

**ASUHAN KEPERAWATAN POST OP PADA KLIEN
FRAKTUR FEMUR TERTUTUP DENGAN TINDAKAN *OPEN
REDUCTION INTERNAL FIXATION (ORIF)* DI RUANG
BAITUSSALAM 1
RSI SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah :

Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk
memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh :

Diva Mauli Yusuf

40901900018

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
2022**

**ASUHAN KEPERAWATAN POST OP PADA KLIEN
FRAKTUR FEMUR TERTUTUP DENGAN TINDAKAN OPEN
REDUCTION INTERNAL FIXATION (ORIF) DI RUANG
BAITUSSALAM 1
RSI SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

Diva Mauli Yusuf

40901900018

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
2022**

HALAMAN PERSETUJUAN

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah Berjudul :

**Asuhan Keperawatan Post Op Pada Klien Fraktur Femur
Tertutup Dengan Tindakan *Open Reduction Internal Fixation*
(ORIF) Di Ruang Baitussalam 1 RSI Sultan Agung Semarang**

Disusun oleh :

Nama : Diva Mauli Yusuf

NIM : 40901900018


Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh pembimbing untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada

Hari : Senin

Tanggal : 06 Juni 2022

Semarang, 23 Mei 2022

Pembimbing


(Ns. Ahmad Ikhlasul Amal, MAN)
NIDN : 06-0510-8901

HALAMAN PENGESAHAN

HALAMAN PENGESAHAN


Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi D III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada Senin Tanggal 06 Juni 2022 dan telah diperbaiki sesuai masukan Tim Penguji.

Semarang, 06 Juni 2022

Penguji I

Ns. Retno Issroviatiningrum, M.Kep

NIDN. 06-0403-8901


(.....)

Penguji II

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


NIDN. 06-1306-7403


(.....)

Penguji III

Ns. Ahmad Ikhlasul Amal, MAN

NIDN. 06-0510-8901


(.....)

Mengetahui

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan


UNISSULA
Ivan Ardian, SKM, M.Kep

NIDN. 06.2208.7403

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya mengatakan 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.



HALAMAN MOTTO

MAN JADDA WAJADA

**“BARANG SIAPA YANG BERSUNGGUH SUNGGUH PASTI
MENDAPAT”**

MAN SHABARA ZHAFIRA

**“BARANG SIAPA YANG BERSABAR MAKA
BERUNTUNGLAH IA”**

MAN SAARO ‘ALAA DARBI WASHOLA

**“BARANG SIAPA YANG BERJALAN PADA JALANYA
MAKA SAMPAILAH IA”**

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmaanirrahiim

Segala puji syukur bagi Allah SWT, Yang telah memberikan rahmat, hidayah serta karunia-Nya, sehingga penulis diberikan kesempatan untuk menyelesaikan karya Tulis Ilmiah dengan judul : **Asuhan Keperawatan Post Op Pada Klien Fraktur Femur Tertutup Dengan Tindakan *Open Reduction Internal Fixation (ORIF)* Di Ruang Baitussalam 1 RSI Sultan Agung Semarang**

Penyusunan karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan sesuai dengan yang direncanakan. Untuk itu, pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan terimakasih kepada :

1. Bapak Prof. Dr. H. Gunarto, SH.,M.Hum selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang
2. Bapak Iwan Ardian SKM, M.Kep selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang
3. Bapak Ns. Muh Abdurrouf, M.Kep selaku Kaprodi DIII Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang
4. Bapak Ns. Ahmad Ikhlasul Amal,MAN selaku Pembimbing yang telah sabar dan selalu meluangkan waktu dalam memberikan bimbingan, nasehat, ilmu dan tidak pernah bosan memberikan semangat untuk saya guna menyusun Karya Tulis Ilmiah ini
5. Bapak Ibu Dosen dan Karyawan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula yang senantiasa memberikan semangat dan doa untuk penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini
6. Seluruh pihak Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang yang menyediakan lahan praktik untuk pengambilan kasus Karya Tulis Ilmiah ini
7. Kedua orang tua saya Bapak Lukman Fajar Haris dan Ibu Siti Madinah yang senantiasa mendoakan, menyemangati, serta memberikan kasih sayang yang sangat luar biasa sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan baik

8. Kakak saya Naufal Fawwaz dan adik saya Rihadatul Aisy yang senantiasa memberikan support dan doa yang tiada henti. Semoga kita selalu mampu menjadi anak yang berbakti dan mampu membanggakan orang tua kita.
9. Seluruh keluarga yang tidak bisa saya sebutkan satu per satu selalu memberikan semangat dan doa untuk menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini
10. Teman satu bimbingan Eka Salsa Sari dan Eka Cindy yang selalu memberikan semangat, bertukar pikiran dan mencari solusi dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini
11. Teman-teman seperjuangan D-III Keperawatan 2019 yang saling memberikan semangat dan saling membantu terimakasih sudah memberikan kenangan indah di kelas kita selama 3 tahun ini tidak akan terlupakan, terimakasih untuk keseruan kalian see you in the future
12. Terimakasih juga keluarga besar HMJ DIII Keperawatan yang memberikan motivasi, pengalaman organisasi selama 3 tahun ini

Penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan, penulis berharap Karya Tulis Ilmiah ini nantinya bisa bermanfaat bagi banyak pihak.

Semarang, 06 Juni 2022

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME	iv
HALAMAN MOTTO	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
BAB I.....	1
PENDAHULUAN.....	1
A Latar Belakang	1
B Rumusan Masalah	3
C Tujuan Umum	3
D Tujuan Khusus	3
E Manfaat Studi Kasus	4
BAB II	5
KONSEP DASAR	5
1. Konsep Dasar Penyakit	5
a. Definisi Fraktur Femur	5
b. Etiologi	5
c. Patofisiologi.....	5
d. Manifestasi Klinis.....	6
e. Pemeriksaan Diagnostik	7
f. Komplikasi	7
g. Penatalaksanaan.....	8
2. Konsep Dasar Keperawatan	8
3. Pathways	16
BAB III.....	17
LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN	17

A Hasil Studi Kasus	17
1. Pengkajian	17
a. Riwayat kesehatan	17
b. Pola Kesehatan Fungsional.....	18
c. Pemeriksaan Fisik (head to toe)	20
d. Pemeriksaan penunjang	21
2. Analisa data	21
3. Intervensi.....	22
4. Implementasi	23
5. Evaluasi	27
BAB IV	30
PEMBAHASAN	30
A Pengkajian	30
B Diagnosa keperawatan	30
C Intervensi keperawatan.....	33
D Implementasi	35
E Evaluasi	36
BAB V.....	38
KESIMPULAN.....	38
A Simpulan	38
B Saran.....	39
DAFTAR PUSTAKA.....	40
LAMPIRAN.....	43

BAB I

PENDAHULUAN

A Latar Belakang

Fraktur merupakan salah satu penyebab cacat, yang diakibatkan karena suatu trauma yaitu berupa kecelakaan. Fraktur yang banyak terjadi di Indonesia terjadi pada ekstremitas bawah. Fraktur ekstremitas bawah sebagian besar terjadi akibat kecelakaan, memiliki riwayat tingkat inap yang tinggi lama rawat dan operasi. Fraktur terbanyak diakibatkan oleh kecelakaan. Angka kecelakaan fraktur di dunia semakin meningkat seiring bertambahnya jumlah kendaraan. Angka kendaraan akan meningkat seiring dengan bertambahnya jumlah kendaraan setiap tahunnya. Fraktur dapat menyebabkan kecacatan dan komplikasi. Fraktur dapat menyebabkan kerusakan fragmen tulang, dan dapat mempengaruhi sistem muskuloskeletal yang berpengaruh terhadap kegiatan sehari-hari yang dapat mempengaruhi penderita (Freye et al., 2019).

Berdasarkan laporan dari WHO (*World Health Organization*) mencatat pada bulan Desember 2018 jumlah orang meninggal dunia akibat kecelakaan lalu lintas dengan rata – rata usia 5-29 tahun telah mencapai 1,35 juta orang. Tingkat kecelakaan kendaraan di kawasan Asia pasifik terdapat sebesar 43% dari total kecelakaan di dunia, yang di dalamnya termasuk Indonesia.

Insiden fraktur femur di Indonesia adalah yang paling sering terjadi yaitu sebesar (39%) diikuti fraktur humerus (15%), fraktur tibia dan fibula (11%) dimana penyebab paling banyak yaitu disebabkan kecelakaan lalu lintas yaitu kecelakaan motor, mobil atau kendaraan rekreasi (62,6%) dan jatuh (37,3%) dan mayoritas adalah pria (63,8%). 4,5% puncak distribusi usia pada fraktur femur adalah pada umur dewasa (15-34 tahun) dan orang tua diatas 70 (Risnah et al., 2019).

Menurut data Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2018 menemukan sebanyak 92.976 kejadian terjatuh yang mengalami fraktur

sebanyak 5.114 jiwa. Di Jawa Tengah insiden kejadian fraktur berada pada posisi nomor 14 dengan sebanyak 297 jiwa (Susanti & Hayyu, 2020).

Fraktur dapat menyebabkan gangguan fisik maupun psikologis pada seseorang sehingga dapat menimbulkan nyeri. Nyeri yang dialami oleh klien fraktur merupakan nyeri muskuloskeletal yang termasuk dalam nyeri akut. Nyeri pada klien fraktur apabila tidak segera diatasi dapat mengganggu proses fisik, bisa menimbulkan stres dan cemas berlebih yang dapat mengganggu istirahat dan proses penyembuhan. Akibat yang muncul karena trauma pada fraktur diantaranya, keterbatasan aktivitas, dapat terjadi perubahan pada bagian tubuh yang cedera, dan kecemasan akibat rasa nyeri yang dirasakan (Kurniawan et al., 2021).

Pada klien penderita fraktur pada umumnya akan dilakukan tindakan pembedahan. Klien yang melakukan tindakan pembedahan tentu akan mengalami nyeri meskipun diberikan analgesik. Nyeri tersebut dapat menyebabkan kenyamanan klien terganggu. Pada saat dilakukan pembedahan, dokter maupun perawat akan menggunakan anestesi. Penggunaan anestesi pada saat dilakukan pembedahan bertujuan untuk menghambat konduksi saraf secara tidak langsung yang dapat menjadi indikasi sebagai penghambat nyeri, namun setelah dilakukan tindakan pembedahan efek anestesi akan hilang dan klien akan mengalami keluhan nyeri. Nyeri akan berpengaruh terhadap nafsu makan, aktivitas sehari-hari, hubungan dengan orang sekitar dan emosional (Hermanto et al., 2020).

Pada klien post op fraktur masalah keperawatan yang terjadi yaitu timbul edema, nyeri dan immobilisasi yang mengakibatkan terbatas gerak ataupun aktivitas, menurunnya kemampuan berjalan yang disebabkan luka bekas trauma dan pembedahan. Nyeri pada luka operasi mengakibatkan klien enggan bergerak leluasa, tetapi hal tersebut justru salah terlebih dalam masa proses penyembuhan, karena jika hal tersebut terjadi maka besar kemungkinan akan terjadinya pemendekan otot dan tendon. Fraktur ekstremitas bawah sering terjadi yang mengakibatkan penderita menjalani perawatan cukup lama di rumah sakit. Pada penderita cedera ekstremitas

bawah dapat mengalami kesulitan untuk berjongkok, bekerja, mengangkat beban berat. Fraktur ekstremitas bawah diantaranya fraktur femur, tibia dan fibula sehingga penderita fraktur tidak dapat melakukan kegiatan sehari-hari karena immobilisasi. Dalam kegiatan nya penderita fraktur banyak memerlukan bantuan orang sekitar khususnya keluarga terdekat (Wantoro et al., 2020).

Berdasarkan pada pemaparan data tersebut, penulis tertarik untuk melakukan studi kasus “Asuhan Keperawatan Post Operasi Pada Klien Fraktur Femur Tertutup Dengan Tindakan *Open Reduction Internal Fixation (ORIF)* Di Ruang Baitussalam 1 RSI Sultan Agung Semarang”. Maka peran perawat dalam kasus ini yaitu memonitor kualitas nyeri dan memotivasi klien melakukan ROM aktif dan pasif kepada klien post operasi fraktur. Dengan adanya studi kasus pada klien post operasi fraktur, diharapkan dapat membuat kecacatan bahkan kematian yang diakibatkan fraktur menurun.

B Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, penulis mengambil rumusan masalah :

“Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Post Operasi Pada Klien Fraktur Femur Tertutup Dengan Tindakan *Open Reduction Internal Fixation (ORIF)* Di Ruang Baitussalam 1 RSI Sultan Agung Semarang ?

C Tujuan Umum

Menjelaskan tentang asuhan keperawatan post operasi pada klien fraktur femur tertutup dengan tindakan *Open Reduction Internal Fixation (ORIF)* di ruang Baitussalam 1 RSI Sultan Agung Semarang.

D Tujuan Khusus

- 1) Mampu melakukan pengkajian keperawatan pada klien post op fraktur femur tertutup dengan tindakan ORIF

- 2) Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada klien post op fraktur femur tertutup dengan tindakan ORIF
- 3) Mampu menyusun intervensi keperawatan pada klien post op fraktur femur tertutup dengan tindakan ORIF
- 4) Mampu melakukan implementasi pada klien post op fraktur femur tertutup dengan tindakan ORIF
- 5) Mampu melakukan evaluasi keperawatan pada klien post op fraktur femur tertutup dengan tindakan ORIF

E Manfaat Studi Kasus

- 1) Bagi institusi
Sebagai tolak ukur kemampuan mahasiswa dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada klien post op fraktur femur tertutup dengan tindakan ORIF
- 2) Bagi lahan praktik
Sebagai bahan untuk meningkatkan pelayanan di bidang keperawatan khususnya pada klien post op fraktur femur tertutup dengan tindakan ORIF
- 3) Bagi masyarakat
Sebagai sumber pengetahuan untuk masyarakat saat melakukan perawatan pada anggota keluarga yang menderita post op fraktur femur tertutup dengan tindakan ORIF

BAB II

KONSEP DASAR

1. Konsep Dasar Penyakit

a. Definisi Fraktur Femur

Terjadinya diskontinuitas tulang dikarenakan trauma atau tenaga fisik disebut patah tulang atau fraktur, hal ini dapat terjadi karena kegagalan tulang dalam menahan tekanan, memutar, membengkok dan tarikan dapat mengakibatkan terjadinya patah tulang atau fraktur (Suhail et al., 2021).

Fraktur femur adalah terputus atau hilangnya diskontinuitas tulang femur yang dapat terjadi karena trauma secara langsung (kecelakaan lalu lintas atau karena terjatuh dari ketinggian) maupun tidak langsung dan lebih banyak dialami oleh laki-laki (Doris, 2020).

b. Etiologi

Fraktur yaitu suatu kondisi terputusnya kontinuitas jaringan. Trauma adalah faktor paling umum yang menjadi penyebabnya. Sedangkan osteoporosis menjadi faktor sekunder banyak dialami penderita fraktur. Kejadian fraktur umumnya diikuti dengan terganggunya jaringan lunak di sekitar lokasi. Sedangkan pada usia dewasa penyebab paling sering terjadi yaitu karena kecelakaan lalu lintas. Selain itu juga karena terjatuh dari ketinggian (Donsu et al., 2021).

c. Patofisiologi

Fraktur menyebabkan kerusakan pada korteks, pembuluh darah, sumsum tulang, dan jaringan lunak. Akibat dari kerusakan tersebut mengakibatkan pendarahan, kerusakan pada tulang dan jaringan di sekitarnya. Kondisi ini menyebabkan hematoma di saluran sumsum tulang antara periosteum bawah dan jaringan tulang yang menutupi fraktur.

Keadaan respons inflamasi oleh jaringan inflamasi sirkulasi nekrotik ditandai dengan fase vasodilatasi dari plasma dan leukosit, ketika kerusakan tulang terjadi, tubuh mulai menjalankan proses penyembuhan untuk memperbaiki kerusakan tersebut, tahap ini menandai tahap awal penyembuhan tulang.

Hematoma yang tercipta biasanya memicu peningkatan tekanan di sumsum tulang yang merangsang pelepasan lemak, memindahkan massa lemak ke dalam pembuluh darah yang mensuplai organ lain. Hematoma menyebabkan pelebaran kapiler di otot, yang menyebabkan peningkatan tekanan kapiler pada otot eskemik, lalu menstimulasi histamin di otot yang menyebabkan kehilangan pada protein plasma dan masuk ke interstitial. Hal ini menyebabkan edema. Edema yang terbentuk menekan ujung saraf yang dapat berlangsung lama dan menyebabkan sindrom kompartemen (Suriya & Zuriati, 2019).

d. Manifestasi Klinis

Nyeri akut, kehilangan fungsi, deformitas pemendekan ekstrimitas dan krepitasi adalah gejala klinis dari fraktur (Smeltzer et al., 2017).

- 1) Rasa sakit yang terus menerus dan meningkat sampai mengakibatkan keparahan pada fragmen tulang.
- 2) Kehilangan fungsi, Ekstrimitas tidak dapat berfungsi dengan baik, yang diakibatkan oleh patah tulang
- 3) Kelainan bentuk, perpindahan, angulasi atau rotasi fragmen pada fraktur pada lengan atau kaki yang menyebabkan kelainan bentuk
- 4) Pemendekan, sebenarnya pada fraktur tulang panjang terjadi pemendekan ekstrimitas karena kompresi tulang yang patah
- 5) Krepitasi, ketika ekstrimitas dipalpasi dengan lembut, sensasi runtuh yang disebut krepitus dapat dirasakan disebabkan gesekan fragmen tulang.

e. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik menurut (Purwanto, 2016).

- 1) Pemeriksaan foto radiologi dari fraktur adalah pemeriksaan untuk mengetahui lokasi dan luas fraktur
- 2) Pemeriksaan jumlah darah lengkap
- 3) Arteriografi adalah pemeriksaan untuk mengetahui jika dicurigai adanya kerusakan vaskuler
- 4) Kreatinin adalah pemeriksaan untuk mengetahui trauma otot meningkatkan beban kreatinin untuk klirens ginjal
- 5) Scan tulang adalah pemeriksaan untuk mengetahui fraktur lebih detail, mengidentifikasi rusaknya jaringan lunak.

f. Komplikasi

Komplikasi menurut (Suriya & Zuriati, 2019)

- 1) Komplikasi awal

Komplikasi awal yang terjadi setelah fraktur merupakan kejadian syok, yang berakibat fatal setelah beberapa jam kejadian, lalu emboli lemak yang terjadi dalam 48 jam, dan sindrom kompartmen yang mengakibatkan kehilangan fungsi ekstrimitas secara permanen.

- 2) Komplikasi lambat

Komplikasi lambat pada fraktur merupakan penyatuan tulang yang mengalami patah terlambat bahkan tidak ada penyatuan sama sekali. Hal ini terjadi apabila proses penyembuhan tidak terjadi dalam waktu normal untuk jenis dan fraktur tertentu. Penyatuan tulang yang lama dari waktu perkiraan sehubungan dengan adanya proses infeksi sistemik, sedangkan kegagalan penyatuan tulang diakibatkan karena penyatuan pada ujung tulang yang mengalami patahan.

g. Penatalaksanaan

Menurut (Purwanto, 2016) penatalaksanaan fraktur atau patah tulang diantaranya adalah :

- 1) Reduksi fraktur terbuka atau tertutup : memanipulasi fragmen tulang yang patah sedapat mungkin agar mengembalikannya ke tempat semula
- 2) Imobilisasi fraktur
- 3) Dapat dilakukan dengan fiksasi interna atau eksterna
- 4) Mengembalikan dan mempertahankan fungsi
 - a) Perlu mempertahankan imobilisasi dan reduksi sesuai kebutuhan
 - b) Pemberian obat analgetik untuk menghilangkan rasa nyeri
 - c) Pemantauan status neurovaskular, misalnya : nyeri, peredaran darah, gerakan.
 - d) Melatih kekuatan otot dilakukan untuk mengurangi atrofi disuse dan untuk meningkatkan peredaran darah.

2. Konsep Dasar Keperawatan

a. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah pertama dalam proses keperawatan. Pada tahap pengkajian didapatkan informasi seputar data klien dan menggunakannya untuk menentukan ke tahap proses keperawatan selanjutnya (Khoirini & Annisa, 2019).

- 1) Identitas klien dan penanggung jawab
Nama, usia, jenis kelamin, pendidikan, agama, pekerjaan, suku/negara, tempat tinggal, diagnosis medis, tanggal dan jam masuk, no registrasi.
- 2) Stasus kesehatan sekarang

Keluhan utama, alasan masuk Rumah Sakit, faktor penyebab, durasi keluhan, munculnya keluhan, upaya yang dilakukan dalam penanganan.

3) Riwayat kesehatan dahulu

Penyakit masa lalu (berkaitan dengan riwayat penyakit saat ini) kecelakaan, pernah dirawat di RS atau tidak, alergi, vaksinasi.

4) Riwayat penyakit keluarga

Struktur kesehatan (genogram tiga generasi), penyakit yang pernah dialami, penyakit yang sedang diderita keluarga.

5) Kondisi lingkungan

Kondisi rumah klien bersih atau tidak, kemungkinan adanya bahaya

b. Pola kesehatan fungsional

1) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Mengungkapkan perihal pola kesehatan yang dipahami serta cara klien mengelola kesehatannya.

2) Pola nutrisi dan metabolik

Pola makan klien (frekuensi, porsi, makan/minum, jenis makanan yang dikonsumsi), alergi makanan, adakah batasan dalam mengkonsumsi makanan, vitamin atau obat penambah nafsu makan, keluhan dalam mengkonsumsi makanan.

3) Pola eliminasi

Pola BAB dan BAK (frekuensi, waktu, konsistensi, warna, keluhan diare, jumlah), terpasang kateter atau kolostomi atau tidak)

4) Pola aktivitas dan latihan

Mengidentifikasi adanya keluhan atau kesulitan dalam aktivitas dan latihan

5) Pola tidur dan istirahat

Pola tidur, seperti kebiasaan (waktu, lama tidur per hari), adanya keluhan tidur misalnya sering bangun tengah malam, insomnia dll

6) Pola kognitif-perseptual sensori

Mengidentifikasi adanya keluhan penglihatan dan pendengaran, kemampuan daya ingat, kemampuan berbicara, kemampuan memahami pesan yang diterima, kemampuan pengambilan keputusan.

7) Pola konsep diri dan persepsi diri

a) Persepsi diri : sesuatu yang ada pikiran, status emosi sekarang, keinginan klien selesainya melakukan perawatan dan perubahan yang dirasakan sesudah sakit.

b) Konsep diri :

Citra diri: pandangan pada kondisi tubuh, apakah ada dampak penyakit yang dialami terhadap perspektif klien.

Identitas : pandangan status dan posisi klien sebelum perawatan, dan seberapa puas klien dengan posisi dan statusnya sekarang

Peran : peran atau tugas yang dijalani klien dalam keluarga atau komunitas, kemampuan klien dalam melakukan peran tersebut dan apakah perubahan peran terjadi selama perawatan.

Ideal diri : keinginan klien pada tubuh, posisi dan peranya, harapan klien terhadap dirinya dan terhadap lingkungan

Harga diri : bagaimana penilaian orang lain terhadapnya serta penilaian nya pada diri sendiri.

8) Pola mekanisme koping

Mengidentifikasi pola koping, toleransi terhadap stress dan support sistem klien, bagaimana klien dalam mengambil suatu keputusan, apa yang dilakukan klien jika mengalami masalah.

9) Pola seksual dan reproduksi

Mengidentifikasi pengetahuan klien terhadap kebutuhan seksual dan reproduksi.

10) Pola peran berhubungan dengan orang lain

Mengidentifikasi interaksi dan kemampuan klien dalam berkomunikasi dengan orang lain

11) Pola nilai dan kepercayaan

Mengidentifikasi kemampuan melaksanakan syariat agama sesuai kepercayaan

c. Pemeriksaan fisik (head to toe)

1) Kesadaran

Composmentis, somnoler, apatis, stupor, soporo koma, koma.

2) Penampilan

Pucat, lemah dll

3) Tanda vital

- a) Suhu tubuh
- b) Tekanan darah
- c) Respirasi
- d) Nadi

4) Kepala

Kebersihan, bentuk, warna rambut, rontok ketombe dll

5) Mata

Bentuk, ukuran pupil, ketajaman penglihatan, respons terhadap cahaya, konjungtiva anemis atau tidak, sclera ikterik/tidak, alat bantu.

6) Telinga

Bentuk, gangguan indra pendengaran, alat bantu yang dipakai, serumen, infeksius, tinnitus.

7) Hidung

Bagaimana kebersihan, epistaksis, adakah polip, adakah sekret, nafas cuping hidung, penggunaan oksigen.

8) Mulut dan tenggorokan

Pemeriksaan gigi, hambatan dalam berbicara, bau, nyeri, warna kesulitan mengunyah/menelan, posisi trakea, keadaan vena jugularis, benjolan di leher, serta pembesaran tonsil

9) Dada

Paru – paru

Inspeksi : naik turunnya dada simetris atau tidak

Palpasi : adakah benjolan, adakah nyeri tekan

Perkusi : normal bunyi sonor

Auskultasi : bunyi reguler, adakah suara tambahan seperti wheezing, ronchi dll.

Jantung

Inspeksi : ictus cordis tidak tampak

Palpasi : ictus cordis tidak teraba

Perkusi : bunyi pekak

Auskultasi : bunyi tunggal pada S1 dan S2

10) Abdomen

Inspeksi : adanya benjolan atau tidak, ada lesi atau tidak

Palpasi : adanya nyeri tekan atau tidak

Perkusi : bunyi tympani

Auskultasi : bunyi bising usus normal 20x/menit

11) Genetalia

Kebersihan area genetal, adanya luka, tanda infeksi, kaji kebersihan kateter (jika terpasang), adanya infeksi pada area pemasangan kateter, adanya hemoroid.

12) Ekstrimitas bawah dan atas

Inspeksi kuku, kulit, (kebersihan, warna, turgor, adanya edema, keutuhan dll)

Capillary refill time

Kemampuan berfungsi mobilitas dan keamanan, untuk semua ekstremitas yaitu kekuatan otot, kondisi gerak dan keseimbangan, penggunaan alat bantu.

Apabila terpasang selang infus, evaluasi area tusukan, kaji tanda infeksi pada wilayah tusukan, serta adanya rasa nyeri berlebih pada daerah tusukan.

13) Kulit

Kebersihan, turgor, adanya edema, warna kelembaban, apabila ada luka, adanya jahitan, infeksi pada luka, observasi keadaan luka, dan keadaan balutan luka.

d. Diagnosa keperawatan

Menurut SDKI DPP (PPNI, 2017). Diagnosa keperawatan adalah pernyataan atau penilaian seorang perawat terhadap masalah yang muncul dikarenakan respon klien. Berikut beberapa diagnosa yang mungkin muncul dalam studi kasus.

- 1) Nyeri akut b.d agen pencedera fisik
- 2) Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri
- 3) Gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan

e. Intervensi

Menurut SIKI & SLKI DPP (PPNI, 2018)

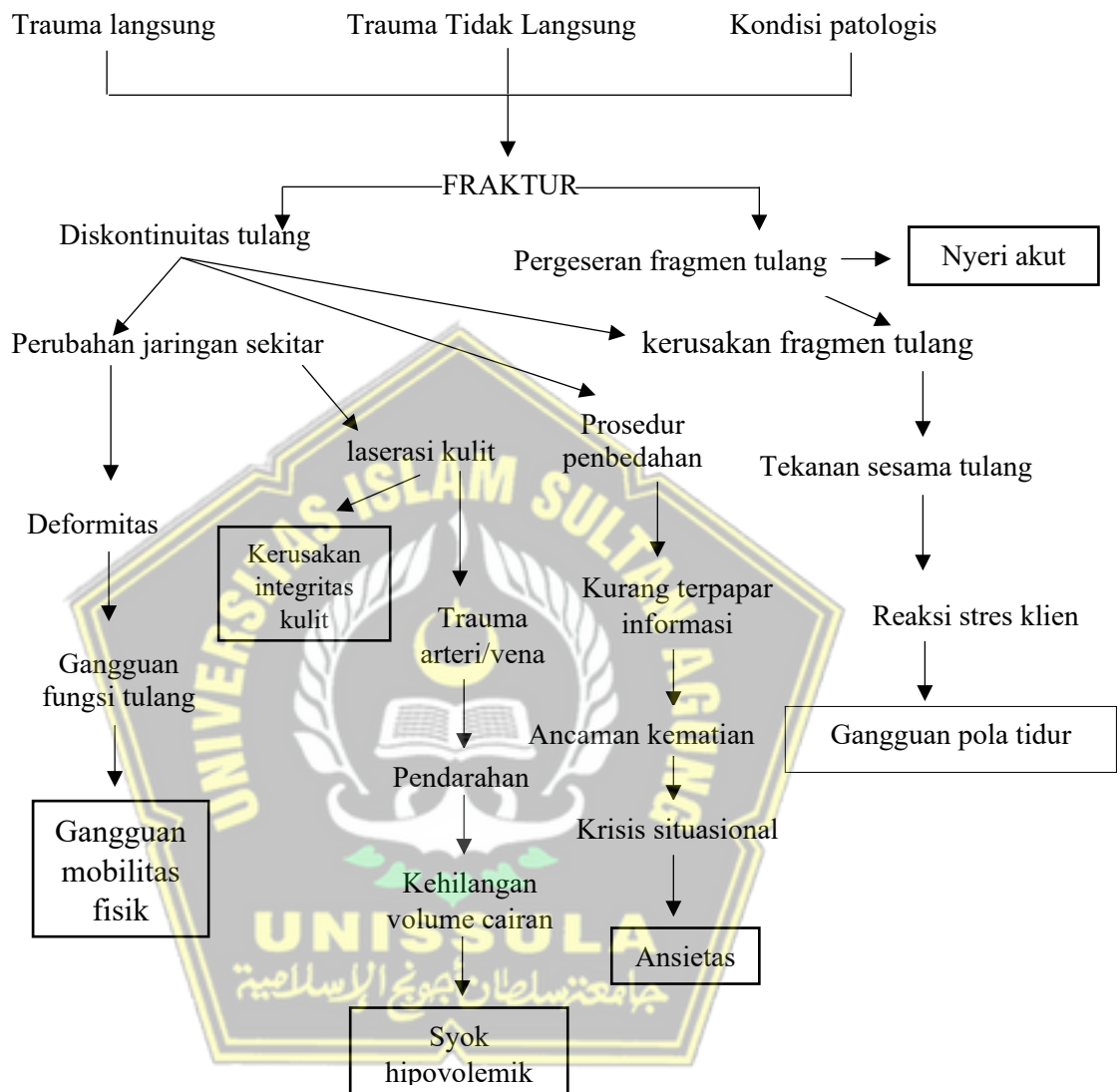
- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
 - a) Tujuan : sesudah mengimplementasikan asuhan keperawatan selama 3x8 jam maka diharapkan nyeri akut dapat menurun.
 - b) Kriteria hasil :
 - (1) Keluhan nyeri menurun
 - (2) Meringis menurun
 - (3) Gelisah menurun
 - (4) Ketegangan otot menurun
 - (5) Frekuensi nadi membaik
 - (6) Pola nafas membaik

- c) Intervensi
- (1) Monitor kualitas nyeri
 - (2) Lakukan pemantauan nyeri
 - (3) Monitor penyebaran dan lokasi nyeri
 - (4) Monitor intensitas nyeri
 - (5) Atur interval waktu pemantauan sesuai kondisi klien
- 2) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri
- a) Tujuan :
- Setelah mengimplementasikan asuhan keperawatan selama 3x8 jam maka diharapkan mobilitas fisik meningkat .
- b) Kriteria hasil
- (1) Nyeri menurun
 - (2) Kecemasan menurun
 - (3) Gerakan terbatas menurun
 - (4) Kelemahan fisik menurun
- c) Intervensi
- (1) Tinggikan tempat tidur bagian kepala
 - (2) Motivasi melakukan ROM aktif dan pasif
 - (3) Hindari posisi yang menimbulkan ketegangan pada luka
 - (4) Hindari posisi yang dapat meningkatkan nyeri
 - (5) Motivasi terlibat dalam perubahan posisi, sesuai kebutuhan.
- 3) Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan
- a) Tujuan
- Setelah mengimplementasikan asuhan keperawatan selama 3x8 jam maka diharapkan status kenyamanan meningkat.
- b) Kriteria hasil
- (1) Rileks meningkat

- (2) Keluhan tidak nyaman menurun
 - (3) Gelisah menurun
 - (4) Kesulitan tidur menurun
 - (5) Pola tidur membaik
- c) Intervensi
- (1) Identifikasi masalah yang dialami
 - (2) Ciptakan ruangan yang tenang dan nyaman
 - (3) Anjurkan berdoa, berdzikir, membaca kitab suci, ibadah sesuai agama yang dianut.



3. Pathways



Sumber : (Purwanto, 2016)

BAB III

LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN

A Hasil Studi Kasus

Berdasarkan studi yang telah dilaksanakan pada tanggal 17 Januari 2022 pada pukul 09.00 WIB di ruang Baitussalam 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang, didapatkan data pengkajian klien bernama Tn. A berusia 19 tahun dengan jenis kelamin laki-laki. Klien beragama islam menetap di Demak, klien merupakan seorang karyawan swasta, pendidikan terakhir klien SMA. Klien mengalami insiden jatuh di kamar mandi karena lantai yang licin dan tidak bisa menjaga keseimbangan , kemudian klien diantar oleh orang tua ke rumah sakit pada tanggal 15 Januari pukul 17.45 dan mengharuskan klien untuk dilakukan pemeriksaan lebih lanjut.

1. Pengkajian

Pengkajian ini dilaksanakan pada tanggal 17 Januari 2022 pukul 09.00 WIB di ruang Baitussalam 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. Klien bernama Tn. A berumur 19 tahun dengan jenis kelamin laki-laki. Klien beragama islam dan menetap di Demak, klien merupakan seorang karyawan swasta. Pendidikan terakhir klien adalah SMA. Klien dibawa ke rumah sakit karena mengalami insiden terjatuh di kamar mandi karena lantai yang licin dan tidak bisa menjaga keseimbangan lalu klien mengeluh nyeri pada kaki kirinya. Kemudian klien diantar oleh orang tua ke rumah sakit pada tanggal 15 Januari 2022 pukul 17.45 WIB dan mengharuskan klien untuk dilakukan pemeriksaan lebih lanjut.

a. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama

Klien mengatakan bahwa dirinya mengeluhkan nyeri di area kaki kiri bagian atas setelah terjatuh.

2) Status kesehatan saat ini

Klien mengatakan diantar oleh orang tua ke rumah sakit pada tanggal 15 Januari 2022 pukul 17.45. Mengharuskan klien untuk dilakukan tindakan lebih lanjut dan dianjurkan operasi dengan dengan diagnosa fraktur femur tertutup dan diberitahukan untuk tindakan operasi pada tanggal 16 Januari 2022 pukul 10.00 WIB. Operasi telah dilakukan pada tanggal tersebut pukul 10.00 WIB sampai pukul 11.45 WIB. Operasi berjalan dengan lancar.

3) Riwayat penyakit dahulu

Klien mengatakan 3 bulan yang lalu mengalami kecelakaan motor yang mengakibatkan klien mengalami fraktur pada kaki kiri, klien juga mengatakan tidak mempunyai riwayat alergi obat ataupun makanan

4) Riwayat kesehatan keluarga

Pihak keluarga mengatakan bahwa klien saat ini tidak memiliki penyakit yang sedang diderita.

5) Riwayat kebersihan lingkungan

Klien mengatakan letak rumah berada di desa, lingkungan sekitar cukup bersih, ventilasi rumah sudah cukup untuk cahaya masuk.

b. Pola Kesehatan Fungsional

1) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Klien mengatakan sebelum sakit beraktivitas seperti biasa, bekerja membantu orang tua. Selama sakit, klien mengerti akan sakit yang sedang diderita, klien tampak melakukan semua arahan Dokter dan Perawat dengan baik serta menerima masukan yang diberikan.

2) Pola nutrisi dan metabolik

Klien mengatakan sebelum sakit, frekuensi makan 3x sehari dengan Nasi, sayur dan lauk, porsi makan habis, minum 8 gelas sehari. Ketika sakit klien tidak merasakan perubahan pola makan dan minum. Klien menyukai semua jenis makanan. Klien tidak memiliki pantangan makanan.

3) Pola eliminasi

Klien mengatakan sebelum sakit BAK 3-4x sehari dengan warna kuning, bau khas. Ketika sakit 6-7x sehari warna kuning bau khas. Untuk BAB, sebelum sakit biasanya 2x sehari dengan konstipasi padat, warna kuning kecoklatan, bau khas, tidak ada keluhan diare. Ketika sakit, 1x sehari dengan konstipasi padat warna kuning, bau khas.

4) Pola latihan dan aktivitas

Klien mengatakan sebelum sakit, tidak ada hambatan dalam beraktivitas/bekerja. Selama sakit, aktivitas klien terhambat karena takut bergerak pasca post op dan klien tidak bisa beraktivitas seperti biasa.

5) Pola istirahat dan tidur

Klien mengatakan sebelum sakit pola tidur normal, tidur pukul 22.00 WIB dan bangun pukul 05.00 WIB. Ketika sakit klien mengalami gangguan tidur, sering terbangun akibat nyeri yang dirasakan.

6) Pola kognitif-perseptual sensori

Klien mengatakan tidak mengalami keluhan yang berhubungan dengan kemampuan sensori, seperti penglihatan, pendengaran, pengecap dan perabaan. Klien tidak menggunakan alat bantu kacamata dan pendengaran.

7) Pola persepsi diri dan konsep diri

Klien menerima ketetapan Allah SWT, klien berharap bisa segera pulih dan dapat beraktivitas kembali. Klien merasa kurang nyaman dengan kondisi sekarang karena tidak bisa bergerak bebas.

8) Pola mekanisme koping

Klien mengatakan selalu berdiskusi dengan orang tua dalam pengambilan keputusan. Klien selalu meminta bantuan kepada orang tua jika memiliki masalah.

9) Pola seksual dan reproduksi

Klien mengatakan belum menikah, tetapi memahami tentang fungsi seksual.

10) Pola berhubungan dengan orang lain

Klien mengatakan sebelum dan ketika sakit tidak ada masalah dalam berkomunikasi dengan orang lain.

c. Pemeriksaan Fisik (head to toe)

Keadaan klien composmentis. Pemeriksaan TTV dengan hasil S: 36,5 °C, TD : 115/80 mmHg, RR: 20x/menit, N: 80x/menit. Kepala simetris, warna hitam, berambut pendek, tidak kerontokan, tidak ada nyeri tekan. Mata kanan kiri tampak simetris, konjungtiva tidak enemis, tidak menggunakan alat bantu, penglihatan normal. Hidung simetris tidak ada sekret, tidak ada nafas cuping hidung, tidak ada sinusitis, tidak terpasang alat bantu nafas. Telinga kanan dan kiri simetris, tidak ada masalah pendengaran, terdapat sedikit serumen, tidak menggunakan alat bantu dengar. Mulut tampak simetris, tidak ada gangguan berbicara, gigi lengkap, bau khas, tidak ada kesulitan mengunyah/menelan, tidak ada benjolan di leher.

Pemeriksaan jantung, inspeksi : tidak tampak ictus cordis, palpasi : pengembangan dada simetris, perkusi : bunyi redup, auskultasi : irama S1 (lup) dan S2 (dup) bunyi reguler, tidak terdapat suara tambahan.

Pemeriksaan paru-paru, inspeksi : tidak ada retraksi dinding dada, palpasi : pengembangan dada simetris, perkusi : sonor, auskultasi : vesikuler, tidak ada suara tambahan.

Pemeriksaan abdomen, inspeksi : bersih, tidak terdapat lesi, palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak terdapat benjolan, perkusi : tympani, auskultasi : bising usus normal 15x/menit.

Pemeriksaan genetalia : genetalia tampak tidak kotor, tidak terpasang kateter.

Pemeriksaan ekstremitas : capillary refill time <3 detik, ekstremitas atas : tidak ada kelemahan, kekuatan otot tangan kanan dan kiri skala 5,

tidak ada infeksi pada daerah tusukan, ekstremitas bawah : kaki kanan kekuatan otot di skala 5, sedangkan kaki kiri skala 2, terdapat fraktur pada kaki kiri bagian atas.

Pemeriksaan kulit : bersih, turgor kulit normal, warna sawo matang, tidak ada edema.

d. Pemeriksaan penunjang

1) Pemeriksaan radiologi (pre orif)

Tanggal 16 Januari 2022, 08.40 WIB

a) Hasil rontgen tampak fraktur pada femur kiri, disertai pergeseran fragmen distal fraktur, alignment dan aposisi tidak baik.

2) Pemeriksaan radiologi (post orif)

Tanggal 18 Januari, 13.12. WIB

Dibanding foto sebelumnya tanggal 16 Januari 2022

- a) Fiksasi interna posisi baik, plate dan screw terpasang dengan baik.
- b) Kedudukan fragmen fraktur tampak lebih baik, aposisi dan alignment baik, tak tampak dislokasi sendi.

2. Analisa data

Berdasarkan data pengkajian yang dilakukan oleh penulis pada tanggal 17 Januari 2022 kemudian dari hasil analisis penulis menegakan diagnosa keperawatan yaitu :

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Diagnosa tersebut ditegakan karena berdasarkan data subjektif klien mengeluh nyeri

P : nyeri post operasi fraktur saat digerakan

Q : ditusuk-tusuk

R : kaki kiri bagian atas

S : skala nyeri 7

T : nyeri bertahap dan menetap

Dan data objektifnya adalah klien tampak gelisah dan meringis kesakitan

b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri. Masalah tersebut ditegakan karena berdasarkan data subjektif klien mengatakan sulit bergerak dan beraktivitas, aktivitas dibantu keluarga karena kaki kirinya terdapat fraktur. Dan data objektifnya adalah aktivitas klien dibantu keluarga, terdapat fraktur pada kaki kiri.

c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan. Masalah tersebut ditegakan karena berdasarkan data subjektif klien mengatakan kesulitan tidur, klien mengatakan tidur hanya sebentar dan tiba-tiba terbangun. Dan data objektifnya adalah klien tampak kesulitan tidur dengan nyenyak, klien tampak mengantuk.

3. Intervensi

Masalah keperawatan yang muncul pada tanggal 17 Januari 2022 tersebut, selanjutnya disusun suatu rencana keperawatan sebagai tindakan lanjut masalah keperawatan yang ditegakan pada Tn. A

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x8 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil, sebagai berikut : keluhan nyeri yang dirasakan setelah post op fraktur menurun, gelisah akibat rasa nyeri yang tidak nyaman menurun, meringis akibat menahan nyeri menurun, ketegangan otot menurun, pola nafas akibat menahan nyeri membaik.

Intervensi pertama yang dilakukan yaitu monitor kualitas nyeri, untuk memantau rasa nyeri dirasakan. Intervensi kedua yaitu monitor lokasi dan penyebaran nyeri, agar lokasi dan penyebaran nyeri tidak berpindah. Intervensi ketiga yaitu monitor intensitas nyeri menggunakan skala, untuk mengantisipasi perubahan angka nyeri yang dirasakan. Intervensi keempat yaitu atur interval waktu pemantauan sesuai kondisi klien, untuk memantau rasa nyeri yang dirasakan klien.

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x8 jam diharapkan mobilitas

fisik meningkat dengan kriteria hasil, nyeri akibat tindakan post op menurun, kecemasan akibat tindakan post op menurun, gerakan terbatas karena fraktur menurun, kelemahan fisik setelah tindakan post op menurun.

Intervensi pertama yang dilakukan yaitu meninggikan tempat tidur bagian kepala, agar posisi berbaring klien nyaman. Intervensi kedua yaitu motivasi melakukan ROM aktif dan pasif, agar klien termotivasi melakukan pergerakan dan agar kekuatan otot kembali kuat. Intervensi ketiga yaitu hindari menempatkan posisi yang dapat meningkatkan nyeri, agar skala nyeri klien tidak bertambah. Intervensi keempat yaitu hindari posisi yang menimbulkan ketegangan pada luka, agar luka yang dialami klien tidak bertambah parah. Intervensi kelima yaitu motivasi terlibat dalam perubahan posisi, agar klien bersemangat merubah posisi serta bergerak yang bertujuan mempercepat masa pemulihan.

Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan. Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x8 jam maka diharapkan status kenyamanan meningkat dengan kriteria hasil sebagai berikut : rileks meningkat, keluhan tidak nyaman akibat lingkungan sekitar menurun, gelisah akibat tidak bisa tidur menurun, kesulitan tidur akibat menahan nyeri menurun, pola tidur membaik.

Intervensi pertama yaitu identifikasi masalah yang dialami, untuk mengetahui masalah apa yang sedang klien alami yang menyebabkan kesulitan tidur. Intervensi kedua yaitu ciptakan ruangan yang tenang dan nyaman, untuk menjaga lingkungan agar tetap nyaman untuk klien beristirahat. Intervensi yang ketiga yaitu anjurkan berdoa, berdzikir, membaca kitab suci, ibadah sesuai agama yang dianut, agar klien bisa lebih dekat dengan sang maha pencipta dan supaya jiwa dan raga nya tenang dan rileks.

4. Implementasi

Berdasarkan intervensi yang telah dirancang sesuai penegakan masalah keperawatan, kemudian aplikasikan intervensi sebagai tindak

lanjut dari proses asuhan keperawatan kepada Tn. A. tindakan yang diupayakan kepada klien yaitu:

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, yaitu memonitor kualitas nyeri pada tanggal 17 Januari 2022, pukul 13.00 WIB dengan hasil, nyeri menetap dan seperti tertusuk-tusuk Selanjutnya penulis memonitor lokasi dan penyebaran nyeri pada pukul 13.05 WIB dengan hasil lokasi pada kaki kiri dan penyebarannya hanya di kaki kiri saja. Selanjutnya penulis memonitor intensitas nyeri menggunakan skala pada pukul 13.10 dan klien bersedia, hasilnya skala nyeri pada angka 7. Selanjutnya penulis mengatur interval waktu pemantauan pada pukul 13.15 WIB, dan hasilnya klien tampak gelisah dan meringis.

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri. Yaitu meninggikan tempat tidur bagian kepala pada pukul 13.15 WIB, hasilnya klien belum nyaman dengan posisi tidur. Selanjutnya pada pukul 13.20 WIB, penulis memotivasi melakukan ROM aktif dan pasif, hasilnya klien belum termotivasi melakukan pergerakan. Selanjutnya pada pukul 13.25 WIB, penulis menjelaskan kepada klien untuk menghindari menempatkan posisi yang menimbulkan ketegangan pada luka, hasilnya klien paham tentang penjelasan. Selanjutnya pada pukul 13.30 WIB, penulis menjelaskan kepada klien untuk menghindari posisi yang menimbulkan ketegangan pada luka, hasilnya klien paham tentang penjelasan. Selanjutnya penulis memotivasi klien untuk terlibat dalam perubahan posisi, hasilnya klien belum termotivasi terlibat melakukan pergerakan.

Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan, yaitu mengidentifikasi masalah yang dialami pada pukul 13.35 WIB dan hasil klien nya klien kurang nyaman dengan kaki kiri. Selanjutnya pada pukul 13.40 WIB penulis menciptakan ruangan yang tenang dan nyaman, hasilnya klien klien kurang nyaman dengan kondisi lingkungan. Selanjutnya pada pukul 13.45 WIB, penulis menganjurkan berdoa, berdzikir, membaca kitab suci, sesuai agama, hasilnya klien belum mau berdoa dan berdzikir sebelum tidur.

Implementasi dilakukan pada tanggal 18 Januari 2022 yaitu **Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik** yaitu, memonitor kualitas nyeri pada jam 13.00 WIB dengan hasil, kualitas nyeri sedikit berkurang. Selanjutnya pada pukul 13.05 WIB, penulis memonitor lokasi dan penyebaran nyeri, hasilnya lokasi dan penyebaran nyeri hanya di kaki kiri saja. Selanjutnya pada pukul 13.10 WIB, penulis memonitor intensitas nyeri menggunakan skala, hasilnya skala nyeri di angka 5. Selanjutnya pada pukul 13.15 WIB, penulis mengatur interval waktu pemantauan, hasilnya klien tampak tidak meringis.

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, yaitu pada pukul 13.20 WIB, meninggikan tempat tidur bagian kepala, hasilnya klien mulai nyaman dengan posisi kepala ditinggikan. Selanjutnya penulis memotivasi klien melakukan ROM aktif dan pasif pada pukul 13.25 WIB, hasilnya klien melakukan pergerakan ROM aktif dan pasif dengan dibantu. Selanjutnya pada pukul 13.30 penulis menjelaskan untuk menghindari menempatkan posisi yang dapat meningkatkan nyeri, hasilnya klien paham dengan penjelasan. Selanjutnya pada pukul 13.35 WIB, penulis menjelaskan untuk menghindari posisi yang dapat menimbulkan ketegangan pada luka, hasilnya klien paham dengan penjelasan. Selanjutnya penulis memotivasi klien untuk terlibat dalam perubahan posisi, hasilnya klien termotivasi dan mau terlibat dalam perubahan posisi.

Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan, penulis mengidentifikasi masalah yang dialami pada pukul 13.40, hasilnya klien kurang nyaman dengan sakit yang diderita. Selanjutnya pada pukul 13.45 WIB, penulis menciptakan ruangan yang tenang dan nyaman, hasilnya klien sedikit nyaman dengan kondisi ruangan. Selanjutnya pada pukul 13.50 WIB penulis menganjurkan berdoa, berdzikir, membaca kitab suci, ibadah sesuai agama, hasilnya klien berdoa dan berdzikir dibimbing ibu.

Implementasi yang dilakukan pada tanggal 19 Januari 2022 yaitu :

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, yaitu memonitor kualitas nyeri pada pukul 16.30 WIB, hasilnya kualitas nyeri yang dirasakan klien berkurang. Selanjutnya pada pukul 13.35 WIB, penulis memonitor lokasi dan penyebaran nyeri, hasilnya penyebaran nyeri hanya di kaki kiri dan tidak menyebar. Selanjutnya pada pukul 16.40 WIB, penulis memonitor intensitas nyeri menggunakan skala, hasilnya skala nyeri berada di angka 3. Selanjutnya pada pukul 16.45 WIB, penulis mengatur interval waktu pemantauan, hasilnya klien tampak rileks .

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, pada pukul 16.50 WIB, penulis meninggikan tempat tidur, hasilnya klien nyaman dengan posisi tidur. Selanjutnya pada pukul 16.55 WIB, penulis memotivasi melakukan ROM aktif dan pasif, hasilnya klien termotivasi melakukan pergerakan. Selanjutnya pada pukul 17.00 WIB, penulis menjelaskan untuk menghindari menempatkan posisi yang dapat meningkatkan nyeri, hasilnya klien memahami penjelasan yang disampaikan. Selanjutnya pada pukul 17.05 WIB, penulis menjelaskan untuk menghindari posisi yang menimbulkan ketegangan pada luka, hasilnya klien paham dengan penjelasan. Selanjutnya pada pukul 17.10 WIB, penulis memotivasi klien untuk terlibat dalam perubahan posisi, hasilnya klien antusias dan melakukan perubahan posisi secara mandiri.

Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan, yaitu pada pukul 17.15 WIB, penulis mengidentifikasi masalah yang dihadapi, hasilnya klien masih memikirkan luka pada kaki namun sudah terbiasa adanya perban. Selanjutnya pada pukul 17.20 WIB penulis menciptakan ruangan tenang dan nyaman, hasilnya klien nyaman dan bisa tidur nyenyak. Selanjutnya pada pukul 17.25 WIB, penulis menganjurkan berdoa, berdzikir, membaca kitab suci dan beribadah sesuai agama, hasilnya klien berdzikir dan berdoa sebelum tidur.

5. Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan untuk mengetahui respon klien terhadap tindakan asuhan keperawatan yang diberikan serta untuk kemajuan pemulihan klien, dilakukan pada tanggal 17 Januari pukul 14.00 WIB.

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, dilakukan evaluasi subjektif pada klien dengan mengatakan nyeri menetap seperti tertusuk-tusuk, lokasi nyeri di kaki kiri dan tidak menyebar, skala nyeri 7. Evaluasi objektif klien tampak meringis kesakitan, dan tidak tenang. Maka dapat disimpulkan bahwa masalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik belum teratasi dan penulis merencanakan untuk memberikan dukungan spiritual dan emosional serta melanjutkan intervensi pada hari berikutnya yaitu, memonitor kualitas nyeri, memonitor penyebaran dan lokasi nyeri, memonitor intensitas nyeri menggunakan skala, memantau klien sesuai kondisi.

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, dilakukan evaluasi subjektif, klien belum nyaman dengan posisi tidur, klien belum bisa bergerak aktif dan pergerakannya dibantu. Evaluasi objektif klien tampak belum nyaman dengan posisi tidur, pergerakan klien tampak dibantu, klien tampak belum banyak bergerak. Maka dapat disimpulkan bahwa masalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri belum teratasi dan penulis merencanakan untuk menambahkan intervensi memberi dukungan spiritual dan emosional serta melanjutkan intervensi pada hari berikutnya, meninggikan tempat tidur, memotivasi melakukan ROM aktif dan pasif.

Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan, dengan hasil evaluasi subjektif, klien mengatakan kurang nyaman dengan kaki kiri, klien mengatakan kurang nyaman dengan kondisi ruangan, klien mengatakan kurang tidur, klien tidak berdoa sebelum tidur. Evaluasi objektif, klien tampak mengantuk,. Kesimpulannya yaitu masalah gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan belum teratasi dan penulis merencanakan untuk menambahkan intervensi memberi dukungan spiritual dan emosional serta melanjutkan intervensi

pada hari berikutnya yaitu, menciptakan ruangan tenang dan nyaman, menganjurkan berdoa, berdzikir sebelum tidur.

Evaluasi selanjutnya pada tanggal 18 Februari dilakukan pukul 14.00 WIB.

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, dilakukan evaluasi subjektif, klien mengatakan kualitas nyeri sedikit berkurang, nyeri bertahap, skala nyeri di angka 5, penyebaran nyeri di kaki kiri saja. Evaluasi objektif klien, klien tampak masih gelisah. Kesimpulannya yaitu masalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik teratasi sebagian. Dan penulis merencanakan menambahkan intervensi memberi dukungan spiritual dan emosional serta melanjutkan intervensi, memonitor kualitas nyeri, memonitor intensitas nyeri, memonitor lokasi dan penyebaran nyeri.

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, dilakukan evaluasi subjektif, klien mengatakan mulai nyaman dengan posisi kepala ditinggikan, klien mengatakan sudah melakukan perubahan posisi dengan dibantu, klien mengatakan mulai termotivasi melakukan perubahan posisi. Evaluasi objektif klien yaitu, klien tampak nyaman dengan posisi kepala ditinggikan, klien tampak melakukan perubahan posisi, klien tampak termotivasi melakukan perubahan. Kesimpulannya yaitu masalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri teratasi sebagian, dan penulis merencanakan menambahkan intervensi dukungan spiritual dan emosional serta melanjutkan intervensi, yaitu memotivasi melakukan ROM aktif dan pasif serta terlibat dalam perubahan posisi.

Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan, dengan evaluasi subjektif, klien mengatakan sedikit nyaman dengan kondisi ruangan, klien mengatakan dapat tidur namun kurang cukup, klien mengatakan dibimbing berdoa dan berdzikir sebelum tidur. Evaluasi objektif klien yaitu, klien tampak sedikit lebih nyaman dengan kondisi ruangan, klien tampak sedikit segar, klien berdoa dan berdzikir sebelum tidur dengan dibimbing. Kesimpulannya yaitu masalah pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan teratasi sebagian, dan penulis

merencanakan memberikan dukungan spiritual dan emosional, serta melanjutkan intervensi menciptakan ruangan yang tenang dan nyaman, menganjurkan berdoa dan berdzikir sebelum tidur.

Evaluasi selanjutnya pada tanggal 19 Januari 2022 dilakukan pada pukul 18.30 WIB.

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, dengan evaluasi subjektif, klien mengatakan kualitas nyeri berkurang, skala nyeri di angka 3, lokasi penyebaran di kaki kiri saja. Evaluasi objektif, klien tampak rileks dan nyaman. Maka kesimpulannya nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik teratasi sebagian, dan penulis merencanakan untuk melanjutkan intervensi pada hari selanjutnya, yaitu dengan memonitor kualitas nyeri, memonitor lokasi dan penyebaran nyeri, memonitor nyeri menggunakan skala.

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, dengan evaluasi subjektif yaitu klien mengatakan nyaman dengan posisi tidur, klien mengatakan melakukan perubahan posisi secara mandiri. Evaluasi objektif, klien tampak nyaman dengan posisi tidur, klien tampak merubah posisi secara mandiri. Maka kesimpulannya bahwa masalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri teratasi dan penulis berencana untuk menghentikan intervensi.

Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan, yaitu dengan evaluasi subjektif, klien mengatakan nyaman dengan kondisi lingkungan, klien mengatakan berdoa, berdzikir sebelum tidur, klien mengatakan tidur dengan waktu yang cukup. Evaluasi objektif, klien tampak rileks dan tenang, klien tampak nyaman dengan kondisi lingkungan. Maka kesimpulannya bahwa masalah pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan teratasi. Dan penulis berencana untuk menghentikan intervensi.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini dibahas tentang asuhan keperawatan pada klien dengan kasus fraktur femur tertutup pada Tn. A diruang Baitussalam 1 RSI Sultan Agung Semarang yang dilakukan pada tanggal 17 Januari 2022.

Asuhan keperawatan yang sistematis diberikan perawat pada klien yaitu dengan melakukan pengkajian, menentukan diagnosa keperawatan, melakukan intervensi terhadap klien, melakukan implementasi, serta mengevaluasi asuhan keperawatan yang telah diberikan.

A Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah paling awal pada proses keperawatan. Pada tahap pengkajian didapatkan informasi tentang data klien yang akan digunakan sebagai data dasar untuk melanjutkan proses keperawatan ke tahap selanjutnya (Khoirini & Annisa, 2019)

Dalam penyusunan asuhan keperawatan ini, penulis menggunakan metode observasi, wawancara dan pemeriksaan fisik. Dalam melakukan pengkajian penulis tidak memiliki hambatan karena klien kooperatif. Pengkajian asuhan keperawatan pada Tn. A dengan fraktur femur tertutup di ruang Baitussalam 1 RSI Sultan Agung Semarang data – data yang diperoleh penulis meliputi data dasar, data fokus, subjektif dan objektif

Saat pengkajian asuhan keperawatan ini penulis memiliki kekurangan dalam pengkajian yaitu penulis kurang mengetahui seberapa besar luka fraktur klien, yang seharusnya dikaji dalam kasus fraktur, karena penulis kurang teliti dalam melakukan pengkajian ini.

B Diagnosa keperawatan

Tahapan yang kedua dalam penyusunan asuhan keperawatan yaitu diagnosa keperawatan. Menurut SDKI DPP (PPNI, 2017) diagnosa

keperawatan merupakan penilaian seorang perawat terhadap masalah yang muncul karena respon klien.

1. Diagnosa yang ditemukan penulis

Berdasarkan proses pengumpulan data klien ditemukan 3 diagnosa diantaranya : nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan. Diagnosa keperawatan yang pertama yaitu Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Nyeri adalah respon subjektif stresor yang dirasakan baik secara fisik maupun psikologis (Suriya & Zuriati, 2019). Diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, penulis menegakan masalah nyeri akut masalah yang didapatkan pada klien, karena klien mengeluh nyeri dan terlihat meringis dengan skala nyeri 7. Penulis menegakan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik menjadi diagnosa prioritas utama dikarenakan nyeri merupakan faktor utama yang dapat menyebabkan kerusakan pada seluruh jaringan tubuh sehingga apabila terdapat nyeri maka seluruh jaringan pada tubuh akan mengalami perubahan bahkan kehilangan jaringan normalnya.

Diagnosa keperawatan yang kedua yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri. Menurut SDKI DPP (PPNI, 2017) Gangguan mobilitas fisik merupakan keterbatasan dalam mobilitas fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Penulis menegakan masalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri karena pada data ditemukan pasien mengatakan sulit menggerakkan ekstremitas bawah dan nyeri saat bergerak. Penulis juga perlu melihat perubahan pergerakan pada ekstremitas klien khususnya ekstremitas bawah, dan pengaruh nyeri yang dirasakan klien pada saat melakukan pergerakan khususnya ekstremitas bawah. Pada diagnosa yang kedua ini penulis seharusnya menetapkan gangguan muskuloskeletal menjadi etiologi,

karena sebelumnya nyeri sudah ditetapkan menjadi diagnosa keperawatan utama.

Diagnosa keperawatan yang ketiga yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan. Menurut SDKI DPP (PPNI, 2017) Gangguan pola tidur adalah gangguan kualitas waktu tidur akibat faktor eksternal yang dialami klien. Penulis menegakan masalah gangguan pola tidur karena klien mengatakan sulit tidur dikarenakan tidak bisa mengontrol rasa nyeri yang dirasakan dan karena hambatan lingkungan sekitar klien yang kurang nyaman. Berdasarkan data yang didapat, gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan ditegakan secara tepat karena berhubungan dengan rasa nyeri yang dirasakan dan hambatan lingkungan sekitar yang kurang nyaman.

Dalam menentukan prioritas keperawatan yang dikemukakan teori hierarki Maslow (1970), mengenai kebutuhan merupakan metode dalam menentukan prioritas. Hierarki dalam menentukan prioritas ada lima kebutuhan dasar manusia antara lain : kebutuhan yang pertama adalah kebutuhan fisiologis, yaitu kebutuhan pemenuhan dasar biologis, bernafas, kebutuhan makan dan minum. Kebutuhan yang kedua adalah kebutuhan rasa aman, yaitu perlindungan dari ancaman lingkungan yang berbahaya. Kebutuhan yang ketiga adalah kebutuhan penghargaan, kasih sayang dan cinta, yaitu kebutuhan berinteraksi dalam kelompok, kebutuhan mencintai dan dicintai. Kebutuhan yang keempat adalah kebutuhan harga diri, yaitu kebutuhan untuk dihargai dan dihormati. Kebutuhan yang kelima adalah kebutuhan aktualisasi diri yaitu kebutuhan untuk menggunakan keterampilan skill dan potensi (Nursalam & Efendi, 2008).

2. Diagnosa lain yang berpotensi muncul

Diagnosa lain yang kemungkinan muncul saat melakukan asuhan keperawatan yaitu ansietas berkaitan dengan ancaman pada konsep diri klien. Diagnosis ini tidak diangkat penulis karena klien sebelumnya

sudah pernah mengalami fraktur dan klien sudah pernah dilakukan pembedahan.

C Intervensi keperawatan

Tahapan yang ketiga yaitu intervensi keperawatan, intervensi keperawatan merupakan panduan khusus tentang apa yang diharapkan klien berdasarkan tindakan yang dilakukan oleh perawat. Intervensi yang dilakukan perawat untuk membantu klien mencapai hasil yang diinginkan (Baringbing, 2020). Dalam penulisan intervensi keperawatan perawat hendaknya menggunakan prinsip SMART yaitu *Specific* artinya tidak memberikan arti ganda atau tujuan yang dicapai harus spesifik. *Measurable* artinya dapat didengar, diukur, dilihat, diraba, dibantu, dirasakan oleh klien. *Achievable* artinya secara realistis dapat dicapai. *Reasonable* artinya dapat dipertanggung jawabkan. *Time* artinya mempunyai batas waktu yang sesuai dengan keadaan klien (Naudina, 2020)

Dalam melakukan intervensi keperawatan penulis tidak dapat mencapai SMART karena pada prinsip *Achievable* penulis tidak dapat mencapai target pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dikarenakan penulis mengalami keterbatasan waktu dalam melanjutkan intervensi.

Intervensi yang pertama dengan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik bertujuan, setelah dilakukannya asuhan tindakan keperawatan selama 3x8 jam pada intervensi yang ditegakan oleh penulis untuk mengatasi nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik bertujuan agar klien dapat memantau nyeri yang dirasakan. Intervensi yang ditegakan penulis antara lain : monitor kualitas nyeri untuk memantau rasa nyeri dirasakan. Pada pasien post operasi fraktur biasanya akan mengeluh nyeri dari intensitasi ringan hingga berat. Adanya monitor kualitas nyeri dapat memberi informasi penting mengenai seberapa hebat kualitas nyeri yang dirasakan (Hermanto et al., 2020). Monitor lokasi dan penyebaran nyeri untuk mengetahui lokasi dan penyebaran nyeri dan agar lokasi nyeri

tidak berpindah (Donsu et al., 2021). Monitor intensitas nyeri menggunakan skala untuk mengantisipasi perubahan angka nyeri yang dirasakan klien sehingga perawat dapat mengevaluasi nyeri dirasakan klien. Teknik yang digunakan untuk memudahkan observasi skala nyeri yaitu dengan teknik PQRST (Khoirini & Annisa, 2019). Atur interval waktu pemantauan sesuai kondisi klien untuk memantau rasa nyeri yang dirasakan klien. Pemantauan kondisi secara berkala akan membantu perawat mengetahui kapan saja rasa nyeri yang klien rasakan sehingga bisa dilakukan pencegahan yang bisa meringankan rasa nyeri yang dialami serta tambahkan intervensi yaitu berikan teknik nonfarmakologis berupa teknik relaksasi nafas dalam dan anjurkan memonitor nyeri secara mandiri

Intervensi yang kedua dengan diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri bertujuan, setelah dilakukannya tindakan asuhan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan mobilitas fisik dapat meningkat, kecemasan menurun, gerakan terbatas menurun, nyeri menurun, kelemahan fisik menurun. Intervensi yang ditegakan penulis antara lain : tinggikan tempat tidur bagian kepala hal ini dilakukan agar posisi berbaring klien nyaman (Syarifudin, 2020). Motivasi melakukan ROM aktif dan pasif dilakukan untuk memotivasi klien melakukan pergerakan dan agar kekuatan otot kembali kuat (M & Fajri, 2021). Hindari menempatkan posisi yang dapat meningkatkan nyeri hal ini dilakukan agar skala nyeri klien tidak bertambah. Hindari posisi yang dapat menimbulkan ketegangan pada luka agar luka klien tidak bertambah parah. Motivasi klien terlibat dalam perubahan posisi agar klien bersemangat merubah posisi yang bertujuan mempercepat masa pemulihan serta menambahkan intervensi libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan dan ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (M & Fajri, 2021).

Intervensi yang ketiga dengan diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan, sesudah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x8 jam, maka diharapkan keberhasilan rileks dapat meningkat, gelisah menurun, keluhan tidak nyaman menurun,

kesulitan tidur menurun, pola tidur membaik. Menurut SIKI DPP (PPNI, 2018). Penulis menyusun rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan. Intervensi yang ditegakan oleh penulis diantaranya : mengidentifikasi masalah yang dialami, untuk mengetahui masalah apa yang sedang dihadapi klien yang menyebabkan kesulitan tidur. Intervensi kedua yaitu menciptakan ruangan yang tenang dan nyaman, untuk menjaga lingkungan agar tetap nyaman untuk klien beristirahat. Intervensi yang ketiga adalah menganjurkan berdoa, berdzikir, membaca kitab suci, ibadah sesuai agama yang dianut, tujuannya adalah agar klien dapat lebih dekat kepada sang maha pencipta dan supaya jiwa dan raga nya tenang dan rileks serta menambahkan intervensi lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan serta jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit.

D Implementasi

Tahapan yang keempat yaitu implementasi keperawatan, merupakan proses perencanaan tindakan yang berisi aktivitas yang akan dilakukan perawat terhadap klien serta pencatatan tindakan yang telah dilakukan terhadap klien dan respon klien atas tindakan yang telah diberikan oleh perawat (Koerniawan et al., 2020).

Pada diagnosa pertama nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Dari semua rencana keperawatan yang penulis tetapkan, implementasi yang dilaksanakan pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik yaitu memonitor kualitas nyeri, memonitor penyebaran dan lokasi nyeri, memonitor intensitas nyeri menggunakan skala, mengatur interval waktu pemantauan. Penatalaksanaan memonitor kualitas nyeri dapat dilakukan secara mandiri oleh klien hal ini bertujuan untuk memantau rasa nyeri yang masih dirasakan oleh klien dalam proses masa pemulihan (Marianthi et al., 2022). Selama tindakan keperawatan yang diaplikasikan terhadap klien, penulis dapat melakukan semua tindakan karena klien kooperatif, mampu mendengarkan dengan baik penjelasan dan

arahan yang diberikan terhadap klien serta adanya dukungan dari keluarga yaitu ibu klien.

Pada diagnosa yang kedua gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri. Implementasi yang penulis lakukan yaitu : meninggikan tempat tidur bagian kepala, memotivasi melakukan ROM aktif dan pasif, menghindari menempatkan posisi yang dapat meningkatkan nyeri, menghindari menempatkan posisi yang dapat menimbulkan ketegangan pada luka, memotivasi klien terlibat dalam perubahan posisi. Melakukan ROM aktif dan pasif merupakan tindakan yang sangat bermanfaat untuk dilakukan serta menghindari bahaya yang dapat terjadi seperti terhindar dari kemungkinan terjadinya gangguan fleksibilitas pada sendi setiap gerakan yang dilakukan dengan rentang yang penuh dapat mencegah keterbatasan dalam beraktivitas (M & Fajri, 2021). Selama tindakan keperawatan yang diaplikasikan terhadap klien, penulis mampu memotivasi klien untuk melakukan ROM aktif dan pasif diikuti dengan pernyataan bahwa klien bersedia untuk diajak bekerjasama demi mempercepat proses pemulihan.

Pada diagnosa yang ketiga gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan. Dari semua rencana tindakan yang penulis tetapkan. Implementasi yang telah dilakukan yaitu, mengidentifikasi masalah yang dialami, menciptakan ruangan yang tenang dan nyaman, menganjurkan berdoa, berdzikir, membaca kitab suci, beribadah sesuai agama yang dianut. Selama tindakan keperawatan yang diaplikasikan terhadap klien, penulis dapat melakukan semua tindakan karena sikap klien yang kooperatif dan mau diajak bekerjasama dengan mengikuti apa yang dianjurkan dan diinstruksikan dengan baik.

E Evaluasi

Tahapan terakhir dari asuhan keperawatan yaitu evaluasi keperawatan, merupakan tahapan dalam mengukur keberhasilan rencana tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan untuk memenuhi kebutuhan terhadap klien (Kurniati, 2019). Dalam mempermudah perawat melakukan

evaluasi keperawatan perawat menggunakan tahapan SOAP. Yaitu S artinya data subjektif. Perawat menuliskan keluhan yang masih dirasakan klien. O artinya data objektif. Hasil observasi yang dirasakan klien setelah dilakukan suatu tindakan. A artinya analisa, yaitu kesimpulan data subjektif dan objektif. Analisa merupakan masalah klien yang masih terjadi atau sudah teratasi. P artinya *planning*, perencanaan yang sudah dihentikan, dilanjutkan atau dimodifikasi (Koten Elisabet, Afriani Tuti, Dewi Sarvita, Yatnikasari Aat, 2021).

Pada diagnosa yang pertama Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Dari hasil tindakan keperawatan selama tiga hari, evaluasi yang didapat penulis untuk diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, masalah keperawatan teratasi sebagian. Penulis melakukan tindakan keperawatan selama tiga hari dengan tindakan lanjut secara bertahap sebagai acuan untuk mengetahui keberhasilan dari diagnosa yang ditegakan.

Pada diagnosa yang kedua gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri. Dari hasil implementasi yang dilakukan selama tiga hari, berdasarkan data subjektif dan objektif untuk diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, Proses asuhan keperawatan yang dilaksanakan selama tiga hari masalah teratasi. Namun perlu diingat dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap klien dibutuhkan pendampingan dari perawat atau keluarga klien guna tercapainya keberhasilan terhadap asuhan keperawatan yang diberikan.

Pada diagnosa yang ketiga gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan. Dari hasil implementasi selama tiga hari, evaluasi yang didapat penulis untuk diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan dapat teratasi. Sesuai dengan data klien yang mengatakan sudah bisa tidur dengan waktu yang cukup dan dapat menenangkan diri sebelum tidur dengan berdoa.

BAB V

KESIMPULAN

A Simpulan

Hasil studi yang dilakukan oleh penulis pada tanggal 17-19 Januari 2022 pada Tn.A di ruang Baitussalam 1 RSI Sultan Agung Semarang dengan asuhan keperawatan pada pasien post operasi fraktur femur tertutup dengan keluhan nyeri, sulit bergerak dan sulit tidur yang diawali dengan pengkajian, perumusan masalah, perencanaan, pengaplikasian, dan evaluasi hasil, maka penulis mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Fraktur femur adalah terputusnya kontinuitas jaringan atau patahnya tulang yang utuh. Pada usia dewasa penyebab terbanyak fraktur adalah karena kecelakaan, baik itu kecelakaan kerja ataupun kecelakaan lalu lintas dan lain nya.

2. Pengkajian

Pengkajian yang dilakukan pada studi kasus meliputi identitas klien, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, pemeriksaan pola fungsi. Dari pengkajian yang telah dilaksanakan terhadap klien, didapatkan hasil terjadinya nyeri, kelemahan anggota ekstremitas bawah untuk bergerak, dan gangguan pola tidur.

3. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ditegakan berdasarkan keluhan klien dan hasil pemeriksaan yang didapat. Diagnosa yang muncul dari studi kasus yaitu nyeri akut, gangguan mobilitas fisik dan gangguan pola tidur.

4. Rencana keperawatan

Rencana keperawatan yang disusun bertujuan untuk mencapai hasil dan tujuan yang diharapkan oleh klien dan penulis. Dengan rencana keperawatan yang disusun, penulis berharap adanya pemantauan kualitas nyeri yang dilakukan guna peningkatan aktivitas pergerakan pada pasien dengan melakukan *range of motion (ROM)*.

5. Implementasi

Pada studi kasus dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam tindakan yang dilakukan sesuai dengan perencanaan yang telah disusun pada perencanaan keperawatan

6. Evaluasi

Setelah penulis melakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, didapatkan evaluasi bahwa ketiga masalah keperawatan sudah teratasi sebagian. Dalam pemberian asuhan keperawatan perlu adanya dukungan dari pihak keluarga untuk memaksimalkan hasil yang akan dicapai. Pada kasus yang ditegaskan oleh penulis, keluarga klien sangat mendukung dan membantu selama proses pemberian asuhan keperawatan dilakukan.

B Saran

1. Bagi institusi pendidikan

Hasil studi kasus ini dapat ditambahkan ke literatur baru, untuk mempermudah dalam proses belajar mengajar dan penyelesaian tugas

2. Bagi penulis

Hasil studi kasus ini dapat menambah pengetahuan penulis mengenai pemantauan kualitas nyeri dan *range of motion (ROM)* dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien fraktur *femur*.

3. Bagi penulis selanjutnya

Hasil studi kasus ini dapat menjadi sumber informasi untuk melakukan studi kasus selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Baringbing, J. O. (2020). *Pentingnya Perencanaan Keperawatan (Intervensi Keperawatan) Dalam Asuhan Keperawatan*.
<http://dx.doi.org/10.31219/osf.io/zjr6q>
- Donsu, M. B., Lengkong, A. C., & Rawung, R. B. V. (2021). Gambaran Penyembuhan Tulang Sekunder pada Fraktur dengan Anatomical Reduction Fixation Tipe Plate and Screw di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Periode 2019 – 2020. *e-CliniC*, 9(1), 149–153. <https://doi.org/10.35790/ecl.v9i1.32120>
- Doris, A. (2020). *KARAKTERISTIK PASIEN FRAKTUR FEMUR AKIBAT KECELAKAAN LALU LINTAS PADA ORANG DEWASA* Astri Doris Akademi Keperawatan Kesdam I / BB Padang Email : Astridoris20@gmail.com.
- Freye, K., Lammers, W., Bartelt, D., & Pohlenz, O. (2019). Fraktur. *Radiologisches Wörterbuch*, 126–127. <https://doi.org/10.1515/9783110860481-111>
- Hermanto, R., Isro'in, L., & Nurhidayat, S. (2020). Studi Kasus : Upaya Penurunan Nyeri Pada Pasien Post Operasi Fraktur Femur. *Health Sciences Journal*, 4(1), 111. <https://doi.org/10.24269/hsj.v4i1.406>
- Khoirini, F., & Annisa, R. (2019). *Studi Kualitatif Pemahaman Perawat Intensive Care Unit tentang Pengkajian Nyeri Behaviour Pain Scale*. 1(November), 109–118. <https://doi.org/10.33088/jkr.vli2.411>
- Koerniawan, D., Daeli, N. E., & Srimiyati, S. (2020). Aplikasi Standar Proses Keperawatan: Diagnosis, Outcome, dan Intervensi pada Asuhan Keperawatan. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 3(2), 739–751. <https://doi.org/10.31539/jks.v3i2.1198>
- Koten Elisabet, Afriani Tuti, Dewi Sarvita, Yatnikasari Aat, N. E. (2021). Optimalisasi Kualitas Dokumentasi Asuhan Keperawatan dengan Pendekatan SOAP di Rawat Jalan Anak: Pilot Study. *Journal of Telenursing (JOTING)*, 3, 5–24.

- Kurniati, D. (2019). *Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan*. 1–6.
- Kurniawan, M. A., Nisa, N. K., Ilmu, F., & Unipdu, K. (2021). *ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OP FRAKTUR CRURIS DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT (STUDI LITERATUR) NURSING CARE IN POST OP CRURIS FRACTURE CLIENTS WITH ACUTE PAIN NURSING PROBLEMS (STUDY OF LITERATURE)*. 6(1), 56–65.
- M, R., & Fajri, J. Al. (2021). Pengaruh Range Of Motion Aktif terhadap Pemulihan Kekuatan Otot dan Sendi Pasien Post Op Fraktur Ekstremitas di Wilayah Kerja Puskesmas Muara Kumpeh. *Jurnal Akademika Baiturrahim Jambi*, 10(2), 324. <https://doi.org/10.36565/jab.v10i2.343>
- Marianti, D., Maulita, R., Keperawatan, J., & Kemenkes, P. (2022). *Pemberian relaksasi benson terhadap penurunan nyeri pasien post operasi fraktur femur di rumah sakit umum daerah meuraxa banda aceh*. 1(1), 43–53.
- Naudina. (2020). “Standar Perencanaan Keperawatan.” <http://dx.doi.org/10.31219/osf.io/hxej6>
- Nursalam, N., & Efendi, F. (2008). *Pendidikan Dalam Keperawatan [Education in Nursing]* (Nomor January 2008).
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI. (2018a). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI. (2018b). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Purwanto, H. (2016). Keperawatan Medikal Bedah II. In *Keperawatan medikal bedah*.
- Risnah, R., HR, R., Azhar, M. U., & Irwan, M. (2019). Terapi Non Farmakologi Dalam Penanganan Diagnosis Nyeri Pada Fraktur :Systematic Review.

- Journal of Islamic Nursing*, 4(2), 77. <https://doi.org/10.24252/join.v4i2.10708>
- Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Janice L. Hinkle, & Cheever, K. H. (2017). *Medical-surgical Nursing, Volume 1 Brunner & Suddarth's*.
- Suhail, A., Nur Sadia Binti, Rahmadian, R., & Yulia, D. (2021). Gambaran Kejadian Fraktur Femur di RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2016-2018. *Jurnal Ilmu Kesehatan Indonesia*, 1(3), 358–363. <https://doi.org/10.25077/jikesi.v1i3.82>
- Suriya, M., & Zuriati. (2019). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Gangguan pada Sistem Muskuloskeletal Aplikasi NANDA, NIC, & NOC*.
- Susanti, E. F., & Hayyu, R. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Multiple Fraktur Dalam*.
- Syarifudin, A. (2020). *POSISI SEMI FOWLER TERHADAP RESPIRATORY RATE UNTUK MENURUNKAN SESAK PADA PASIEN TB PARU*. 2507(February), 1–9.
- Wantoro, G., Muniroh, M., & Kusuma, H. (2020). Analisis Faktor-Faktor yang mempengaruhi Ambulasi Dini Post ORIF pada Pasien Fraktur Femur Study Retrospektif. *Jurnal Akademika Baiturrahim Jambi*, 9(2), 283. <https://doi.org/10.36565/jab.v9i2.273>