungan 1,2,3 perlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulut sambil merasakan bahwa ekstremitas atas dan bawah terasa rileks, bisa bernafas dengan

normal 3 kali, Tarik nafas lagi lewat hidung dan dihembuskan lewat mulut secara perlahan, dan biarkan telapak tangan kaki terasa rileks, minta pasien untuk menutup mata dan konsentrasi saat konsentrasi pusatkan didaerah yang mengalami nyeri, anjurkan agar mengulagi prosedur samapi nyeri yang dirasakan hilang, ulangi hingga 3 kali atau lebih diselingi istirahat dan jika nyeri hebat pasien dapat bernafas secara cepat dan dangkal.

Menurut (Suwahyu et al., 2021) Relaksasi nafas dalam adalah Teknik yang bisa meredakan nyeri dilakukan dengan cara merangsang saraf pusat yaitu sumsum tulang belakang dan otak agar dapat mengeluarkan endorphen yang fungsinya sebagai penghambat adanya nyeri. Selain dapat mengatasi nyeri Teknik relaksasi nafas dalam juga dapat membuat pasien dapat mengendalikan dirinya ketika stress mental maupun fisik (Suwahyu et al., 2021). Prosedur Teknik Tarik nafas dalam merelaksasikan otot agar menurunkan nyeri dengan merilekskan ketegangan pada otot yang bisa menunjang nyeri.

Dari hasil penelitian menurut (Lela & Reza, 2017) pengaruh relaksasi nafas dalam pada penurunan skala nyeri yang dirasakan pasien fraktur di RSI Siti Khadijah Palembang. Kedapatan penurunan skala nyeri setelah memperoleh terapi relaksasi nafas dalam pada pasien yang mengalami patah tulang, yaitu kebanyakan sebelum dilakukan Teknik relaksasi nafas dalam itu 4 dan sesudah dilakukan Teknik relaksasi nafas dalam turun menjadi 2,80. Ini dapat menggambarkan bahwa Teknik relaksasi nafas dalam dapat mempengaruhi atau menurunkan skala nyeri pada pasien dengan patah tulang yang awalnya 4 menjadi 2.

Dari hasil penelitian berkenaan dengan usaha menurunkan skala nyeri pada pasien post op open fraktur cruris dengan Teknik rekalsasi nafas dalam dapat meredakan skala nyeri. Menurut (Saputro, 2018) pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan skala nyeri pada pasien post op fraktur femur mampu mengurangi keluhan nyeri

minimal sekitar 50% sampai dengan 70% keluhan yang dirasakan oleh pasien.

Implementasi dilakukan selama 3x8 jam dari hari Sabtu 13 Februari 2021 sampai hari Senin 15 Februari 2021. Manfaat dari Teknik relaksasi nafas dalam adalah merangsang tubuh agar bisa melepaskan opioid endogen yaitu Hormon endorphen dan enkafalin. Hormon endorphen itu suatu intisari yang berjenis seperti morfin fungsinya untuk menghambat penyebaran impuls nyeri ke otak. Kemudian saat neuron nyeri memberikan sinyalnya ke otak, terjadilah sinapsis neuron perifer dan neuron akan mengarah ke otak sebaiknya bertempat pada substansi p yang mengeluarkan impuls. Pada saat hormone endorphen menghapus lepasnya substansi p dari neuron sensorik, dan akhirnya sensasi nyeri dapat menurun (Lela & Reza, 2017).

Evaluasi dilakukan pada hari Sabtu, 13 Februari 2021 sampai hari Senin, 15 Februari 2021 terdapat adanya kendala yang dialami oleh pasien yaitu pasien masih merasakan nyeri saat pasien sedikit bergerak karena luka post operasi fraktur cruris dextra sedikit tertekan oleh pergerakan yang dilakukan pasien. Tetapi ketika nyeri yang dirasakan kambuh pasien melakukan tindakan pencegahan dengan Teknik relaksasi nafas dalam.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang.

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) gangguan mobilitas fisik merupakan gerakan fisik yang terbatas dari satu atau lebih ekstremitas secara bebas.

Hambatan mobilitas fisik adalah kondisi dimana seseorang tidak bisa bergerak secara mandiri dikarenakan keadaan sedang terganggu pergerakan (aktivitas), seperti pasien yang mengalami cedera otak berat, trauma tulang belakang, fraktur pada ekstremitas dan juga faktor yang berhubungan dengan gangguan mobilitas fisik (Adha, 2017).

Gangguan mobilitas fisik adalah ekstremitas atas dan bawah yang mengalami keterbatasan gerak secara bebas dan terarah. Batasan

karakteristiknya seperti keterbatasan pada rentang gerak sendi, kesulitan dalam mengubah posisi, melakukan aktivitas dibantu oleh orang lain, pergerakan yang dilakukan lemah. Sementara itu faktor yang berhubungan seperti gangguan muskuloskeletal, kerusakan integritas struktur tulang dan program pematasan gerak (J.Andri, H. Febriawati, 2020).

Gangguan mobilitas fisik dapat diartikan yaitu keterbatasan gerak fisik mandiri yang dialami oleh individu, hubungannya dengan pemulihan pasien dengan imobilisasi pasien tersebut yang ditimbulkan oleh fraktur pada ekstremitas, penyakit dialaminya seperti trauma dan kecacatan (Ihtisan, 2017).

Intervensi yang dilakukan untuk diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang selama 3x8 jam diharapkan kemampuan dalam gerakan fisik yang dilakukan pasien secara mandiri dengan kriteria hasil : kekuatan otot meningkat, nyeri menurun, dan Gerakan terbatas menurun. Intervensi antara lain identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan menggunakan alat bantu (kruk), anjurkan melakukan mobilisasi dini, ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (latihan duduk).

Latihan mobilisasi dilakukan untuk mencegah adanya komplikasi, mencegah adanya dekubitus dan merangsang peristaltic serta dapat mengurangi nyeri yang dirasakan (Dwi Chrisna Susanti, Suryani, 2020). Penelitian yang dilakukan oleh Zetri Akhrita pada tahun 2011 mengemukakan bahwa pasien dengan post operasi yang sudah dilakukan mobilisasi dini memiliki waktu penyembuhan yang jauh lebih cepat dibandingkan dengan pasien yang tidak melakukan mobilisasi dini. Menurut Potter & Perry (2010) mobilisasi dini penting untuk tindakan pemulihan bertahap ke tingkatan mobilisasi awalnya. Akibat dari mobilisasi yang tidak dapat dikerjakan bisa memicu gangguan fungsi tubuh, peningkatan intensitas nyeri dan aliran darah dapat tersumbat.

Mobilisasi dini memiliki peranan yang penting dalam mengatasi nyeri. Karena hal itu perawat dapat mengemukakan informasi kepada pasien dan keluarga pasien tentang pentingnya mobilisasi dini bagi pasien post op fraktur.

Mobilisasi dini merupakan gerakan yang dilakukan pasien post pembedahan atau post operasi seperti gerakan ringan diatas tempat tidur diantaranya miring kanan dan miring kiri, menggerakkan ekstremitas secara pelan-pelan disekitar tempat tidur. Mobilisasi bertujuan untuk kebutuhan dasar manusia antaranya, melakukan aktivitas sehari-hari dan dapat meluruskan diri dari trauma. Dampak yang dapat muncul jika tidak melakukan mobilisasi pada saat post operasi yang salah satunya adalah dapat mengalami kerusakan integritas kulit (Wikeu Nopiati, Diyah Setyorini, 2013).

Implementasi merupakan serangkaian pelaksanaan tindakan atau kegiatan yang dilakukan oleh perawat yang ditentukan sebelumnya agar menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Safitri, 2019). Implementasi keperawatan dilakukan selama 3x8 jam yang dimulai pada tanggal 13 februari sampai dengan tanggal 15 februari 2021. Penulis dapat melakukan tindakan keperawatan sesuai yang telah dibuat di intervensi keperawatan yang tujuannya untuk membantu masalah kesehatan yang dialami oleh Tn.S. Hasil dari implementasi yaitu membantu melakukan mobilisasi dini, mencoba membantu pasien agar pasien tidak selalu tiduran agar rasa nyeri yang dirasakan berkurang.

Evaluasi dilakukan selama 3 hari berturut-turut yang dimulai pada tanggal 13 februari samapi dengan tanggal 15 februari 2021. Hasil dari evaluasi tidak ditemukan kendala karena pada tanggal 15 Februari 2021 pasien sudah latihan untuk mobilisasi secara mandiri dan pihak keluarga dapat memahami informasi yang diberikan tentang cara melakukan mobilisasi dini dengan benar.

3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) gangguan pola tidur merupakan kualitas dan kuantitas waktu tidur yang mengalami gangguan akibat dari faktor eksternal.

Menurut (Juli Andri, Panzilion, 2013) salah satu harus dikaji pada pasien yang mengakmai patah tulang yaitu pola tidur karena pasien yang mengalami fraktur itu merasakan timbulnya rasa nyeri dan aktivitasnya terbatas, sehingga dapat mengganggu pola tidur pasien. Kualitas tidur adalah kepuasan yang dirasakan seseorang terhadap tidurnya, kemudian seseorang itu tidak menunjukkan wajah Lelah, gelisah, lesu, disekitar kelopak mata tidak hitam, mata perih, konjungtiva merah, sakit kepala dan sering kali mengantuk atau menguap. Kualitas tidur yang bagus penting untuk kesehatan. Pasien yang sedang sakit akan membutuhkan banyak istirahat dan tidur agar pasien sehat. namun demikian, seseorang yang menderita penyakit tidur dan istirahatnya akan terganggu dan tidurnya tidak adekuat.

Gangguan tidur pada pasien setelah operasi biasanya dikarenakan oleh dua hal yaitu ketidaknyamanan fisik karena nyeri yang dirasakan dan cemas tentang perubahan setelah menjalani operasi. Gangguan tidur merupakan petunjuk adanya gangguan pada fisik dan psikologis pasien, jika berjalan lama akan dapat menghambat penyembuhan dan penyakit yang diderita dapat semakin memburuk. Gangguan tidur pasien setelah operasi bisa menimbulkan trauma yang mengganggu mekanisme proktetik dan hemeostatis (Nurul Akidah Lukman, 2017).

Gangguan pola tidur merupakan salah satu komplikasi yang sering muncul ketika setelah dilakukan tindakan pembedahan atau operasi. Pasien yang sudah mengalami pembedahan atau operasi sering terjadi gangguan pola tidur. Pasien mengalami gangguan tidur biasanya hari pertama pasca operasi dikarenakan berkurangnya pengaruh anestesi. Penulis mengangkat diagnosa gangguan pola tidur karena dari pengkajian fungsional gordon pada pola istirahat/ tidur didapatkan data pasien

sebelum sakit tidurnya teratur serta tepat waktu, tidak ada kesulitan tidur, tidurnya nyaman dalam sehari tidur 8 jam, selama dirawat tidurnya tidak teratur, sering terbangun karena merasakan nyeri.

Intervensi yang dilakukan untuk mengatasi gangguan pola tidur antara Pertama identifikasi pola aktivitas dan tidur yang rasionalnya untuk mengetahui aktivitas dan tidur dari pasien, Intervensi yang kedua yaitu identifikasi faktor pengganggu tidur yang rasionalnya adalah untuk mengetahui faktor-faktor pengganggu tidur, Intervensi ketiga yaitu tetapkan jadwal tidur rutin yang rasionalnya adalah agar mengetahui jadwal tidur rutin yang sudah ditetapkan oleh perawat, Intervensi keempat yaitu anjurkan menempati kebiasaan waktu tidur yang rasionalnya adalah agar dapat tidurnya menjadi efektif, Intervensi kelima yaitu jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit yang rasionalnya adalah untuk memberikan informasi mengenai tidur yang cukup selama sakit, Intervensi Keenam yaitu anjurkan menghindari makanan dan minuman yang mengganggu tidur yang rasionalnya adalah agar tidak makan dan minum pada saat akan tidur.

Implementasi merupakan serangkaian pelaksanaan tindakan atau kegiatan yang dilakukan oleh perawat yang ditentukan sebelumnya agar menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Safitri, 2019). Implementasi dilakukan selama 3x8 jam yang dimulai pada tanggal 13 februari sampai dengan 15 februari 2021. Penulis dapat melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan apa yang sudah direncanakan yang bertujuan untuk membantu masalah yang dirasakan oleh pasien. Hasil dari implementasi yang dilakukan yaitu membantu pasien untuk menetapkan jadwal tidur, menganjurkan agar pasien menghindari makanan atau minuman pengganggu tidur agar pasien nyaman.

Evaluasi dilakukan selama 3 hari dan hasil dari evaluasi tidak ditemukan kendala karena pada tanggal 15 Februari 2021 pasien sudah mampu mengontrol jam tidur pasien sesuai dengan jadwal yang sudah diberikan oleh perawat.

C. Penambahan Diagnosa Keperawatan Yang Muncul

Setelah membahas tentang diagnosa keperawatan yang sudah ditegakkan oleh penulis pada pasien Post. Op ORIF Fraktur Cruris Dextra penulis juga menambahkan diagnosa keperawatan yang belum ditegakkan yaitu :

1. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (SDKI D.0142 Hal. 304) karena pasien baru selesai menjalankan operasi dan pasien terpasang infus. Resiko infeksi merupakan resiko yang dapat mengalami peningkatan terserang adanya organisme patogenik. Alasan penulis tidak menegakkan diagnosa keperawatan tersebut karena penulis tidak mempunyai data yang mendukung tetapi penulis melihat dari buku SDKI ditemukan data yang dapat terjadi resiko infeksi adalah pasien terpasang infus dan leukosit pasien meningkat yaitu H 11.0 ribu/ μ L ditemukan dihasil laboratorium pasien. Oleh karena itu penulis menambahkan diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif kedalam masalah yang muncul pada pasien Post Op. Fraktur Cruris Dextra.
2. Resiko distress spiritual berhubungan dengan perubahan dalam ritual agama (SDKI D.0100 Hal. 218). Resiko distress spiritual merupakan resiko menghadapi gangguan keyakinan atau sistem nilai pada individu atau kelompok yang berupa harapan, kekuatan dan makna hidup. Alasan penulis menambahkan diagnosa tersebut karena pada pola nila dan kepercayaan pasien mengalami gangguan yaitu ditemukan data bahwa pasien saat dirawat mengalami gangguan pada solatnya pada saat dirawat pasien solatnya bolong-bolong dan penulis melihat dari buku SDKI data tersebut berkaitan dengan diagnosa tersebut. Oleh karena itu penulis menambahkan diagnosa Resiko distress spriritual berhubungan dengan perubahan dalam ritual agama kedalam masalah yang muncul pada pada pasien Tn.S dengan Post Op. Fraktur Cruris Dextra.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Hasil dari studi kasus yang dilakukan secara langsung oleh penulis mulai tanggal 13 - 15 Februari 2021 pada Tn.S di Ruang Baitussalam 2 RSI Sultan Agung Semarang dengan asuhan keperawatan pada pasien post opp Orif fraktur cruris dextra. Penulis mengawali dengan pengkajian, kemudian menganalisa data untuk dapat menegakkan suatu masalah keperawatan dan menilai hasil dari tindakan keperawatan yang sudah dilakukan. Penulis dapat merumuskan kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian dilaksanakan dengan baik sesuai dengan dengan yang dianjurkan menggunakan peralatan yang ada.
2. Masalah keperawatan yang muncul pada Tn.S post opp Orif fraktur cruris dextra yaitu diagnosa pertama nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Diagnosa keperawatan yang kedua gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang. Diagnosa keperawatan yang ketiga gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur.
3. Rencana keperawatan untuk masalah keperawatan yang muncul sudah ditetapkan dengan buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) sesuai dengan per diagnosa yang muncul.

B. Saran

1. Rumah Sakit atau Lahan Praktek
Diharapkan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan kepada pasien sesuai dengan SOP yang diterapkan oleh rumah sakit dan jugaa dapat mempertahankan kerja sama yang baik dalam memberikan atau melakukan asuhan keperawatan kepada pasien.

2. Institusi

Diharapkan institusi dapat menjadikan karya ilmiah sebagai sumber membaca dan sumber referensi untuk mahasiswa keperawatan agar dapat menambah wawasan ketika akan melakukan asuhan keperawatan.

3. Mahasiswa

Diharapkan Karya Ilmiah ini dapat berguna sebagai sumber membaca dan bahan belajar untuk membuat tugas dan melakukan asuhan keperawatan.



Daftar Pustaka

- Adha, S. A. (2017). Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Di Irna C Rssn Bukit Tinggi. *Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Di Irna C Rssn Bukit Tinggi*, 167.
- Ajar, K. M. (2019). *Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin*.
- 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>
- B.Rahmanto. (2014). Konsep Dasar. *Konsep Dasar Drama*. Universitas Terbuka, Jakarta, Pp. 1-48. ISBN 9796898519, 20, 20. <http://repository.ut.ac.id/id/eprint/4779>
- Di, K., & Moewardi, R. (2020). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Chronic Kidney Disease Dengan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman Dan Nyaman : *Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Kusuma Husada*.
- Dwi Chrisna Susanti, Suryani, R. (2020). PENGARUH MOBILISASI DINI TERHADAP SKALA NYERI PADA PASIEN POST OPERASI FRAKTUR DIRUANG KENANGA RSUD KALIJAGA DEMAK. 5(1), 15–23.
- Fitrianda, M. I. (2013). *Digital Digital Repository Repository Universitas Universitas Jember Jember Digital Digital Repository Repository Universitas Universitas Jember*.
- Fitrianda, M. I. (2018). Asuhan Keperawatan Post Operasi Fraktur Cruris. *Asuhan Keperawatan Post Operasi*.
- Freye, K., Lammers, W., Bartelt, D., & Pohlenz, O. (2019). Fraktur. *Radiologisches Wörterbuch*, 126–127. <https://doi.org/10.1515/9783110860481-111>

- Ihtisan, A. H. (2017). *Upaya Peningkatan Mobilitas Fisik pada Pasien Post ORIF Fraktur Femur Sinistra*.
- J.Andri, H. Febriawati, P. P. et al. (2020). Nyeri pada Pasien Post Op Fraktur Eksremitas Bawa dengan Pelaksanaan Mobilisasi dan Ambulasi Dini. *Journal of Telenursing (JOTING)*, 2(1), 61–70.
- Juli Andri, Panzilion, T. S. (2013). Hubungan Antara Nyeri Fraktur Dengan Kualitas Tidur Pasien Yang di Rawat Inap. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
- Lela, A., & Reza, R. (2017). Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Derajat Nyeri. *Pengaruh Tehnik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Nyeri Pasien Fraktur*, 9(2013), 8–19.
- Martono. (2017). ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. M DENGAN POST OREF FRAKTUR CRURIS SINISTRA Hari Ke 2 di RUANG DAHLIA RSUD dr. R. GOETENG TAROENADIBRATA PURBALINGGA. 22–40.
- Nurul Akidah Lukman. (2017). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemenuhan Kebutuhan Istirahat Tidur Klien Post Operasi Di Ruang Perawatan Bedah RSUD Labuang Baji Makassar. In Uin Alauddin Makasar. <http://repositori.uin-alauddin.ac.id/1178/1/rezki.pdf?cv=1>
- Pertiwi, E. D. (2018). *Asuhan Keperawatan Pada Post Operasi Fraktur Cruris Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut*.
- Reduction, O., & Fixation, I. (2013). BAB I. 1–3.
- Safitri, R. (2019). *Implementasi Keperawatan Sebagai Wujud Dari Perencanaan Keperawatan Guna Meningkatkan Status Kesehatan Klien*. <https://doi.org/10.31219/osf.io/8ucph>
- Saputro, W. (2018). *Upaya Penurunan Nyeri pada Pasien Post Operasi Open Fraktur Cruris di Rsop Dr,R.Soeharso Surakarta*.
- Suryani, M., & Soesanto, E. (2020). Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien

Fraktur Tertutup Dengan Pemberian Terapi Kompres Dingin. *Ners Muda*, 1(3), 172. <https://doi.org/10.26714/nm.v1i3.6304>

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.

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta: Dewan Pengurus PPN.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2017). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan*. Jakarta: Dewan Pengurus PPN.

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2017). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. Jakarta: Dewan Pengurus PPN.

Tjahya, A. (2017). Penilaian nyeri. *Academia*, 133–163. <http://www.academia.edu/download/49499859/pemeriksaan-dan-penilaian-nyeri.pdf>

Wikeu Nopiati, Diyah Setyorini, S. P. (2013). *Gambaran Implementasi Perawat Dalam Melakukan Mobilisasi Dini Pada Pasien Post Operasi ORIF Fraktur Ekstremitas Bawah di Ruang Orthopedi RSUD Dr. Slamet Garut*. 1–19.

Lampiran 1 Surat Kesediaan Membimbing

SURAT KESEDIAAN MEMBIMBING

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Ns. Retno Issroviatiningrum, M.Kep

NIDN : 0604038901

Pekerjaan : Dosen

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

Nama : Uswatun Khoirun Nisa

NIM : 40901800099

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Tn.S Dengan Post Op. Orif Fraktur Cruris Dextra di Ruang Baitussalam 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

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

Semarang, 27 Mei 2021

Pembimbing

Ns. Retno Issroviatiningrum, M.Kep

NIDN. 0604038901

Lampiran 2 Surat Keterangan Konsultasi

SURAT KETERANGAN KONSULTASI

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ns. Retno Issroviatiningrum, M.Kep

NIDN : 0604038901

Pekerjaan : Dosen

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

Nama : Uswatun Khoirun Nisa

NIM : 40901800099

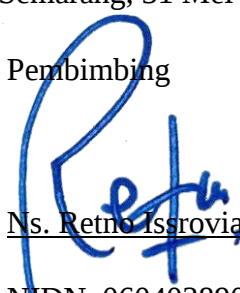
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Tn.S Dengan Post Op. Orif Fraktur Cruris Dextra di Ruang Baitussalam 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

Menyatakan bahwa mahasiswa seperti yang disebutkan di atas benar-benar telah melakukan konsultasi pada pembimbing KTI mulai dari tanggal 19 Mei 2021 sampai dengan tanggal 31 Mei 2021 yang dilakukan secara online melalui Google Meet.

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

Semarang, 31 Mei 2021

Pembimbing


Ns. Retno Issroviatiningrum, M.Kep

NIDN. 0604038901

Lampiran 3 Lembar Konsultasi

**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH
MAHASISWA PRODI DIII KEPERAWATAN
FIK UNISSULA**

NAMA MAHASISWA : Uswatun Khoirun Nisa

JUDUL KTI : Asuhan Keperawatan Pada Tn.S Dengan Post Op.
Orif Fraktur Cruris Dextra di Ruang Baitussalam 2
Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

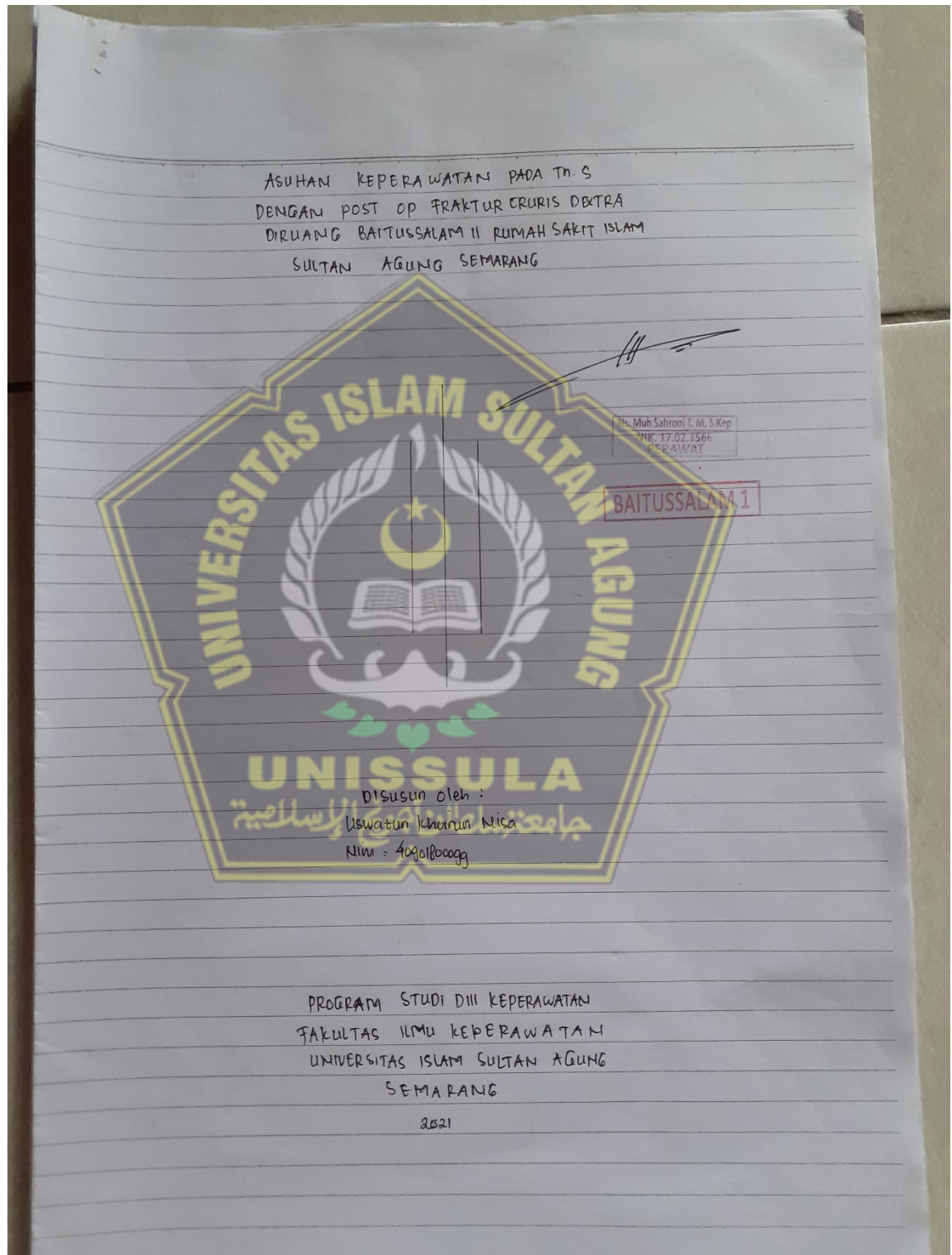
PEMBIMBING : Ns. Retno Issroviatiningrum, M.Kep

Hari/ Tanggal	Materi Konsultasi	Saran Pembimbing	TTD Pembimbing
Senin, 15 Februari 2021	Konsul pengambilan kasus	- Kasus disetujui oleh pembimbing	
Senin, 22 Februari 2021		- Pembimbing menyampaikan untuk langsung mulai pembuatan Bab 1	
Sabtu, 6 Maret 2021	Konsul Bab 1	- Pembimbing menyampaikan untuk Bab 1 dikirim di grup	
Rabu, 24 Maret 2021		- Langsung buat sampai Bab 3	

Kamis, 15 April 2021	Konsul Bab 3	- Lanjutkan sampai pembahasan dan penutup	Ref.
Rabu, 19 Mei 2021	Konsul Bab 1-5	- Ditambahkan penguji 1,2 dan NIDNnya. - Daftar gambar, daftar lampiran dan daftar isi ditambahkan. - Latar belakang (kalau prevelensi daerah semarang ada bisa ditambahkan). - Peran perawat membantunya dengan cara apa ditambahkan. - Mobilisasi dini tujuannya untuk apa peran perawatnya juga. - Tujuan khusus diperbaiki. - Nyeri dan aktivitas harus ditonjolkan dipengkajian bab 2 (kalau ada nyeri harus dimunculkan PQRST). - Dibagian skala nyeri harus ada gambar macam-macam cara mengkaji skala nyeri misal pakai skala wajah,	Ref.

		nomerik (itu hanya meteri dan nanti kamu pakainya yang apa). - Pengkajian yang dilaksanakan apa. - Bisa ditambahkan jurnal-jurnalnya lebih banyak jurnal lebih baik. - Kesimpulan nomer 4 tidak usah dicantumkan. - Daftar pustaka pakai Mendeley dan di rata kanan kiri.	
Senin, 24 Mei 2021	Konsul koreksi KTI yang sudah direvisi	- Jurnal yang dipembahasan ditambahkan. - Dipengkajian Bab 4 kalau tidak ada yang terlewat tidak usah dibahas kalau hanya mengulang saja tidak usah.	Refu
Kamis, 27 Mei 2021	Konsul koreksi KTI yang sudah direvisi	- Acc dan dilembar konsultasi dilengkapi dari mulai pengambilan kasus sampai Bab 5	Refu

Lampiran 4 Laporan Asuhan Keperawatan Tn.S (Tulis Tangan)



A. PENGKAJIAN KEPERAWATAN

1. DATA UMUM

a. IDENTITAS

1) Identitas Klien

Nama : Tn. S
Umur : 46 tahun
Jenis kelamin : Laki-laki
Agama : Islam
Pendidikan : SMP
Pekerjaan : Swasta
Suku/bangsa : Indonesia
Alamat : Kelurahan betotan Rt.01 Rw.03 keo.
Demak Kab. Demak

Diagnosa Medis : Fraktur Scoris Dextra Post ORIF
Tanggal dan Jam Masuk : Kamis, 11 Februari 2021 / 23.30 WIB

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny. E
Umur : 46 tahun
Jenis kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Suku/bangsa : Indonesia
Pendidikan terakhir : SMA
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Alamat : Kelurahan betotan Rt.01 Rw.03 keo.
Demak Kab. Demak
Hubungan dengan klien : Istri

b. Keluhan Utama

Pasien Mengatakan Meri pada kaki Sebelah Kanan Setelah dilakukan operasi pemasangan ORIF di kakinya.

c. Status Kesehatan Saat ini

• Alasan Masuk rumah Sakit

Tn. S Mengatakan dia Masuk rumah Sakit karena dia Mengalami kecelakaan pada Saat Tn. S akan berangkat kerja

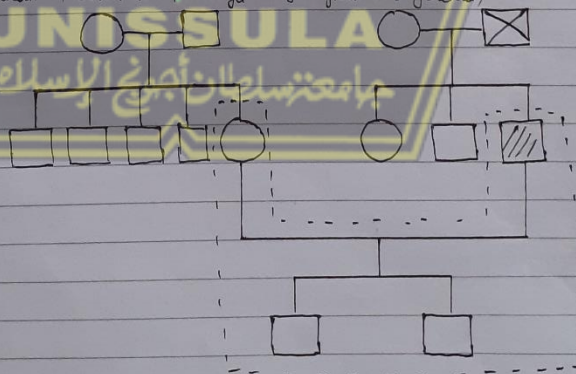
• Faktor Penyebab

Pasien Mengatakan dia Mengalami kecelakaan karena dia ingin berangkat kerja. Jalan rayanya banjir dan jalannya rusak. Pasien Menghindari jalan yang rusak dan Pasien Mengalami kecelakaan.

- lamanya keluhan
pasien mengatakan lamanya keluhan tidak tahu keluhan dirasakan mendadak
 - timbulnya keluhan
pasien mengatakan timbulnya keluhan nyeri mendadak
 - upaya yang dilakukan untuk mengatasi
pasien mengatakan upaya yang dilakukan untuk mengatasi nyeri nya pasien meminta istri nya untuk mengelus-elus kakinya yang sakit agar nyerinya berkurang.
 - Faktor yang memperberat
pasien mengatakan tidak tertau suka dengan susu.
- d. Riwayat kesehatan lalu
- 1) Penyakit yang pernah dialami
pasien mengatakan tidak memiliki penyakit sebelumnya
 - 2) Kecelakaan
pasien mengatakan baru kali ini mengalami kecelakaan
 - 3) Pernah dirawat (penyakit, operasi dan waktu)
pasien mengatakan tidak pernah dirawat dirumah sakit sebelumnya dan ini pertama kali dirawat dirumah sakit.
 - 4) Alergi
pasien mengatakan tidak memiliki alergi apapun
 - 5) Imunisasi
pasien mengatakan lupa dengan imunisasi yang pernah dilakukan waktu kecil

e. Riwayat kesehatan keluarga

- 1) Susunan kesehatan keluarga (genogram : 3 generasi)



Keterangan

-  = Pasien
 : Perempuan

- ☒ = laki-laki Sudah Meninggal
- ☐ = laki-laki
- ☐ = Hubungan
- = Tinggal Serumah

2) Penyakit yang pernah diderita anggota keluarga
 Pasien mengatakan bahwa keluarga pasien tidak ada yang memiliki Penyakit seperti yang diderita oleh pasien.

3) Penyakit yang sedang diderita keluarga
 Pasien mengatakan bahwa keluarga pasien tidak sedang menderita Penyakit seperti yang dialami pasien saat ini

f. Riwayat Kesehatan lingkungan

1) Kebersihan rumah dan lingkungan

Pasien mengatakan tinggal di daerah perkampungan. rumah dan lingkungan sekitar tempat tinggal pasien bersih.

2) Kemungkinan terjadinya bahaya

Pasien mengatakan bahwa rumah pasien jauh dari jalan raya, dan jauh dari ancaman bahaya.

2. POLA KESEHATAN FUNGSIONAL (DATA Fokus)

a. Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

1) Menjelaskan tentang pola yang dipahami pasien tentang kesehatan dan bagaimana kesehatannya dikelola

Sebelum Sakit : Pasien mengatakan tidak terlalu Mengelola kesehatannya dengan baik

Selama dirawat : Pasien mengatakan Saat Sakit lebih Memperhatikan kesehatannya dan Mengelola kesehatan dengan baik

2) Persepsi klien tentang kesehatan diri

Sebelum Sakit : Pasien mengatakan bahwa kesehatan Pasien Penting tetapi tidak terlalu Memperhatikan tentang kesehatannya.

Selama dirawat : Pasien mengatakan bahwa kesehatan dirinya itu Sangat penting

3) Pengetahuan dan Persepsi klien tentang Penyakit dan Perawatannya

Sebelum Sakit : Pasien mengatakan tidak Mengetahui tentang Penyakit dan Perawatannya

Selama dirawat : Pasien mengatakan Sudah Mengerti tentang Penyakit yang diderita.

4) Upaya yang dilakukan dalam mempertahankan kesehatan

Sebelum Sakit : Pasien mengatakan Upaya yang dilakukan kalau Sakit berobat di dokter

Selama dirawat : Pasien mengatakan upaya yang dilakukan Sekarang adalah dibawa di rumah sakit dan dilakukan operasi Pemasangan Orf.

5) Kemampuan Pasien untuk mengontrol kesehatan

Sebelum Sakit : Pasien Mengatakan jarang mengontrol dan memeriksa kesehatan.

Selama dirawat : Pasien Mengatakan Sering mengontrol kesehatannya.

6) Kebiasaan hidup

Sebelum Sakit : Pasien Mengatakan Sering berjalan - jalan ke ST d' depan rumah pasien

Selama dirawat : Pasien Mengatakan tidak melakukan Olahraga karena fokus dengan Pengobatan yang dijalani

7) Faktor Sosio ekonomi yang berhubungan dengan kesehatan

Sebelum Sakit : Pasien Mengatakan bekerja sebagai karyawan pabrik

Selama dirawat : Pasien Mengatakan Saat dirawat di rumah sakit Pasien menggunakan kelas umum

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

1) Pola Makan

Sebelum Sakit : Pasien Mengatakan Pola Makan Sebelum Sakit makan Sebara teratur yaitu 3x Sehari

Selama dirawat : Pasien Mengatakan Selama dirawat di rumah sakit Makan Makanan yang tinggi Serat dan teratur yaitu 3x Sehari

2) Apakah Keadaan Sakit Saat ini Mempengaruhi Pola Makan / Minum

Sebelum Sakit : Pasien Mengatakan Pola makan / minum tidak terpengaruh

Selama dirawat : Pasien Mengatakan Pola makan / minum tidak terpengaruh dan Pasien lebih Menjaga Pola Makanannya

3) Makanan yang disukai pasien

Sebelum Sakit : Pasien Mengatakan Menyukai Semua Makanan yang dikonsumsi

Selama dirawat : Pasien Mengatakan Menyukai Semua Makanan yang dikonsumsi dan Makanan tinggi Serat.

4) Apakah Keypakan atau kebudayaan yang dianut yang mempengaruhi diet

Sebelum Sakit : Pasien Mengatakan tidak ada Keypikan ataupun kebudayaan yang dianut yang mempengaruhi diet

Selama Sakit : Pasien Mengatakan ada kebudayaan yang mempengaruhi diet yaitu harus Sering makan Makanan tinggi Serat

dan Minum Susu Setiap hari.

4) Kebiasaan Mengonsumsi vitamin / obat perambah nafsu makan

Sebelum Sakit : Pasien Mengatakan tidak pernah mengonsumsi Vitamin

Selama dirawat : Pasien Mengatakan Sering Mengonsumsi vitamin yang dianjurkan oleh dokter

5) Keluhan dalam makan

Sebelum Sakit : Pasien Mengatakan bahwa pasien tidak ada keluhan dalam makan

Selama Sakit : Pasien Mengatakan porsi makannya tidak menurun

6) Adakah keluhan anoreksia nervosa, bulimia nervosa

Sebelum Sakit : Pasien Mengatakan tidak ada keluhan anoreksia, nervosa, bulimia nervosa

Selama dirawat : Pasien Mengatakan tidak ada keluhan anoreksia nervosa, bulimia nervosa

7) Adakah keluhan mual / muntah (jika muntah berapa jumlahnya)

Sebelum Sakit : Pasien Mengatakan tidak ada keluhan mual atau muntah

Selama dirawat : Pasien Mengatakan tidak ada keluhan mual muntah

8) Bagaimana kemampuan mengunyah dan Menelan

Sebelum Sakit : Pasien Mengatakan tidak ada keluhan mengunyah dan Menelan, pasien bisa mengunyah dan Menelan dengan baik.

Selama dirawat : Pasien Mengatakan dapat mengunyah dan Menelan dengan baik

9) Adakah Penurunan berat badan dalam 6 bulan terakhir (bagaimana BB dan TB pasien)

Sebelum Sakit : pasien Mengatakan berat badannya 70 kg dan Tinggi badannya 180 cm pasien tidak Mengalami Penurunan berat badan

Selama dirawat, Pasien Mengatakan berat badanya tidak Mengalami Penurunan

10) Pola minum (Frekuensi dan jumlah cairan yang dikonsumsi

Sebelum Sakit : Pasien Mengatakan Sering Minum air putih

Selama dirawat. Pasien Mengatakan Sering Minum air putih dan Susu

11) Bila terpasang infuse berapa cairan yang Masuk dalam Sehari

Sebelum Sakit : Pasien Mengatakan tidak terpasang infuse

Selama dirawat. Pasien terpasang infuse dan cairan infuse 3000 ml

1) Adanya keluhan demam

- Sebelum sakit : pasien mengatakan tidak terjadi demam
- Selama dirawat : pasien mengatakan tidak terjadi demam

C. Pola Eliminasi

1) Eliminasi Feses

a) Pola BAB

Sebelum sakit : pasien mengatakan BAB normal dengan konstipasi padat dengan warna kuning (BAB 1x sehari)

Selama dirawat : pasien mengatakan BAB normal dengan konstipasi padat dengan warna kuning (BAB 1x sehari)

b) Adakah perubahan dalam kebiasaan BAB

Sebelum sakit : pasien mengatakan tidak ada perubahan dalam BAB

Selama dirawat : pasien mengatakan kesulitan untuk BAB sendiri karena post operasi

2) Pola BAK (Frekuensi, waktu, warna, jumlah)

Sebelum sakit : pasien mengatakan BAK lancar tidak ada gangguan, BAK 4x sehari berwarna kuning

Selama sakit : pasien mengatakan BAK lancar tidak ada gangguan, BAK 4x sehari berwarna kuning

d. Pola Aktivitas dan latihan

1) Kegiatan dalam pekerjaan

Sebelum sakit : pasien mengatakan bekerja sebagai karyawan di pabrik dan setiap hari berangkat kerja

Selama dirawat : pasien mengatakan tidak bekerja dan pasien libur

2) Olahraga yang dilakukan (jenis dan frekuensi)

Sebelum sakit : pasien mengatakan melakukan olahraga jalan-jalan pagi di depan rumahnya

Selama dirawat : pasien mengatakan tidak dapat melakukan olahraga

3) Kesulitan / keluhan dalam aktifitas

Selama sakit : pasien mengatakan tidak memiliki kesulitan dan keluhan dalam beraktivitas

Selama dirawat : pasien mengatakan kesulitan untuk beraktivitas dan mobilisasi mandiri

4) Pergerakan tubuh

Sebelum sakit : pasien mengatakan tidak ada keluhan dengan pergerakan tubuhnya

Selama dirawat : Pasien mengatakan pergerakannya terbatas akibat kakinya sakit

5) Perawatan diri (Mandi, Mengenakan pakaian, bersolek, makan dll)

Sebelum Sakit : Pasien mengatakan tidak memerlukan bantuan untuk perawatan diri

Selama dirawat : Pasien mengatakan memerlukan bantuan untuk perawatan dirinya.

6) Berhajat (BAK / BAB)

Sebelum Sakit : Pasien mengatakan tidak memerlukan bantuan untuk berhajat

Selama dirawat : Pasien mengatakan butuh bantuan untuk berhajat karena kakinya belum bisa buat jalan.

7) Keluhan Sesak nafas Setelah melakukan aktivitas

Sebelum Sakit : Pasien mengatakan tidak ada keluhan sesak nafas

Selama dirawat : Pasien mengatakan tidak ada keluhan sesak nafas

8) Mudah Merasa Kelelahan

Sebelum Sakit : Pasien mengatakan tidak mudah merasa kelelahan

Selama dirawat : Pasien mengatakan tidak mudah merasa kelelahan

e. Pola Istirahat dan Tidur

1) Kebiasaan tidur (waktu tidur, lama tidur dalam sehari)

Sebelum Sakit : Pasien mengatakan tidurnya teratur dan tidur tepat waktu

Selama dirawat : Pasien mengatakan tidurnya tidak teratur dan sering terbangun karena merasakan nyeri

2) Kesulitan tidur (Mudah terbangun, sulit memulai tidur, insomnia dll)

Sebelum Sakit : Pasien mengatakan selalu tidur dengan nyenyak dan nyaman

Selama dirawat : Pasien mengatakan terkadang terbangun jika nyeri yang dirasakan muncul.

f. Pola kognitif - perseptual Sensori

1) Keluhan yang berkenaan dengan kemampuan sensoris (penglihatan, pendengaran)

Sebelum Sakit : Pasien mengatakan tidak ada keluhan dalam penglihatan maupun pendengaran

Selama dirawat : Pasien mengatakan tidak ada keluhan dalam penglihatan maupun pendengaran

2) Kemampuan kognitif (kemampuan mengingat, bicara dan pesan yang diterima, pengambilan keputusan yang bersifat sementara)

Sebelum Sakit : Pasien Mengatakan masih bisa mengingat dengan baik dan dapat memahami saat diajak bicara

Selama dirawat : Pasien Mengatakan masih bisa mengingat dengan baik dan dapat memahami saat diajak bicara.

3) kesulitan yang dialami (Sering pusing, Menurunnya sensitifitas terhadap nyeri dan panas / dingin)

Selama sakit : Pasien Mengatakan tidak Mengalami Pusing

Selama dirawat : Pasien Mengatakan tidak Mengalami Pusing

4) persepsi terhadap nyeri dengan Menggunakan pendekatan P.Q.R.S.T

P : Pasien Mengatakan Nyeri dirasakan saat bergerak

Q : Pasien Mengatakan Nyeri Seperti tertusuk - tusuk

R : Pasien Mengatakan Nyeri dibagian kaki sebelah kanan

S : Pasien Mengatakan Nyeri dengan skala 5

T : Pasien Mengatakan Nyeri dirasakan hilang timbul

g. Pola persepsi dan konsep diri

1) persepsi diri

Sebelum Sakit : Pasien Mengatakan selalu Sehat

Setelah dirawat : Pasien Mengatakan Ingin cepat Sembuh dan dapat beraktivitas seperti biasanya

Status emosi : Pasien Mengatakan bahwa Saat ini emosinya sedikit tidak terkontrol

2) konsep diri

a) citra diri / body image

• Pasien Mengatakan Sekarang Pasien butuh bantuan untuk beraktivitas

b) identitas

• Bagaimana status dan posisi klien Sebelum dirawat

- Pasien Mengatakan hidup bersama Istri dan anaknya

• Bagaimana kepuasan klien terhadap Status dan Posisinya

- Pasien Mengatakan Kepuasan Karena bisa hidup bersama keluarga

• Bagaimana kepuasan klien Sebagai laki-laki dan Perempuan

- Pasien Mengatakan Sudah Puas Menjadi Seorang ayah dan dapat mendidik anak-anaknya

c) Peran

• Pasien Mengatakan Menjadi kepala rumah tangga dan Menjadi ayah bagi anak-anaknya

d) Ideal diri

• Pasien Mengatakan berharap cepat Sembuh dan dapat

dapat beraktivitas seperti biasanya.

e) Harga diri

- Pasien mengatakan dipandangan istrinya dia adalah suami yang baik

h. Pola Mekanisme koping

1) Bagaimana pasien dalam Mengambil keputusan (Sendiri atau dibantu)

Sebelum Sakit : Pasien Mengatakan bisa Mengambil keputusan Sendiri

Selama dirawat : Pasien Mengatakan Saat Mengambil keputusan dibantu oleh istrinya.

2) Yang dilakukan jika Menghadapi masalah

Sebelum Sakit : Pasien Saat Memecahkan Masalah bersama Istri dan anak

Selama dirawat : Pasien Saat Mengetahui Masalah bersama Istri dan anak

3) Bagaimana upaya klien dalam Menghadapi Masalahnya Sekarang

Sebelum Sakit : Pasien Mengatakan Menghadapi Masalahnya Sendiri

Selama dirawat : Pasien Mengatakan Menghadapi Masalahnya dengan istrinya

4) Menurut klien apa yang dapat dilakukan Perawat agar Pasien Merasa nyaman

- Pasien Mengatakan Memberikan tindakan dengan baik dan selalu Mengoreksi keadaannya Serta Memberi Semangat.

i. Pola Seksual - Reproduksi

1) Bagaimana Pemahaman klien tentang fungsi Seksual

Sebelum Sakit : Pasien Mengatakan paham dan Mengerti fungsi Seksual

Selama dirawat : Pasien Mengatakan paham dan Mengerti fungsi Seksual

2) Adakah gangguan hubungan Seksual disebabkan oleh berbagai kondisi

Sebelum Sakit : Pasien Mengatakan tidak ada gangguan hubungan Seksual

Selama dirawat : Pasien Mengatakan bahwa Pasien Selama dirawat tidak melakukan hubungan Seksual dengan istrinya

3) Adakah Permasalahan Selama Melakukan aktivitas Seksual

Sebelum Sakit : Pasien Mengatakan tidak ada Masalah Saat Melakukan aktivitas Seksual

Selama dirawat : Pasien Mengatakan tidak ada Masalah Saat Melakukan aktivitas Seksual

4) Pengkajian pada perempuan terutama pada klien dengan Masalah tumor atau keganasan system reproduksi

Sebelum Sakit : Pasien Mengatakan tidak memiliki tumor di system reproduksi

Selama dirawat • Pasien mengatakan tidak memiliki tumor disistem reproduksi

5) Riwayat Menstruasi

• Pasien tersebut adalah pasien laki-laki jadi tidak mengalami Menstruasi

6) Riwayat Kehamilan

7) Riwayat pemeriksaan ginekologi misal pap smear

• Pasien mengatakan tidak pernah mempunyai riwayat pemeriksaan ginekologi

J. Pola Peran - Berhubungan dengan orang lain

1) Mengkaji bagaimana hubungan pasien dengan orang lain

Sebelum Sakit • Pasien mengatakan berhubungan baik dengan orang lain

Selama dirawat • Pasien mengatakan berhubungan baik dengan orang lain

2) Kemampuan pasien dalam berkomunikasi

Sebelum Sakit • Pasien mengatakan berkomunikasi dengan jelas kepada orang lain

Selama dirawat • Pasien mengatakan berkomunikasi dengan jelas kepada orang lain

3) Siapa orang yang terdekat dan lebih berpengaruh pada klien

Sebelum Sakit • Pasien mengatakan orang terdekatnya adalah istri

Selama dirawat • Pasien mengatakan orang terdekatnya adalah istri

4) Kepada siapa klien meminta bantuan bila mempunyai masalah

Sebelum Sakit • Pasien mengatakan saat ada masalah meminta bantuan istrinya

Selama dirawat • Pasien mengatakan saat ada masalah meminta bantuan istrinya

5) Adakah kesulitan dalam keluarga

Sebelum Sakit • Pasien mengatakan tidak ada kesulitan dalam keluarga

Selama dirawat • Pasien mengatakan tidak ada kesulitan dalam keluarga

K. Pola Nilai dan kepercayaan

1) Bagaimana klien menjalankan kegiatan agama dan kepercayaan

• Pasien mengatakan ibadahnya lancar dalam menjalankan sholat 5 waktu

2) Masalah yang berkaitan dengan aktivitasnya tersebut selama dirawat

• Pasien mengatakan tetap menjalankan sholat walaupun bolong-bolong

- 3) Adakah keyakinan atau kebudayaan yang dianut pasien bertentangan dengan kesehatan
- pasien mengatakan keyakinan dan kebudayaan yang dianut tidak bertentangan dengan kesehatannya.
- 4) Adakah pertentangan nilai / keyakinan / kebudayaan terhadap pengobatan yang dijalani
- pasien mengatakan tidak ada pertentangan nilai terhadap pengobatannya saat ini.

3. PEMERIKSAAN FISIK (HEAD TO TOE)

- a. Kesadaran : pasien Sadar penuh (composmentis) GCS = E, 4M, 6V, 5 = 15
- b. Penampilan : pasien tampak kooperatif
- c. Vital Sign
- 1) Suhu Tubuh : $37,9^{\circ}\text{C}$
 - 2) Tekanan Darah : 142 / 78 mmHg
 - 3) Respirasi : 20 x / menit
 - 4) Nadi : 90 x / menit
- d. Kepala : Bentuk kepala mesocephal, rambut lurus, warna hitam, bersih tidak ada ketombe
- e. Mata
- Bentuk simetris kanan dan kiri, sclera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis, tidak menggunakan alat bantu penglihatan
- f. Hidung
- Bentuk simetris, tidak ada sekret, tidak ada nafas cuping hidung
- g. Telinga
- Bentuk simetris, tidak ada penumpukan serumen, fungsi pendengaran baik, tidak menggunakan alat bantu pendengaran
- h. Mulut dan Tenggorokan
- tidak ada kesulitan berbicara, gigi bersih, rapi dan tidak terdapat karies, tidak mengalami gangguan menelan
 - Tidak ada pembesaran Vena Jugularis dan tidak ada benjolan di leher
- i. Dada
- Jantung
 - inspeksi : Ictus cordis tidak tampak
 - palpasi : Ictus cordis teraba di ICS ke 5
 - perikardi : pekak
 - Auskultasi : Suara Jantung terdengar lup dup - lup dup

• Paru- Paru

Inspeksi : Simetris antara Paru kanan dan kiri

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Perkus : Suara Sonor

Auskultasi : Suara nafas Vasikuler

j. Abdomen

Inspeksi : Datar tidak ada luka

Palpasi : Terdengar bising usus

Perkus : Timpani

Auskultasi : Tidak ada Massa

k. Genitalia

Pasien berjenis kelamin laki-laki, tidak terpasang kateter

l. Ekstremitas atas dan bawah

1) Inspeksi luka-kulit

Atas : lengan terpasang infus, kulit bersih, berwarna sawo matang, tidak ada edema

Bawah : Tidak ada edema, kaki yang sebelah kanan sedikit bengkak, menggunakan alat bantu

2) Capillary refill

Jika kulit ditekan warna kembali normal kurang dari 2 detik

3) kemampuan berfungsi

Otot tidak ada gangguan dan gerak kaki ada gangguan karena habis operasi

4) Bila terpasang infus

Terpasang infus, tidak ada infeksi dan pembengkakan pada daerah yang terpasang infus

m. kulit

kulit bersih berwarna sawo matang, tidak ada luka

4. DATA PENUNJANG

a. Hasil Pemeriksaan Penunjang (laborat)

No.Rm	: 01426263	Lab No	: 21008 991
Nama	: Sugianto	Hal	: 1/1
Alamat	: Betokan rt 1/03 Betokan Dendak	Jenis Pasien	: Umum
Tgl lahir/	: 07-12-1974 /	Tgl Periksa	: 12-02-2021
Usia	: 46 / laki-laki	waktu Sampling	: 12-02-2021
Ruang	: Salam 2	waktu Obat	: 12-02-2021
Dokter	: Dinias Febriarto		

Pengkajian klinis -

pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan	Keterangan
Hematologi				
Darah rutin				
Hemoglobin	L 13.1	13.2 - 17.3	g/dl	
Hematokrit	39.0	33.0 - 45.0	%	
Leukosit	H 11.0	3.80 - 10.60	ribu/ul	
Tronboosit	244	150 - 440	ribu/ul	

Catatan:

② pemeriksaan Laborat Klinik

Hasil pemeriksaan Laborat Klinik

No. Km = 01426263 Lab No. = 21008957
 Nama = Sugianto Hal = 1/2
 Alamat = Betotan 1/03 Jenis p = Umum
 Betotan Demak
 Tgl lahir = 07-12-1974/ Tgl pemeriksaan = 12-02-2021 03:47
 usia 46/laki-laki waktu sampling = 12-02-2021 03:51
 Ruang = Unit IGD waktu cetak = 12-02-2021 04:47
 Dokter = Yolinda Candra
 antya
 Ringkasan = Fraktur cruris
 terbuka

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan	Keterangan
Hematologi				
Darah rutin				
Hemoglobin	15.2	13.2 - 17.3	g/dl	
Hematokrit	H 45.3	33.0 - 45.0	%	
Leukosit	H 12.44	3.80 - 10.60	ribu/ul	

Trombosit	264	150 - 440	ribu/ml
-----------	-----	-----------	---------

Ceol. Darah / RH	A/ Positif
------------------	------------

PPT	10.0	9.3 - 11.4	detik
-----	------	------------	-------

PT	11.5	9.1 - 12.3	detik
----	------	------------	-------

PT (kontrol)			
--------------	--	--	--

APTT			
------	--	--	--

APTT	22.2	21.8 - 28.4	
------	------	-------------	--

APTT (kontrol)	27.1	21.0 - 28.4	
----------------	------	-------------	--

Kimia Klinik			
--------------	--	--	--

Glukosa Darah Sewaktu	11.15	75 - 110	mg/dl
-----------------------	-------	----------	-------

Ureum	26	10 - 50	mg/dl
-------	----	---------	-------

Creatinin	0.86	0.70 - 1.20	
-----------	------	-------------	--

CRP Kuantitatif	2.85	< 3	
-----------------	------	-----	--

Elektrolit (Na, K, Cl)			
------------------------	--	--	--

Natrium (Na)	136.0	135 - 147	mmol/l
--------------	-------	-----------	--------

HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM KLINIK

No. RM	: 01426263	Lab No.	: 21008957
--------	------------	---------	------------

Nama	: S	Hal	: 1/2
------	-----	-----	-------

Alamat	: Betokan 403 Betokan	Jenis Pasien	: Umum
--------	-----------------------	--------------	--------

Demak

Tgl lahir/Usia	: 07-12-1974 / 46 Y / laki	Tanggal Periksa	: 12-02-2021
----------------	----------------------------	-----------------	--------------

Ruang	: Unit IGD	Waktu Sampling	: 12-02-2021
-------	------------	----------------	--------------

Dokter	: Yolinda Candra Arintya	Waktu Gttd	: 12-02-2021
--------	--------------------------	------------	--------------

Ringkasan klinis: Fraktur Truris Terbuka

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Keterangan
-------------	-------	---------------	--------	------------

Kalium (K)	L 3.40	3.5 - 5.0		
------------	--------	-----------	--	--

Glorida (Cl)	H 106.0	95 - 105		
--------------	---------	----------	--	--

Imunologi				
-----------	--	--	--	--

HBsAg (kuantitatif)	Non Reaktif	Non Reaktif		
---------------------	-------------	-------------	--	--

GELATIK

③ Pemeriksaan Radiologi

HASIL PEMERIKSAAN	
INSTANSI RADIOLOGI	
	Ruang / poli : Bedah Saluran 2
No. RM : 01426263	Kelas : Kelas II
Nama : T.N.S	Dr. Pengirim : Dimas
Jenis Kelamin/ : Laki-laki/	
Umur : 46 Th - 2 bln - 6 Hr	Tgl Pemeriksaan : 13/02/2021
Alamat : Betokan 1/03 Betokan Demak	Tgl Hasil : 13/02/2021
	Jenis Pasien : Umum
Extremitas Bawah Besar (Non Kontras)	
Yth. T.N.S	
X FOTO CRURIS DEXTRA AP LAT	
Di bandingkan dengan foto tanggal 12/02/2021	
Terpasang plate dan Sorew di 1/3 distal os tibia fibula dekstra, kedudukan baik	
Alaignment dan aposisi fraktur tibia et fibula lebih baik	
Tak tampak dislokasi / sublukasi	
Tak tampak osteomyelitis	
Soft tissue baik	

b. Diet yang diperoleh

T.N.S memperoleh Diet Nasi dan Minum Susu Serta air putih yang banyak

c. Terapi yang didapatkan dan analisisnya

T.N.S memperoleh terapi antara lain:

- RL 20 tpm
- Ceftriaxone 1 gr (injeksi IV) diberikan 2x1 Sehari
- Ketorolac 1 Amp 30 ml (injeksi IV) diberikan 3x1 Sehari
- Cefixime 100 mg (Peroral) 2x1 Sehari (untuk obat pulang)
- Cal-gs 6 kaplet (Peroral) 1x1 Sehari (untuk obat pulang)
- Asam Mefenamat 250 mg (Peroral) 2x1 Sehari

B. ANALISA DATA

Tgl/jam	Data Fokus	Problem	Etiologi	TD
13 Feb 2021 15-00	Ds : Pasien mengatakan nyeri pada kaki sebelah kanan karena post operasi p. pasien mengatakan nyeri dirasakan saat bergerak Q : pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk R : pasien mengatakan nyeri dibagian kaki sebelah kanan S : pasien mengatakan nyeri dengan skala 5 T : pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul Do : - Pasien tampak Merangsang Merasakan Nyeri TD : 142/73 mmHg N : 90 x/menit S : 37,9 °C RR : 20 x/menit	Nyeri Akut	Agen pembedahan fisik	Ukur:
13 Feb 2021 15-00	Ds : Pasien mengatakan tidak bisa berjalan dan aktivitas pasien terbatas Do : - Pasien tampak terbaring di bed - Pasien tampak lesu - Aktivitas Pasien terbatas	Gangguan Mobilitas Fisik	Kerusakan Integritas Struktur tulang	Ukur:
13 Feb 2021 15-00	Ds : Pasien mengatakan tidurnya tidak teratur dan pasien sering terbangun karena nyeri yang dirasakan muncul	Gangguan pola tidur	Kurang kontrol tidur	Ukur:

GELATIK

Do:				
- pasien tampak kurang tidur				
- pasien tampak lesu				
TD : 142/73 mmHg				
M : 90 x/menit				
S : 37,9 °C				
RR : 20 x/menit				

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN DAN PRIORITAS KEPERAWATAN (SDM)

1. Nyeri akut b.d Agen Penderita fisik d.d Mengeluh nyeri pada kaki kanan
2. Gangguan mobilitas fisik b.d kerusakan integritas struktur tulang d.d nyeri saat bergerak
3. Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur d.d Mengeluh sering terjaga

D. PLANNING / INTERVENSI KEPERAWATAN (SIKI, SLKI)

Tgl/Jam	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	TTD
13 Feb 2021 15-00	Nyeri akut b.d Agen Penderita fisik d.d Mengeluh nyeri pada kaki kanan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan keluhan nyeri menurun dengan kriteria hasil: • Keluhan nyeri Menurun • Merangsang menurun • Gelisah menurun	Manajemen Nyeri - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Benarkan teknik non farmakologis untuk Mengurangi rasa nyeri (Tarik nafas Dalam) - Kolaborasi pemberian analgetik	Usa
13 Feb 2021	Gangguan mobilitas fisik b.d kerusakan integritas struktur tulang d.d nyeri saat	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan	Dukungan Mobilisasi - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	Usa

		kemampuan dalam gerakan fisik dilakukan setara mandiri dengan kriteria hasil : - kekuatan otot meningkat - nyeri menurun - gerakan terbatas menurun	- Monitor kondisi umum Selama melakukan Mobilisasi - Fasilitasi aktivitas Mobilisasi dengan alat bantu (keruk) - Anjurkan melakukan mobilisasi dini - Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (latihan duduk)	
15 Feb 2021	Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol	Setelah dilakukan tindakan Selama 3x8 jam diharapkan tidur menjadi efektif dengan kriteria hasil :	Dukung Tidur	Ubu:-
15-00	tidur d.d mengeluh Sering terjaga	• keluhan sulit tidur menurun • keluhan sering terjaga menurun • keluhan tidak puas tidur menurun	- identifikasi pola aktivitas dan tidur - identifikasi faktor peggangu tidur - Tetapkan jadwal tidur rutin - Anjurkan menempati kebiasaan waktu tidur - Jelaskan Pentingnya tidur cukup Selama sakit - Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur	

E. IMPLEMENTASI

Hari Pertama

TSJ/Jan	Diagnosa keperawatan	Implementasi	Respon	TD
13/02 2021	Nyeri Akut b.d Agen	- Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	S: Pasien mengatakan kakinga nyeri seperti tertusuk - tusuk	Ubu:-
15-00	Potensial cedera fisik		D: Pasien tampak nyeri dan kesakitan	
15-10		- Mengidentifikasi skala nyeri	S: pasien mengatakan nyeri yang dirasakan	Ubu:-

GELATIK

			adanya S	
			O: pasien tampak menahan sakit	
IS-20		- Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Tarik nafas Dalam)	S: pasien mengatakan belum mengetahui teknik tarik nafas dalam O: pasien tampak belum paham dan kooperatif	Ukr:
IS-27		- Mengkolaborasi Pemberian analgetik yaitu ketorolac 1 Amp 30ml 3x1 sehari	S: pasien mengatakan sudah diberikan obat anti nyeri O: pasien tampak sudah mengerti dan kooperatif	Ukr:
IS-28	Geangguan Mobilitas	- Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	S: pasien mengatakan nyeri yang dirasakan di kakikanan O: pasien tampak kesakitan	Ukr:
IS-30	Integritas Struktur tulang	- Memonitor keadaan umum selama melakukan mobilisasi	S: Pasien Mengatakan belum melakukan Mobilisasi O: Pasien tampak belum Mengerti	Ukr:
IS-35		- Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (kruk)	S: pasien Mengatakan belum Menggunakan kruk O: pasien tampak masih berbaring	Ukr:
IS-40		- Mengajarkan Melakukan mobilisasi diri	S: pasien Mengatakan belum melakukan mobilisasi sendiri O: pasien tampak masih bingung dan belum Mengerti	Ukr:

15-43		- Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (latihan duduk)	S = pasien mengatakan sudah melakukan mobilisasi diri mandiri O = pasien melakukan dengan baik	Ukur:
15-42	Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur	- Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur	S = pasien mengatakan belum mengetahui tentang pola aktivitas dan pola O = pasien tampak belum mengerti	Ukur:
15-49		- Mengidentifikasi faktor penguasa tidur	S = pasien mengatakan tidak mengetahui faktor penguasa tidur O = pasien tampak kooperatif	Ukur:
15-47		- Menetapkan jadwal tidur rutin	S = pasien mengatakan belum ada jadwal tidur rutin O = pasien tampak bingung	Ukur:
15-50		- Mengajarkan menempatkan kelambu waktu tidur	P = pasien belum mempunyai kelambu waktu tidur O = pasien tampak belum paham	Ukur:
15-55		- Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit	S = pasien sudah mengetahui tentang tidur cukup selama sakit O = pasien tampak paham dan mengerti	Ukur:
16-00		- Mengajarkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur	S = pasien mengatakan tidak makan/minum saat ingin tidur O = pasien kooperatif	Ukur:
16-05				

Hari Kedua

Waktu	Diagnosa	Implementasi	Respon	TTD
jam	Keperawatan			
14/02 2021 15:00	Nyeri akut b.d Agen Pencedera fisik	- Mengidentifikasi lokasi, Karakteristik, durasi, Frekuensi, kualitas, Intensitas nyeri	S = Pasien mengatakan kaki kanannya nyeri tetapi sudah mendungun O = pasien tampak masih kesakitan	Usr:
15-16		- Mengidentifikasi skala nyeri	S = Pasien Mengatakan nyeri yang dirasakan sedikit berkurang O = skala nyeri 4 TD = 130/70 mmHg M = 87 x /menit S = 36,9 °C RR = 20 x /menit	Usr:
15-15		- Memberikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Tarik nafas Dalam)	S = pasien Mengatakan sudah melakukan Teknik tarik nafas dalam dan nyerinya sedikit berkurang O = pasien tampak lebih baik	Usr:
15-20		- Mengkolaborasi pemberian analgetik yaitu ketorolac 1 Amp 80ml 3x1 Sehari	S = Pasien Mengatakan sudah diberikan Obat anti nyeri O = pasien tampak kooperatif	Usr:

14/02 2021	Gangguan Mobilitas fisik b.d kerusakan integritas struktur tulang	- Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	S = pasien mengatakan nyerinya berkurang D = pasien tampak lebih baik	Ukur
15-35		- Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	S = pasien mengatakan kondisinya lebih baik D = Pasien tampak lebih segar TD: 130/70 mmHg N = 87x/menit S = 36,9 °C RR = 20 x /Menit	Ukur
15-40		- Memfasilitas aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (kruk)	S = pasien mengatakan belum menggunakan kruk D = pasien tampak masih berbaring	Ukur
15-45		- Mengajarkan melakukan mobilisasi diri	S = Pasien mengatakan sudah melakukan mobilisasi sendiri D = pasien tampak mandiri dan kooperatif	Ukur
14/02 2021	Gangguan Pola tidur b.d kurang kontrol tidur	- Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur	S = pasien mengatakan sudah aktivitas sedikit di bed RS D = Pasien tampak melakukan sesuatu	Ukur
15-55		- Mengidentifikasi faktor peggangu tidur	S = pasien mengatakan faktor peggangu tidurnya adalah karena nyeri di kaki D = pasien tampak kurang tidur	Ukur
16-00		- Mengajarkan Menampati kebiasaan waktu tidur	S = pasien mengatakan sudah mengetahui waktu tidurnya D = pasien kooperatif	Ukur

16.05		- Menetapkan jadwal tidur rutin	S = pasien sudah menetapkan jadwal tidurnya D = pasien tampak mengerti	Usb:
-------	--	---------------------------------	---	------

Hari ketiga

Tgl/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Respon	TTD
15/02 2021 09.00	Nyeri Akut b.d Agen perantara fisik	- Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	S = pasien mengatakan kakinya masih nyeri tapi nyerinya aburung D = pasien tampak lebih baik Skala nyeri = 3	Usb:
09.10		- Mengidentifikasi skala nyeri	S = Pasien mengatakan skala nyerinya berkurang D = Skala nyeri menjadi 3 TD = 124/73 mmHg S = 36,0 °C N = 78 x/menit RR = 20 x/menit	Usb:
12.00		- Mengkolaborasi pemberian analgetik	S = Pasien mengatakan sudah diberikan obat untuk meredakan nyeri D = pasien tampak lebih baik	Usb:
15/02 2021 12.10	Gangguan mobilitas fisik b.d kerusakan integritas struktur tulang	- Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	S = pasien mengatakan nyerinya berkurang D = pasien tampak segar, tidak lelu	Usb:
12.15		- Monitor keadaan umum	S = pasien mengatakan keadaannya baik D = Pasien tampak kooperatif TD = 124/73 mmHg S = 36,0 °C	Usb:

GELATIK

				N = 78 x / menit	
				RR = 20 x / menit	
12.20		- Memfasilitasi aktivitas Mobilisasi dengan alat bantu (kruk)		S = Pasien mengatakan sudah latihan untuk memakai kruk	Ubat
				O = pasien tampak lebih baik	
12.00	Gangguan Pola tidur b-d kurang	- mengidentifikasi Pola aktivitas dan tidur		S = pasien Mengatakan Pola aktivitas dan tidurnya sudah membaik	Ubat
12.25	kontak tidur			O = pasien tampak lebih baik dan kooperatif	
12.30		- mengidentifikasi faktor pengganggu tidur		S = pasien Mengatakan sudah bisa tidur dengan nyenyak	Ubat
				O = pasien tampak lebih segar	

F. EVALUASI			
Hari Pertama			
Tgl/ Jam	Diagnosa / Laporan	catatan Pertimbangan	TTD
13/02 2021 15.00-15.27	Nyeri Akut b-d Arah pembeda fisik	S = Pasien Mengatakan nyeri pada kaki sebelah kanan nyeri terasa tertusuk-tusuk, rasanya hilang timbul, nyeri dirasakan saat bergerak dan skalanya 5 P = Pasien Mengatakan nyeri dirasakan saat bergerak Q = Nyeri seperti tertusuk - tusuk R = Nyeri dibagian kaki sebelah kanan S = skala nyeri 5 T = Nyeri hilang timbul O = pasien tampak meringis merasakan nyeri TD = 142/72 mmHg N = 90 x / menit S = 27,90%	Ubat

		A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, kualitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Berikan teknik non farmakologis 4. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	
13/02	Gangguan mobilitas fisik b.d kerusakan integritas struktur tulang	S: pasien mengatakan mobilitas fisiknya terbatas dan tidak bisa banyak bergerak D: pasien tampak terbaring, lemah dan lesu A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4	UW:
13/02	Gangguan pada tidur b.d kurang kontrol tidur	S: Pasien mengatakan kadang terbangun di malam hari karena nyeri pada kaki D: pasien tampak kurang tidur A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4	UW:

Pasi Reda

Tgl / Jam	Diagnosa Keperawatan	catatan perkembangan	TD
14/02	Nyeri Akut b.d Agen Pencedera fisik	S: pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang dengan skala nyeri 4 D: pasien tampak masih merasa sakit dan lesu TD = 130/70 mmHg M = 87x/menit S = 36.9 °C RR = 20x/menit A: Masalah teratasi Sebagian P: Lanjutkan intervensi 1 dan 2	UW:
14/02	Gangguan mobilitas fisik b.d kerusakan integritas struktur tulang	S: pasien mengatakan belum menggunakan kruk dan aktivitasnya masih terbatas D: pasien tampak masih terbaring TD = 130/70 mmHg M = 87x/menit S = 36.9 °C RR = 20x/menit	UW:

		A. Masalah teratasi Sebagian P. Lanjutkan Intervensi 1, 2, 3	
14/02 2021 15-20 16.05	Gangguan pola tidur b-d kurang kontrol tidur	S: Pasien mengatakan sudah mengetahui waktu tidurnya dan pasien mengatakan sering terjaga malam berkarang O: Pasien tampak Segar A. Masalah teratasi Sebagian P. Lanjutkan Intervensi 1 dan 2	Uji

Hari ketiga

Tgl Jam	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	TTD
15/02 2021 09.00 12.00	Nyeri Akut b-d Agen pencedera fisik	S: pasien mengatakan nyeri berkurang dan skala nyeri nya menjadi 3 O: Pasien tampak lebih baik TD: 124/73 mmHg S: 36,0 °C N: 70 x/menit RR: 20 x/menit A. Masalah teratasi Sebagian P. Lanjutkan Intervensi (Latihan Tarik nafas Dalam)	Uji
15/02 2021 12.10 12.20	Gangguan Mobilitas fisik b-d kurangnya Integritas struktur tulang	S: Pasien mengatakan sudah bisa menggunakan kaki dan Mobilisasi Mandiri O: Pasien tampak Segar dan kooperatif A. Masalah teratasi P. Hentikan Intervensi	Uji
15/02 2021 12.25 12.30	Gangguan pola tidur b-d kurang kontrol tidur	S: Pasien mengatakan sudah tidak ada gangguan tidur, tidurnya sudah tidak ada keluhan O: Pasien tampak Segar dan kooperatif A. Masalah teratasi P. Hentikan Intervensi	Uji