

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN *POST OP* FRAKTUR
EKSTREMITAS DENGAN MASALAH KEPERAWATAN GANGGUAN
MOBILITAS FISIK DI RUANG RAWAT INAP RUMAH SAKIT ABDUL
WAHAB SJAHRANIE



Diajukan Oleh:

AUFIYAH NUR AZIZAH

NIM: P07220121004

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
KALIMANTAN TIMUR JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI D-III KEPERAWATAN SAMARINDA

2024

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN *POST OP* FRAKTUR
EKSTREMITAS DENGAN MASALAH KEPERAWATAN GANGGUAN
MOBILITAS FISIK DI RUANG RAWAT INAP RUMAH SAKIT ABDUL
WAHAB SJAHRANIE

Untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep) Pada Jurusan
Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



Diajukan Oleh:

AUFIYAH NUR AZIZAH
NIM: P07220121004

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
KALIMANTAN TIMUR JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI D-III KEPERAWATAN SAMARINDA

2024

SURAT PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa karya tulis ilmiah karya saya sendiri dan bukan tiruan dari proposal orang lain dengan cara yang tidak sesuai dengan etika keilmuan yang berlaku. Atas pernyataan ini, saya siap menanggung sanksi apabila yang terbukti bersalah.

Samarinda, 05 Juli 2024

Yang menyatakan



Aufiyah Nur Azizah
NIM. P07220121004

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Op Fraktur Ekstremitas Dengan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie

Telah Diuji

Pada Tanggal

PANITIA PENGUJI

Ketua Penguji :

Ns. Rivan Firdaus, SST., M. Kes

NIDN. 4007028601



(.....)

Penguji Anggota :

Dr. Ratanto, S. Kep., M. Kep

NIDN. 4030028001



(.....)

Ns. Arifin Hidayat, SST., M. Kes.

NIDN. 4024129101



(.....)

Mengetahui :

Ketua Jurusan Keperawatan

Ketua Program Studi D III Keperawatan

Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



Dr. Ns. Andi Lis AG., S. Kep., M. Kep.

NIP. 196803291994022001



Dr. Ns. Tini., S.Kep., M.Kep

NIP. 198107012006042004

**LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI
UNTUK DIUJIKAN**

Tanggal

Oleh Pembimbing



Dr. Ratanto, S. Kep., M. Kep

NIDN: 4030018001

Pembimbing Pendamping



Ns. Arifini Hidayat, SST., M. Kes.

NIDN: 4024129101

Mengetahui,

Ketua Program Studi D III Keperawatan

Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



Dr. Ns. Tini, S.Kep., M.Kep

NIP. 198107012006042004

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

1. Nama : Aufiyah Nur Azizah
2. Jenis Kelamin : Perempuan
3. Tempat, Tanggal Lahir : Kebumen, 11 Juni 2003
4. Agama : Islam
5. Pekerjaan : Mahasiswa
6. Alamat : Muara Wahau, Kalimantan Timur

B. Riwayat Pendidikan

1. SD Negri 014 Muara Wahau
2. SMP Negri 1 Muara Wahau
3. SMA Negri 1 Muara Wahau
4. Mahasiswa Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim Tahun 2021 Sampai Sekarang.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Allah SWT atas rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Op Fraktur Ekstremitas Dengan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik” Tujuan dari pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini untuk memenuhi tugas akhir sebagai syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada jurusan Keperawatan di Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur. Selama penelitian dan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis tidak luput dari berbagai kendala. Kendala tersebut dapat diatasi berkat bantuan, bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak. Bersama ini perkenankan saya mengucapkan terima kasih yang sebesar- besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. Dr. Supriadi B, S. Kp., M. Kep, Selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
2. dr. David Hariadi Masjhoer, Sp.OT., M.K.M (Mars), Selaku Direktur RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.
3. Ns. Andi Lis AG., S. Kep., M. Kep. selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
4. Ns. Tini, S. Kep., M. Kep., selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
5. Joko Sapto Pramono, M. PHM,. selaku Pembimbing Akademik yang telah membimbing saya selama di Poltekkes Kemenkes Kaltim
6. Dr. Ratanto, S. Kep., M. Kep., selaku pembimbing I yang telah memberikan bimbingan dan arahan kepada penulis dalam menyelesaikan karya Tulis Ilmiah.

7. Dr. Ratanto, S. Kep., M. Kep., selaku pembimbing I yang telah memberikan bimbingan dan arahan kepada penulis dalam menyelesaikan karya Tulis Ilmiah.
8. Ns. Arifin Hidayat.SST.,M.Kes, selaku pembimbing II yang telah memberikan bimbingan dan arahan kepada penulis dalam menyelesaikan karya Tulis Ilmiah.
9. Ns. Rivan Firdaus, SST.,M.Kes., selaku ketua penguji yang telah memberikan bimbingan dan arahan kepada penulis dalam menyelesaikan karya Tulis Ilmiah.
10. Seluruh Dosen dan Staf Pendidikan di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur yang telah membimbing dan mendidik penulis dalam masa pendidikan.
11. Pimpinan dan Seluruh staf pengelola perpustakaan kampus Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
12. Kedua orang tua saya, Bapak Samsul Basri dan Ibu Wahyu Panca Rini atas semua doa, semangat dan bantuan finansial untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
13. Adik saya, Kun Mar'atuz Zakiyah atas semua doa,semangatnya
14. Kepada teman-teman D-III Keperawatan angkatan 2021 terimakasih.

Semoga Allah Swt membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan tugas akhir ini. Demi kesempurnaan tugas akhir ini, penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari semua pihak, penulis berharap tugas akhir ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi perkembangan ilmu keperawatan.

ABSTRAK

Latar Belakang: Fraktur ekstremitas merupakan kondisi yang sering terjadi dan memerlukan asuhan keperawatan yang tepat. Masalah keperawatan yang sering ditemukan pada pasien post op fraktur ekstremitas adalah gangguan mobilitas fisik.

Tujuan: Karya tulis ini bertujuan untuk menganalisis masalah keperawatan yang muncul pada pasien post op fraktur ekstremitas dengan gangguan mobilitas fisik di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie.

Metode: Studi kasus ini menggunakan metode pengumpulan data yang melibatkan wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik. Data yang dikumpulkan berasal dari rekam medik, catatan perawat, dan hasil pemeriksaan diagnostik.

Hasil: Asuhan keperawatan pada pasien post op fraktur ekstremitas dengan gangguan mobilitas fisik menunjukkan bahwa masalah keperawatan utama adalah nyeri akut, hambatan mobilitas fisik, dan risiko infeksi. Asuhan keperawatan selama 3x24 jam telah membantu memperbaiki perkembangan pasien.

Kesimpulan: Masalah keperawatan pada pasien post op fraktur ekstremitas dengan gangguan mobilitas fisik dapat diatasi dengan baik melalui asuhan keperawatan yang komprehensif. Namun, masih ada masalah yang belum teratasi, seperti hambatan mobilitas fisik.

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Op Fraktur Ekstremitas dengan Diagnosa Keperawatan Nyeri Akut dan Gangguan Mobilitas Fisik

ABSTRACT

Background: Fractures of the extremities are common conditions that require proper nursing care. Common nursing problems found in patients post-op from extremity fractures are physical mobility disorders.

Objective: This study aims to analyze the nursing problems that arise in patients post-op from extremity fractures with physical mobility disorders in the Inpatient Ward of Abdul Wahab Sjahranie Hospital.

Method: This case study employed a data collection method involving interviews, observations, and physical examinations. The data collected came from medical records, nurse notes, and diagnostic test results.

Results: Nursing care for patients post-op from extremity fractures with physical mobility disorders showed that the primary nursing problems were acute pain, physical mobility restrictions, and infection risk. Three-day, 24-hour nursing care has helped improve patient development.

Conclusion: Nursing problems in patients post-op from extremity fractures with physical mobility disorders can be effectively addressed through comprehensive nursing care. However, there are still unresolved issues, such as physical mobility restrictions.

Key Words: Nursing Care for Patients Post-Op from Extremity Fractures with Diagnoses of Acute Pain and Physical Mobility Disorders

DAFTAR ISI

COVER.....	i
SURAT PERNYATAAN.....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iv
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
ABSTRAK.....	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan Umum.....	5
1.3.1 Tujuan umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
1.4 Manfaat Studi Kasus.....	6
1.4.1 Teoritis.....	6
1.4.2 Praktisi.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Konsep Penyakit.....	8
2.1.1 Pengertian Fraktur.....	8
2.1.2 Klasifikasi.....	9
2.1.3 Etiologi.....	11
2.1.4 Patofisiologi.....	13
2.1.5 Manifestasi Klinis.....	15
2.1.6 Penatalaksanaan.....	16
2.1.7 Komplikasi.....	19
2.1.8 Pemeriksaan diagnostik.....	22
2.2 Konsep Prosedur Tindakan.....	22
2.2.1 Definisi.....	22

2.2.2	Indikasi dan Kontra Indikasi.....	23
2.2.3	Setandar Oprasional Prosedur (SOP).....	24
2.3	Konsep Asuhan Keperawatan.....	26
2.3.1	Pengkajian.....	26
2.3.2	Diagnosis Keperawatan.....	28
2.3.3	Perencanaan.....	29
2.3.4	Implementasi.....	30
2.3.5	Evaluasi.....	31
BAB III	METODE PENELITIAN.....	32
3.1	Rencana Studi Kasus.....	32
3.2	Subjek Studi Kasus.....	32
3.3	Fokus Studi.....	33
3.4	Definisi Oprasional Dari Fokus Studi.....	33
3.5	Instrumen Studi Kasus.....	35
3.6	Metode Pengumpulan Data.....	35
3.7	Langkah Pelaksanaan Studi Kasus.....	35
3.8	Lokasi Dan Waktu Studi Kasus.....	36
3.9	Analisa Dan Penyajian Data.....	36
BAB IV	HASIL DAN PEMBAHASAN.....	37
4.1	Hasil.....	37
4.1.1	Gambaran Lokasi Penelitian.....	37
4.1.2	Data Asuhan Keperawatan.....	38
4.2	Pembahasan.....	58
4.2.1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077).....	59
4.2.2	Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan Dengan Kerusakan Integritas Struktur Tulang (Fraktur) (D.0054).....	61
4.2.3	Kerusakan Integritas Kulit Berhubungan Dengan Pemasangan Traksi Atau Pen (D.0129).....	62
4.2.4	Resiko Infeksi Ditandai Dengan Prosedur Tindakan Invasif (D.0142).....	64
BAB V	KESIMPULAN DAN SARAN.....	66
5.1	Kesimpulan.....	66
5.2	Saran.....	67
5.2.1	Bagi Instansi Rumah Sakit.....	67
5.2.2	Bagi Instansi Pendidikan.....	68
5.2.3	Bagi Penulis Selanjutnya.....	68
DAFTAR PUSTAKA.....		xv
LAMPIRAN.....		xviii

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Standar Oprasional Prosedur (SOP).....	24
Tabel 2.2	Kemampuan Mobilitas.....	27
Tabel 2.3	Intervensi Keperawatan.....	29
Tabel 2.6	Intervensi Post Operatif Fracture Risiko Cedera	31
Tabel 4.1	Hasil Anamnesis kilen dengan post op fracture	44
Table 4.2	Hasil Observasi Dan Pemeriksaan Fisik.....	48
Tabel 4.3	Hasil Pemeriksaan Penunjang.....	58
Tabel 4.4	Hasil Penatalaksaan Terapi	59
Tabel 4.5	Diagnosa Keperawatan	65
Tabel 4.6	Perencanaan Keperawatan	67
Tabel 4.7	Penatalaksanaan Keperawatan	73
Tabel 4.8	Evaluasi Keperawatan	96



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Fraktur Tertutup (<i>Closed</i>).....	9
Gambar 2.2	Fraktur Terbuka (<i>Open</i>).....	10
Gambar 2.3	Pathway Fraktur	14



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Surat Pernyataan
Lampiran 2	Lembar Persetujuan
Lampiran 3	Lembar Pengesahan
Lampiran 4	Lembar Asuhan Keperawatan
Lampiran 4	Lembar Permohonan Izin Studi Pendahuluan
Lampiran 5	Lembar Persetujuan Izin Penelitian
Lampiran 6	Lembar Pelaksanaan Izin Penelitian
Lampiran 7	Lembar Informed Consent
Lampiran 8	Lembar Persetujuan Keikutsertaan dalam Penelitian
Lampiran 9	Lembar Format Wawancara
Lampiran 10	Lembar Dokumentasi Hari Pertama, Kedua Dan Ketiga



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Fraktur yaitu rusak atau terputusnya kontinuitas tulang akibat kelainan patologis, tekanan atau benturan yang menghantam tulang yang mengakibatkan struktur tulang retak atau pecah pada bagian korteks (Ridwan et al., 2019). Menurut (Kemenkes RI, 2018) fraktur pada ekstremitas bawah paling banyak terjadi dibandingkan dengan ekstremitas atas, salah satu penyebabnya yaitu trauma akibat kecelakaan. Fraktur pada ekstremitas bawah ini akan berdampak pada penurunan kualitas hidup penderita, karena penderita fraktur ekstremitas bawah akan mengalami kesulitan seperti berdiri lama, berjalan, berjongkok, dan mengangkat beban yang berat. Fraktur ekstremitas bawah dapat terjadi pada tulang femur, patella, tibia dan fibula.

Berdasarkan undang-undang No 22 Tahun 2009 tentang lalu lintas dan angkutan jalan, mengungkapkan kecelakaan lalu lintas adalah suatu peristiwa di jalan yang tidak diduga dan tidak disengaja yang melibatkan kendaraan dengan atau tanpa pengguna jalan lain yang mengakibatkan korban manusia dan/atau kerugian harta benda. Kecelakaan lalu lintas adalah kejadian pada lalu lintas jalan yang sedikitnya melibatkan arus kendaraan yang menyebabkan cedera atau kerusakan atau kerugian pada pemiliknya (korban (WHO, 2014). Kecelakaan lalu lintas dapat menyebabkan timbulnya korban manusia yang mengalami luka-luka, fraktur, dan bahkan kematian (Saputra, 2018). Selain mengakibatkan luka-luka, kecelakaan juga dapat mengakibatkan fraktur karena adanya benturan keras yang menghantam tubuh manusia.

Badan Kesehatan Dunia yakni *World Health of Organization* menyatakan, terjadi cedera kecelakaan yang menewaskan 1,35 juta orang di 2 seluruh dunia dengan jumlah kematian hampir 3.700 kematian per hari dan melukai 50 juta lebih orang (WHO, 2020). Sedangkan data di Indonesia menurut Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas.2018) yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan tahun 2018, terdapat data pada kasus fraktur dari 2 sampai 3 tahun terakhir yaitu bagian tubuh yang terkena cedera terbanyak adalah fraktur ekstremitas bagian bawah (67%), fraktur ekstremitas bagian atas (32%), cedera kepala (11,9%), cedera punggung (6,5%), cedera dada (2,6%) dan cedera perut (2,2%). Data terakhir terkait incidence rate fraktur di Indonesia menunjukkan bahwa kasus fraktur di Indonesia mencapai prevalensi sebesar 5,5% (Kemenkes RI, 2018). Fraktur di Indonesia menjadi penyebab kematian terbesar ketiga dibawah penyakit jantung koroner dan tuberkulosis (Amelia Purnama et al., 2021). pada tahun 2022 angka kejadian mencapai 62.975 kasus (Pusat Informasi Kriminal Nasional Polri, 2022). Meningkatnya jumlah pengguna kendaraan bermotor tentunya sangat mempengaruhi kondisi lalu lintas. Secara nasional, cedera paling banyak di jalan raya yaitu 42,8%. Tempat kejadian cedera di jalan raya mempunyai proporsi paling tinggi dibandingkan dengan tempat lainnya. Adapun proporsi kejadian cidera di jalan raya di Kalimantan Timur yaitu sebanyak 40,2%. Jalan raya merupakan tempat kejadian yang banyak terjadi pada umur produktif dan tampak tertinggi khusus pada umur 15-24 tahun yaitu 66,7%. Kejadian cedera mayoritas lebih tinggi pada laki-laki 46,6%. Untuk proporsi cedera patah tulang di

Kalimantan Timur sebanyak 4,8% (Riskesdas, 2013). Sedangkan data di kota Samarinda terdapat data 2 sampai 3 tahun terakhir mengenai data kecelakaan yang mengakibatkan fraktur yaitu pada tahun 2021 terdapat 142 korban dengan cedera berat, pada tahun 2022 terdapat 147 korban dengan cedera berat, dan pada tahun 2023 terdapat kurang lebih 173 korban dengan cedera berat. (Satlantas.2021,2022,2023)

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Kairufan, Monoarfa, dan Ngantung (2015), bahwa penyebab fraktur terbanyak yaitu akibat kecelakaan dan dampak yang terjadi adalah fraktur yang dapat menyebabkan kecacatan dan komplikasi. Jenis fraktur yang biasanya terjadi adalah fraktur terbuka dan tertutup (Ramadhani et al., 2019).

Kata perioperatif adalah gabungan dari tiga fase pengalaman pembedahan yaitu : pre operatif, intra operatif dan post operatif (Kozier et al, 2010). Dalam setiap fase tersebut dimulai dan diakhiri dalam waktu tertentu dalam urutan peristiwa yang membentuk pengalaman bedah, dan masing – masing mencakup rentang perilaku dan aktivitas keperawatan. Fase pre operasi merupakan tahap pertama dari perawatan perioperatif yang dimulai ketika pasien diterima masuk di ruang terima pasien dan berakhir ketika pasien dipindahkan ke meja operasi untuk dilakukan tindakan operasi dilanjutkan dengan Fase intra operatif dimulai ketika pasien masuk atau dipindahkan ke instalasi bedah dan berakhir saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan, Fase Post operasi merupakan tahap lanjutan dari perawatan pre operasi dan intra operasi yang dimulai ketika klien diterima di ruang pemulihan (recovery

room) pasca anaestesi dan berakhir sampai evaluasi tindak lanjut pada tatanan klinik atau di rumah.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan (Ferdian, A. S. O., Puguh, S. K., & Supriyadi, 2015), yang menyatakan bahwa mobilisasi dini berpengaruh terhadap intensitas nyeri pasien pasca bedah dengan general anestesi yang mengakibatkan pasien mengalami gangguan mobilitas fisik yaitu adalah keterbatasannya dalam bergerak secara mandiri dan terarah. Pemberian mobilisasi dini menjadi penting karena telah dijadikan standar dalam pedoman standar prosedur operasional keperawatan edisi 1 DPW PPNI, 2021 dengan memberikan dukungan mobilitas fisik. (Tim pokja pedoman SPO keperawatan DPP PPNI, 2021).

Masalah yang terjadi pada pasien post operasi fraktur ekstremitas adalah mengalami keterbatasan gerak sendi dan faktor yang dapat menyebabkan kecacatan fisik. Hal tersebut dapat dipulihkan secara bertahap melalui latihan rentang gerak yaitu dengan latihan *Range Of Motion* (ROM) yang dievaluasi secara aktif dan bertahap oleh (Ermawan, Eka, & Elham, 2016).

Range Of Motion (ROM) adalah Latihan gerakan sendi yang memungkinkan terjadinya kontraksi dan pergerakan otot, di mana klien menggerakkan masing-masing persendiannya sesuai gerakan normal baik secara aktif ataupun pasif (Perry & Potter, 2013). Meningkatkan kemampuan aktivitas mandiri pasien harus melakukan pergerakan, hal tersebut juga bertujuan untuk menghilangkan kekakuan pada otot dan tulang, terutama pada pasien post operasi. Pergerakan badan sedini mungkin dan nyeri yang

dirasakan pada saat latihan gerakan sendi harus dapat ditahan dan keseimbangan tubuh tidak lagi menjadi gangguan (Kusmawan, 2008).

Berdasarkan latar belakang di atas, maka penulis tertarik untuk mengaplikasikan hasil riset tentang penerapan asuhan keperawatan pada pasien post of fraktur ekstremitas dengan masalah gangguan mobilitas fisik menggunakan terapi ROM dengan pengelolaan kasus yang dituankan dalam proposal Karya Tulis Ilmiah dengan judul “asuhan keperawatan pada pasien fraktur ekstremitas bawah dengan masalah keperawatan gaangguan mobilitas fisik” di RSUD A.W. Sjahranie Samarinda Tahun 2024.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah asuhan keperawatan pada pasien post op fraktur ekstremitas dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik di ruang rawat inap rumah sakit abdul wahab sjahranie.

1.3 Tujuan Umum

1.3.1 Tujuan umum

Mendapatkan gambaran secara umum tentang asuhan keperawatan pasien fraktur ekstremitas dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Untuk melakukan pengkajian pada pasien dengan fraktur ekstremitas dengan masalah gangguan mobilitas fisik.
- 2) Untuk merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien dengan fraktur ektremitas dengan masalah gangguan mobilitas fisik.

- 3) Untuk menyusun intervensi keperawatan pada pasien dengan fraktur ekstremitas dengan masalah gangguan mobilitas fisik.
- 4) Untuk melakukan implementasi keperawatan pada pasien dengan fraktur ekstremitas dengan masalah gangguan mobilitas fisik.
- 5) Untuk mengevaluasi keperawatan pada pasien dengan fraktur ekstremitas dengan masalah gangguan mobilitas fisik.

1.4 Manfaat Studi Kasus

1.4.1 Teoritis

- 1) Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penulisan ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan atau sumber informasi serta dasar pengetahuan bagi mahasiswa keperawatan tentang asuhan keperawatan pada pasien fraktur ekstremitas bawah dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik.

- 2) Bagi Penulis Selanjutnya

Hasil penulisan ini diharapkan dapat menjadi landasan yang kuat untuk penulis- penulis berikutnya, khususnya yang menyangkut topik asuhan keperawatan pada pasien fraktur ekstremitas bawah dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik.

1.4.2 Praktisi

- 1) Bagi Penulis Selanjutnya

Hasil studi kasus ini diharapkan dapat memberikan informasi yang cukup jelas kepada penulis selanjutnya dan menambahkan wawasan dalam

asuhan keperawatan pada pasien fraktur ekstremitas bawah dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik.

2) Bagi Tempat Pelaksanaan Studi Kasus

Dengan penulisan karya tulis ilmiah ini, diharapkan dapat menambah bacaan untuk meningkatkan mutu pelayanan yang lebih baik.

3) Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat memberi kontribusi dalam pengembangan ilmu keperawatan khususnya dalam bidang keperawatan medikal bedah dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien fraktur ekstremitas bawah dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Pengertian Fraktur

Fraktur adalah ancaman potensi maupun actual terhadap integritas seseorang, sehingga akan mengalami gangguan fisiologis maupun psikologis yang dapat menimbulkan respon berupa nyeri (Susihar, 2019).

Fraktur juga disebut patah tulang, yang disebabkan karena trauma atau tenaga fisik, kekuatan dan sudut dari tenaga tersebut, keadaan tulang dan jaringan lunak disekitar tulang yang merupakan penentu apakah fraktur terjadi lengkap atau tidak lengkap (Astanti, 2017). Tulang ekstermitas adalah tulang yang merupakan tulang gerak yang terdiri dari lengan (ekstermitas atas) dan kaki (ekstermitas bawah). Ekstermitas atas terdiri dari tulang humerus sampai distal falanges dan ekstermitas bawah terdiri dari tulang femur sampai distale falanges.

Kesimpulannya fraktur merupakan terputusnya kontinuitas tulang dan ditentukan sesuai jenis dan luas. Fraktur terjadi jika tulang dikenai stres yang lebih besar dari yang dapat diabsopsinya. Fraktur dapat disebabkan oleh pukulan langsung, gaya meremuk, gaya puntir mendadak, dan bahkan kontraksi otot ekstrem. Meskipun tulang patah, jaringan sekitarnya juga akan terpengaruhi, mengakibatkan edema jaringan lunak, pendarahan ke otot atau sendi, dislokasi sendi, ruptur tendon, kerusakan siaraf, dan kerusakan pembuluh darah. Organ tubuh dapat mengalami cedera akibat gaya

yang di sebabkan oleh fraktur atau akibat fragmen tulang (Brunner dan Suddarth, 2013).

2.1.2 Klasifikasi

- 1) Fraktur tertutup (*Closed*) menurut Melti (2019) yaitu:



Gambar 2.1 Fraktur Tertutup (*Closed*)

Sumber : <https://www.royalprogress.com/en/rumah-sakit-royal-progress/blog/detail/1666241806>

Fraktur tertutup adalah fraktur dengan kondisi kulit tetap tertutup utuh di sekitar fraktur tidak menonjol keluar dari kulit dan tidak terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar. Bila tidak terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar, disebut juga fraktur bersih (karena kulit masih utuh) tanpa komplikasi. Pada fraktur tertutup ada klasifikasi tersendiri yang berdasarkan keadaan jaringan lunak sekitar trauma, yaitu:

- a. Tingkat 0: fraktur biasa dengan sedikit atau tanpa cedera jaringan lunak sekitarnya. Tingkat 1: fraktur dengan abrasi dangkal atau memar kulit dan jaringan subkutan
 - b. Tingkat 2: fraktur yang lebih berat dengan kontusio jaringan lunak bagian dalam dan pembengkakan.
 - c. Tingkat 3: cedera berat dengan kerusakan jaringan lunak yang nyata dan ancaman sindroma kompartement.
- 2) Fraktur terbuka (*Open/Compound*) yaitu:



Gambar 2.2 Fraktur Terbuka (*Open*)

Sumber : <https://www.royalprogress.com/en/rumah-sakit-royal-progress/blog/detail/1666241806>

Fraktur terbuka adalah fraktur yang merusak jaringan kulit, karena adanya hubungan dengan lingkungan luar, maka fraktur terbuka sangat berpotensi menjadi infeksi (Andri dkk, 2020)

- a. Grade I: dengan luka bersih kurang dari 1 cm panjangnya, kerusakan jaringan lunak minimal, biasanya tipe fraktur simpletransverse dan fraktur obliq pendek.
 - b. Grade II: luka lebih dari 1 cm panjangnya, tanpa kerusakan jaringan lunak yang ekstensif, fraktur komunitif sedang dan ada kontaminasi.
 - c. Grade III: yang sangat terkontaminasi dan mengalami kerusakan jaringan lunak yang ekstensif, kerusakan meliputi otot, kulit dan struktur neurovascular.
 - d. Grade III dibagi menjadi: III A: fraktur tidak membutuhkan kulit untuk penutup lukanya. III B: hilangnya jaringan lunak, sehingga tampak jaringan tulang, dan membutuhkan kulit sebagai penutup (skin graft). III C: dengan kerusakan arteri yang harus diperbaiki, dan beresiko untuk dilakukan amputasi (Melti, 2019).
- 3) Fraktur Kompleksitas menurut Wiarto (2017) yaitu: Fraktur kompleksitas dapat terjadi pada dua keadaan yaitu terdapatnya patah tulang pada bagian ekstremitas sedangkan bagian sendi mengalami dislokasi.

2.1.3 Etiologi

Menurut Price dan Wilson (2015) ada 3 penyebab fraktur yaitu:

- a. Cidera atau benturan
 - 1) Cedera langsung yaitu pukulan langsung pada tulang sehingga tulang patah secara spontan. Biasanya menyebabkan fraktur melintang dan kerusakan pada kulit di atasnya.

- 2) Cedera tidak langsung yaitu pukulan langsung yang berada jauh dari lokasi benturan, misalnya jatuh dengan tangan terjulur dan menyebabkan fraktur klavikula.
 - 3) Fraktur yang disebabkan adanya kontraksi keras yang mendadak dari otot yang keras.
- b. Fraktur patologik Cedera ini disebabkan adanya gangguan pada tulang berupa penyakit yang mana apabila terjadi sedikit trauma dapat menyebabkan fraktur. Adapun beberapa penyakit tulang sebagai berikut:
- 1) Tumor tulang (jinak atau ganas), adanya pertumbuhan jaringan baru yang tidak terkendali dan bersifat progresif.
 - 2) Infeksi tulang (osteomyelitis), adanya infeksi yang menyerang tulang dan menyebabkan timbulnya rasa nyeri.
 - 3) Rakhitis, hal ini terjadi akibat defisiensi vitamin D yang biasanya terjadi akibat kegagalan absorbs vitamin D atau terjadi juga akibat kurangnya asupan kalsium atau fosfat dalam tubuh.
 - 4) Secara spontan dapat disebabkan oleh stress pada tulang yang terjadi secara terus-menerus (Gupta, Rani, & Kumar, 2016).
- c. Fraktur spontan Fraktur spontan yaitu fraktur yang disebabkan oleh stress tulang yang berlangsung terus menerus, contohnya pada kasus polio 13 dan orang yang bertugas dikemiliteran (Gupta, Rani, & Kumar, 2016).

Fraktur dapat disebabkan oleh pukulan langsung, gaya meremuk, gerakan puntir mendadak dan kontraksi otot ekstrem. Patah tulang

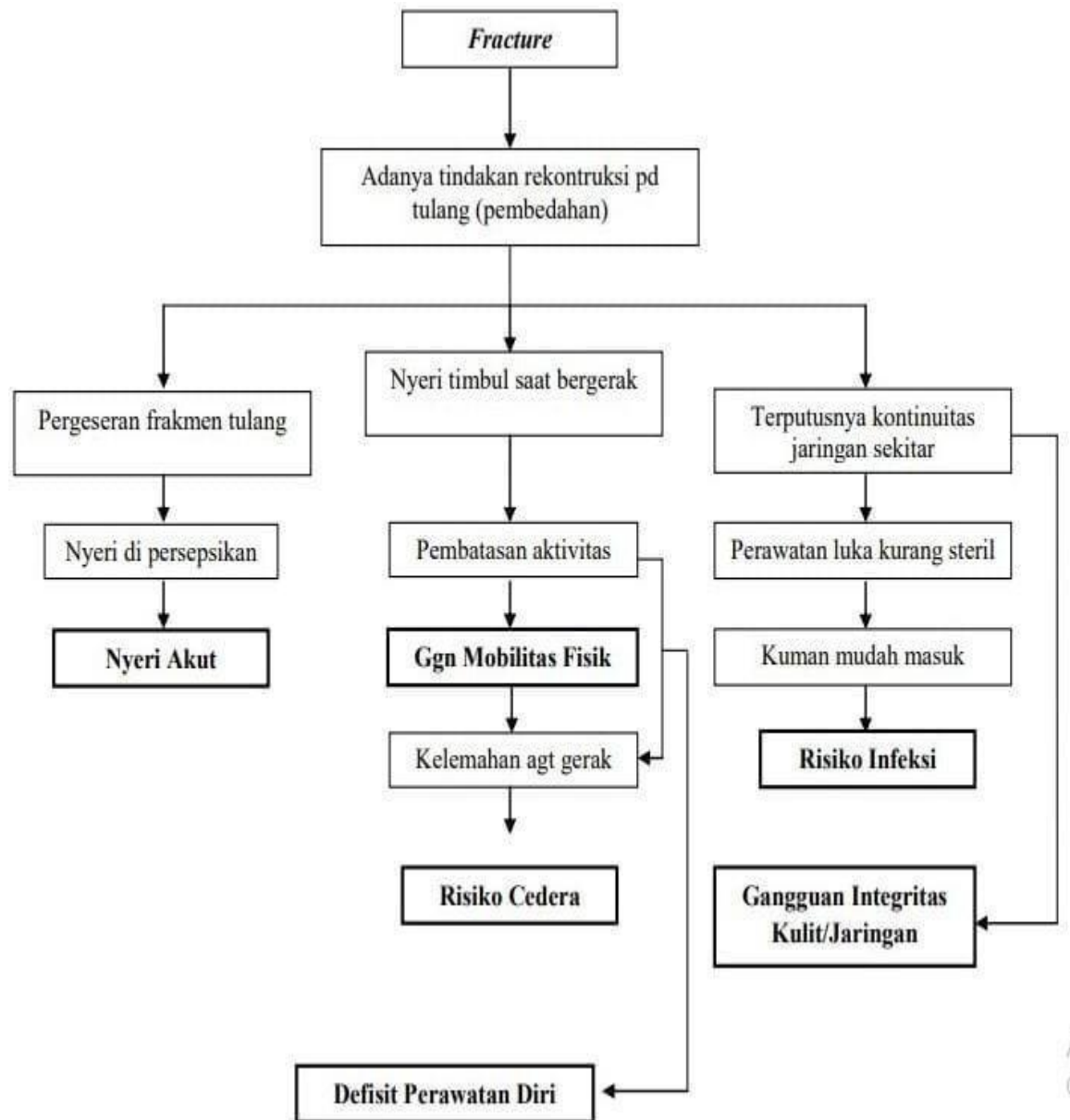
mempengaruhi jaringan sekitarnya mengakibatkan odema jaringan lunak, pendarahan ke otot dan sendi, dislokasi sendi, ruptur tendon, kerrusakan saraf, dan pembuluh darah. Organ tubuh dapat mengalami cedera akibat gaya yang di sebabkan oleh fraktur atau gerakan fragmen tulang (smelt & suddarth, 2013). Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya fraktur:

- a. Faktor ekstrinsik yaitu meliputi kecepatan dan durasi trauma yang mengenai tulang, arah serta kekuatan tulang.
- b. Faktor intrinsik yaitu meliputi kapasitas tulang mengabsorpsi energi trauma, kelenturan, densitasi serta kekuatan tulang.

2.1.4 Patofisiologi

Fraktur adalah gangguan pada tulang yang disebabkan oleh trauma langsung, tidak langsung, kontraksi otot dan kondisi patologis. Pergeseran fragmen tulang akibat fraktur dapat menimbulkan nyeri akut. Hal ini juga dapat menyebabkan tekanan pada sumsum tulang lebih tinggi dari kapiler lalu melepaskan katekolamin yang dapat mengakibatkan metabolisme asam lemak yang menyebabkan emboli dan penyumbatan pembuluh darah. Spasme otot dapat meningkatkan tekanan kapiler lalu menyebabkan protein plasma hilang karena pelepasan histamine yang akhirnya menyebabkan edema. Pergeseran fragmen tulang mengakibatkan gangguan fungsi ekstremitas. Laserasi kulit dapat menyebabkan infeksi, putusnya arteri atau vena saat terjadi fraktur dapat menyebabkan kehilangan volume cairan (perdarahan) yang berakibat terjadi syok hipovolemik.

Pathway Fraktur ((Nurarif, Amin Huda & Kusuma, 2016) dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (PPNI, 2017).



Gambar 2,3 Pathway fraktur

2.1.5 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis pada pasien fraktur ekstremitas yaitu, Deformitas akibat kehilangan kelurusan (alignment) yang dialami, Pembengkakan dan perubahan warna lokal pada kulit terjadi sebagai akibat trauma dan perdarahan yang mengikuti fraktur. Tanda ini terjadi setelah beberapa jam atau beberapa hari, dan Spasme otot: merupakan kekejangan otot yang berlangsung selama beberapa waktu dan timbul dengan sendirinya (borley, 2016).

Menurut Lemone, Priscilla, 2017 manifestasi klinis yang terjadi pada fraktur ekstremitas yaitu, nyeri jika klien secara neurologis masih baik, nyeri akan selalu mengiringi fraktur, intensitas dan keparahan dari nyeri akan berada pada tiap klien. Nyeri akan terus-menerus jika fraktur tidak dilakukan imobilisasi. Hal ini terjadi karena spasme otot, fragmen fraktur yang bertindihan atau cedera pada sekitarnya. Ketegangan di atas lokasi fraktur disebabkan karena cedera yang terjadi. Kehilangannya fungsi akan terjadi karena adanya nyeri yang disebabkan fraktur atau karena hilangnya fungsi pengungkit lengan pada tungkai yang terkena. Gerakan abnormal dan

krepitasi: gerakan dari bagian tengah tulang atau gesekan antar fragmen fraktur yang akan menciptakan sensasi dan suara deritan. Syok pada fragmen tulang dapat merobek pembuluh darah. Pendarahan besar atau tersembunyi akan menyebabkan syok. Perubahan neurovascular: cedera neurovascular terjadi akibat adanya kerusakan saraf perifer atau struktur vascular yang terkait. Klien akan mengeluh kebas atau kesemutan atau nadi tidak teraba pada daerah distal fraktur. Pemendekatan Pada fraktur panjang, terjadi pemendekatan tulang yang sebenarnya karena kontraksi otot yang melekat di atas dan di bawah tempat fraktur. Fragmen sering saling melingkupi satu sama lain sampai 2.5 sampai 5cm (1 sampai 2 inci). Krepitus saat ekstremitas diperiksa dengan tangan teraba adanya derik tulang dinamakan krepitus yang teraba akibat gesekan antara fragmen satu dengan lainnya. (Uji krepitus dapat mengakibatkan kerusakan jaringan lunak yang lebih berat).

2.1.6 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan atau penanganan pada pasien fraktur meliputi reduksi, immobilisasi, dan pengembalian fungsi dan kekuatan normal dengan rehabilitasi.

1) Reduksi

Reduksi fraktur berarti mengembalikan fragmen tulang pada kesejajarannya dan rotasi anatomis. Reduksi tertutup, traksi, atau reduksi terbuka dapat dilakukan untuk mereduksi fraktur. Metode

tertentu yang di pilih bergantung sifat fraktur, namun prinsip yang mendasarinya tetap sama. Biasanya dokter melakukan reduksi fraktur sesegera mungkin untuk mencegah jaringan lunak kehilangan elastisitasnya akibat infiltrasi karena edema dan pendarahan. Pada kebanyakan kasus reduksi fraktur menjadi semakin sulit bila cedera sudah mengalami penyembuhan.

Sebelum reduksi dan imobilisasi fraktur, pasien harus dipersiapkan untuk menjalani prosedur, harus diperoleh izin untuk melakukan prosedur, dan analgetik. Ekstremitas yang akan dimanipulasi harus ditangani dengan lembut untuk mencegah kerusakan lebih lanjut. Reduksi tertutup pada kebanyakan kasus, reduksi tertutup dilakukan dengan mengembalikan fragmen tulang ke posisinya (ujung-ujungnya saling berhubungan) dengan manipulasi dan traksi manual. Pada fraktur tertentu memerlukan reduksi terbuka. Dengan pendekatan bedah, fragmen tulang direduksi. Alat fiksasi interna dengan bentuk pin, kawat, sekrup, plat, paku, atau batangan logam dapat digunakan untuk mempertahankan fragmen tulang dalam posisinya sampai penyembuhan tulang yang solid terjadi. Alat ini dapat diletakkan disisi tulang atau dipasang melalui fragmen tulang atau langsung ke rongga sum-sum tulang, alat tersebut menjaga aproksimasi dan fiksasi yang kuat bagi fragmen tulang.

4) Immobilisasi

Setelah fraktur direduksi, fragmen tulang harus diimmobilisasi, atau dipertahankan dalam posisi dan kesejajaran yang benar sampai terjadi penyatuan, immobilisasi dapat dilakukan dengan fiksasi eskterna meliputi pembalutan, gips, bidai, traksi kontinu, dan teknik gips, atau fiksator eksterna. Implan logam dapat digunakan untuk fiksasi interna yang berperan sebagai bidai interna untuk mengimmobilisasi fraktur.

5) Mempertahankan dan Mengembalikan Fungsi

Segala upaya diarahkan pada penyembuhan tulang dan jaringan lunak. Reduksi dan amobilisasi harus dipertahankan sesuai kebutuhan. Status neurovaskuler (misalnya pengkajian peredaran darah nyeri, paresthesia, gerakan) dipantau, dan ahli bedah ortopedi diberitahu segera bila ada tanda gangguan neurovaskuler. Kecemasan, ansietas, dan ketidaknyamanan dikontrol dengan berbagai pendekatan (misalnya Menenangkan, perubahan posisi, strategi peredaan nyeri termasuk analgetik). Latihan isometrik dan seting otot diusahakan untuk meminimalkan atrofi disuse dan meninggalkan peredaran darah. Partisipasi dalam aktivitas hidup sehari-hari diusahakan untuk memperbaiki kemampuan fungsi dan harga diri. Pengembalian bertahap pada aktivitas semula diusahakan sesuai batasan terapeutik. Biasanya, fiksasi interna memungkinkan mobilisasi lebih awal. Ahli bedah yang memperkirakan stabilisasi fiksasi fraktur, menentukan

luasnya gerakan dan stres pada ekstremitas yang diperbolehkan, dan memutuskan tingkat aktivitas dan beban berat badan.

2.1.7 Komplikasi

1) Komplikasi yang terjadi setelah fraktur antara lain:

a. Cedera saraf

Fragmen tulang dan edema jaringan yang berkaitan dengan cedera dapat menyebabkan cedera saraf. Perlu diperhatikan terdapat pucat dan tungkai klien yang sakit teraba dingin, ada perubahan pada kemampuan klien untuk menggerakkan jari-jari tangan atau tungkai. Parestesia, atau adanya keluhan nyeri yang meningkat.

b. Sindrom kompartemen

Sindrom kompartemen merupakan komplikasi serius yang terjadi karena otot, tulang, saraf dan pembuluh darah terjebak dalam jaringan parut. Kondisi ini disebabkan karena edema atau perdarahan yang menekan otot, saraf, dan pembuluh darah. Selain itu, juga disebabkan oleh adanya tekanan dari luar, misalnya bidai dan pembebatan yang terlalu kuat.

c. Kontraktur Volkman

Kontraktur Volkman adalah suatu deformitas tungkai akibat sindroma kompartemen yang tak tertangani. Oleh karena itu, tekanan yang terus-menerus menyebabkan iskemia otot kemudian perlahan diganti oleh jaringan fibrosa yang menjepit tendon dan saraf.

Sindroma kompartemen setelah fraktur tibia dapat menyebabkan kaki nyeri atau kebas, disfungsional, dan mengalami deformasi.

d. Sindroma emboli

Emboli lemak serupa dengan emboli paru yang muncul pada pasien fraktur. Sindroma emboli lemak terjadi setelah fraktur dari tulang panjang seperti femur, tibia, tulang rusuk, fibula, dan panggul.

2) Komplikasi dalam waktu lama

a. Kaku sendi atau artritis

Setelah cedera atau imobilisasi jangka panjang, kekakuan sendi dapat terjadi dan dapat menyebabkan kontraktur sendi, pergerakan ligamen, atau atrofi otot. Latihan gerak sendi aktif harus dilakukan semampunya klien. Latihan gerak sendi pasif untuk menurunkan resiko kekakuan sendi.

b. Nekrosis avaskular

Nekrosis avaskular dari kepala femur terjadi utamanya pada fraktur di proksimal dari leher femur. Hal ini terjadi karena gangguan sirkulasi lokal. Oleh karena itu, untuk menghindari terjadinya nekrosis vaskular dilakukan pembedahan secepatnya untuk perbaikan tulang setelah terjadinya fraktur.

c. *Mal Union*

Malunion terjadi saat fragmen fraktur sembuh dalam kondisi yang tidak tepat sebagai akibat dari tarikan otot yang tidak seimbang

serta gravitasi. Hal ini dapat terjadi apabila pasien menaruh beban pada tungkai yang sakit dan menyalahi intruksi dokter atau apabila alat bantu jalan digunakan sebelum penyembuhan yang baik pada lokasi fraktur.

d. Penyatuan terhambat

Penyatuan menghambat terjadi ketika penyembuhan melambat tapi tidak benar-benar berhenti, mungkin karena adanya distraksi pada fragmen fraktur atau adanya penyebab sistemik seperti infeksi.

e. *Non-union*

Non-union adalah penyembuhan fraktur terjadi 4 hingga 6 bulan setelah cedera awal dan setelah penyembuhan spontan sepertinya tidak terjadi. Biasanya diakibatkan oleh suplai darah yang tidak cukup dan tekanan yang tidak terkontrol pada lokasi fraktur.

f. Penyatuan fibrosa

Jaringan fibrosa terletak diantara fragmen-fragmen fraktur. Kehilangan tulang karena cedera maupun pembedahan meningkatkan resiko pasien terhadap jenis penyatuan fraktur.

g. Sindroma nyeri regional kompleks

Sindroma nyeri regional kompleks merupakan suatu sindroma disfungsi dan penggunaan yang salah disertai nyeri dan pembengkakan tungkai yang sakit.

2.1.8 Pemeriksaan diagnostik

Pemeriksaan diagnostic menurut Istianah (2017) yaitu pemeriksian awal yang akan di lakukan adalah foto rontgen (X-ray) untuk menentukan lokasi dan luasnya fraktur. Selanjutnya akan di lakukan scan tulang, temogram, atau scan CT/MRI untuk memperlihatkan fraktur lebih jelas, mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak. Anterogram dilakukan untuk memastikan ada tidaknya kerusakan vaskuler dan akan di lakukan hitung darah lengkap, hemokonsentrasi mungkin meningkat atau menurun pada perdarahan selain itu peningkatan leukosit mungkin terjadi sebagai respon terhadap peradangan.

Menurut Black dan Hawks (2014) terdapat beberapa komplikasi fraktur. Komplikasi tergantung pada jenis cedera, usia klien, adanya masalah kesehatan lain (komordibitas) dan penggunaan obat yang mempengaruhi perdarahan.

2.2 Konsep Prosedur Tindakan

2.2.1 Definisi

Open Reduction Internal Fixation (ORIF) adalah suatu jenis operasi dengan pemasangan internal fiksasi yang dilakukan ketika fraktur tersebut tidak dapat direduksi secara cukup dengan close reduction, untuk mempertahankan posisi yang tepat pada fragmen fraktur (Potter & Perry, 2008). *Open Reduction Internal Fixation (ORIF)* adalah sebuah prosedur bedah medis, yang tindakannya mengacu pada operasi terbuka untuk mengatur tulang, seperti yang diperlukan untuk beberapa patah tulang,

fiksasi internal mengacu pada fiksasi sekrup dan piring untuk mengaktifkan atau memfasilitasi penyembuhan (Suzanne.C.Smeltzer, 2010).

Pada pasien post operasi fraktur yang mengalami gangguan mobilitas fisik yaitu dengan diberikannya latihan rentang gerak. Latihan rentang gerak tersebut salah satunya mobilisasi persendian yaitu dengan latihan range of motion (ROM) yang merupakan latihan gerak sendi yang memungkinkan terjadinya kontraksi dan pergerakan otot, pasien akan menggerakkan masing-masing persendiannya sesuai gerakan normal baik secara pasif maupun aktif. ROM pasif adalah latihan yang diberikan kepada pasien yang mengalami kelemahan otot lengan maupun otot kaki berupa latihan pada tulang maupun sendi karena pasien tidak dapat melakukannya sendiri, sehingga pasien memerlukan bantuan perawat atau keluarga. ROM aktif adalah latihan ROM yang dilakukan sendiri oleh pasien tanpa bantuan perawat dari setiap gerakan yang dilakukan. Tujuan ROM yaitu mempertahankan atau memelihara kekuatan otot, memelihara mobilitas 12 persendian, merangsang sirkulasi darah, mencegah kelainan bentuk (Potter& Perry, 2010).

2.2.2 Indikasi dan Kontra Indikasi

a. Indikasi

Fraktur yang tidak stabil dan jenis fraktur yang apabila ditangani dengan metode terapi lain, terbukti tidak memberi hasil yang memuaskan. Fraktur leher femoralis, fraktur lengan bawah distal, dan

fraktur intraartikular disertai pergeseran. Fraktur avulsi mayor yang disertai oleh gangguan signifikan pada struktur otot tendon.

b. Kontra Indikasi

Tulang osteoporotik terlalu rapuh menerima implan, jaringan lunak diatasnya berkualitas buruk, terdapat infeksi adanya fraktur comminuted yang parah yang menghambat rekonstruksi, pasien dengan penurunan kesadaran, pasien dengan fraktur yang 21 parah dan belum ada penyatuan tulang pasien yang mengalami kelemahan (malaise).

2.2.3 Setandar Oprasional Prosedur (SOP)

Tabel 2.1

Standar Oprasional Prosedur Range Of Mostion (Maula Grace,2022)

Sumber : <https://id.scribd.com/document/605991560/SOP-Range-of-motion-1>

STANDART	RANGE OF MOTION (ROM)
Pengertian	Latihan gerak aktif-pasif atau range of motion (ROM) adalah latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengurangi kekakuan pada sendi dan kelemahan pada otot yang dapat dilakukan secara aktif maupun pasif tergantung dengan keadaan pasien. 2. Meningkatkan atau mempertahankan fleksibilita dan kekuatan otot
Indikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien yang mengalami hambatan mobilitas fisik 2. Pasien yang mengalami keterbatasan rentang gerak
Prosedur Kerja	Tahap Kerja Gerakan Rom Aktif Piggul: <ul style="list-style-type: none"> - Fleksi : Menggerakan tungkai ke depan dan atas, rentang 90-120° - Ekstensi : Menggerakan kembali ke samping tungkai yang lain, rentang 90-120°

	<ul style="list-style-type: none"> - Hiperekstensi : Mengerakan tungkai ke belakang tubuh, rentang 30-50° - Abduksi : Menggerakan tungkai ke samping menjauhi tubuh, rentang 30-50° - Adduksi : Menggerakan tungkai kembali ke posisi media & melebihi jika mungkin, rentang 30-50° - Rotasi dalam : Memutar kaki dan tungkai ke arah tungkai lain, rentang 90° - Rotasi luar : Memutar kaki dan tungkai menjauhi tungkai lain, rentang 90° - Sirkumduksi : Menggerakan tungkai melingkar Lutut: - Fleksi : Mengerakan tumit ke arah belakang paha, rentang 120-130° - Ekstensi : Mengembalikan tungkai kelantai, rentang 120-130° <p>Mata Kaki:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dorsifleksi : Menggerakan kaki sehingga jari-jari kaki menekuk ke atas, rentang 20-30° - Plantarfleksi : Menggerakan kaki sehingga jari-jari kaki menekuk ke bawah, rentang 45-50° <p>Kaki:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inversi : Memutar telapak kaki ke samping dalam, rentang 10° - Eversi : Memutar telapak kaki ke samping luar, rentang 10° <p>Jari-Jari Kaki:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fleksi : Menekukkan jari-jari kaki ke bawah, rentang 30-60° - Ekstensi : Meluruskan jari-jari kaki, rentang 30-60° - Abduksi : Meregangkan jari-jari kaki satu dengan yang lain, rentang 15° - Adduksi : Merapatkan kembali bersama-sama, rentang 15°
Evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Respon Respon verbal: klien mengatakan tidak kaku lagi Respon non verbal: klien tidak terlihat sulit untuk menggerakkan sisi tubuhnya yang kaku. 2. Beri reinforcement positif. 3. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya. 4. Mengakhiri kegiatan dengan baik.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

1) Identitas klien : Nama, jenis kelamin, umur, alamat, agama, bahasa yang digunakan sehari-hari, status perkawinan, pendidikan , pekerjaan, tanggal MRS, diagnosa medis.

2) Keluhan Utama : Pada umumnya keluhan utama pada kasus fraktur adalah rasa nyeri.

3) Riwayat Penyakit

(1) Riwayat penyakit sekarang

Pengumpulan data yang dilakukan untuk menentukan sebab terjadinya fraktur, yang dapat membantu dalam menentukan perencanaan tindakan.

(2) Riwayat penyakit dahulu

Pengumpulan data ini ditentukan kemungkinan penyebab fraktur dan memberi bentuk berapa lama tulang tersebut menyambung.

(3) Riwayat penyakit keluarga

Pengumpulan data ini untuk mengetahui penyakit keluarga yang berhubungan dengan penyakit tulang yang merupakan salah satu faktor terjadinya fraktur .

4) Aktivitas/ istirahat

Apakah setelah terjadi fraktur ada keterbatasan gerak/ kehilangan fungsi motorik pada bagian yang terkena fraktur (dapat segera maupun sekunder, akibat pembengkakan/ nyeri).

5) Sirkulasi

Terdapat tanda hipertensi (kadang-kadang terlihat sebagai respon terhadap nyeri/ ansietas) atau hypotention (hipovolemia). Takikardi (respon stress, hipovolemia). Pembengkakan jaringan atau massa hematoma pada sisi cedera.

6) Neurosensori

Gejala yang muncul antar lain spasme otot, kebas/ kesemutan, deformitas local, pemendekan rotasi, krepitasi, kelemahan/ kehilangan fungsi.

7) Nyeri/ Kenyamanan

Nyeri berat tiba-tiba saat cedera (mungkin terlokalisasi pada area jaringan atau kerusakan tulang, dapat berkurang pada immobilisasi), tidak ada nyeri akibat kerusakan saraf dan spasme/kram otot.

8) Keamanan

Tanda yang muncul laserasi kulit, avulasi jaringan, perdarahan, dan perubahan warna kulit dan pembengkakan lokal (Lukman, 2012).

9) Kemampuan fungsi motorik dan fungsi sensorik

Pengkajian fungsi motorik antara lain pada tangan kanan dan kiri, kaki kanan dan kiri untuk menilai ada atau tidaknya kelemahan, kekuatan atau spastis.

10) Kemampuan mobilitas

Pengkajian kemampuan mobilitas dilakukan dengan tujuan untuk menilai kemampuan gerak ke posisi miring, duduk, berdiri, bangun dan

berpindah tanpa bantuan. Kategori tingkat kemampuan aktivitas adalah sebagai berikut:

Tabel 2.2
Kemampuan Mobilitas

Tingkat aktivitas atau mobilitas	Kategori
Tingkat 0	Mampu merawat diri sendiri secara penuh
Tingkat 1	Memerlukan penggunaan alat
Tingkat 2	Memerlukan bantuan atau pengawasan orang lain
Tingkat 3	Memerlukan bantuan, pengawasan orang lain dan peralatan
Tingkat 4	Sangat tergantung dan tidak dapat melakukan atau berpartisipasi dalam perawatan

(Sumber: *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan*, Hidayat, Aziz Alimul. 2019).

2.3.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinik tentang respon individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan/proses kehidupan yang actual atau potensial. Diagnosa keperawatan yang biasa muncul: Gangguan Mobilitas Fisik (0054) Gangguan mobilitas fisik

adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (SDKI, SDKI, SIKI, SLKI PPNI 2018).

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

- 1) Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (D.0077)
- 2) Gangguan mobilitas fisik b.d kerusakan integritas struktur tulang(fraktur) (D.0054)

- 3) Kerusakan Integritas Kulit b.d pemasangan traksi atau pen (D.0129)
 4) Resiko infeksi b.d prosedur tindakan invasif (D.0142)

2.3.3 Perencanaan

Tabel 2.3
Intervensi keperawatan

NO	SDKI	SLKI	SIKI
1	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (D.0077)	Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x6 jam diharapkan keluhan nyeri menurun Kriteria Hasil: 1) Keluhan nyeri menurun 2) Meringis menurun 3) Gelisah menurun 4) Ketegangan otot menurunsun 5) Frekuensi nadi membaik 6) Pola nafas membaik	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 1.2 Identifikasi skala nyeri Terapeutik 1.3 Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 1.4 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri Edukasi 1.5 Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi 1.6 Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2	Gangguan mobilitas fisik b.d kerusakan integritas struktur tulang(fraktur) (D.0054)	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x6 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat. Meningkatkan dengan kriteria hasil : 1) Nyeri menurun 2) Kecemasan menurun 3) Gerakan terbatas menurun 4) Kelemahan menurun	Dukungan mobilisasi (I.05173) Observasi 2.1 Identifikasi kemampuan pasien dalam mobilisasi 2.2 monitor tanda-tanda vital Terapeutik 2.3 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 2.4 Anjurkan mobilisasi dini 2.5 Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) kolaborasi 2.6 Kolaborasi terapi ROM
3	Kerusakan Integritas Kulit b.d pemasangan	Setelah dilakukan intervensi selama 3x6 jam, maka integritas kulit dan jaringan meningkat	Perawatan integritas kulit (I.11353) Observasi 3.1 Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit

NO	SDKI	SLKI	SIKI
	traksi atau pen (D.0129)	dengan kriteria hasil: 1) Elastitas meningkat, 2) kerusakan jaringan menurun, 3) perdarahan menurun, 4) kerusakan lapisan menurun, 5) sensasi membaik 6) tekstur membaik.	Edukasi 3.2 Anjurkan minum air yang cukup 3.3 Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi Perawatan luka (I.14564) Observasi 3.4 Monitor karakteristik luka (warna, ukuran, bau) 3.5 Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik 3.6 Melakukan perawatan luka 3.7 Ganti balutan sesuai jumlah eksudat Kolaborasi 3.8 Kolaborasi pemberian antibiotik
4	Resiko infeksi b.d prosedur tindakan invasif (D.0142)	Setelah dilakukan intervensi selama 3x6 jam, maka tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: 1) Kebersihan tangan meningkat, 2) kebersihan badan meningkat, 3) nyeri menurun, 4) bengkak menurun 5) kadar sel darah putih membaik, 6) kultur area luka membaik	Pencegahan infeksi (I.14539) Observasi 4.1 Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik Terapeutik 4.2 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Edukasi 4.3 Jelaskan tanda dan gejala infeksi 4.4 Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 4.5 Anjurkan meningkatkan nutrisi 4.6 Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi 4.7 kolaborasikan pemberian antibiotik

Sumber: Tim Pokja SIKI DPP PPNI. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan 2018

2.3.4 Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan sebuah fase dimana perawat melaksanakan rencana atau intervensi yang sudah dilaksanakan sebelumnya. Berdasarkan terminologi SIKI, implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan yang merupakan tindakan khusus

yang digunakan untuk melaksanakan intervensi (Tim Pokja SIKI PPNI, 2018).

Implementasi keperawatan membutuhkan fleksibilitas dan kreativitas perawat. Sebelum melakukan tindakan, perawat harus mengetahui alasan mengapa tindakan tersebut dilakukan. Implementasi keperawatan berlangsung dalam tiga tahap. Fase pertama merupakan fase persiapan yang mencakup pengetahuan tentang validasi rencana, implementasi rencana, persiapan pasien dan keluarga. Fase kedua merupakan puncak implementasi keperawatan yang berorientasi pada tujuan. Fase ketiga merupakan transmisi perawat dan pasien setelah implementasi keperawatan selesai dilakukan (Asmadi, 2008).

2.3.5 Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan tindakan akhir dalam proses keperawatan (Tarwoto & Wartolah, 2015). Evaluasi dapat berupa evaluasi struktur, proses dan hasil. Evaluasi terdiri dari evaluasi formatif yaitu menghasilkan umpan balik selama program berlangsung. Sedangkan evaluasi sumatif dilakukan setelah program selesai dan mendapatkan informasi efektivitas pengambilan keputusan (Deswani, 2011). Evaluasi asuhan keperawatan didokumentasikan dalam bentuk SOAP (Dinarti, 2013)

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Rencana Studi Kasus

Metode penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif dalam bentuk studi kasus untuk mengetahui masalah Asuhan Keperawatan pada pasien fraktur ekstremitas dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik di rumah sakit Abdul Wahab Sjahrani yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

3.2 Subjek Studi Kasus

Subjek studi kasus dalam penulisan ini adalah pada pasien fraktur yang berada di rumah sakit Abdul Wahab Sjahrani. Adapun kriteria inklusi dan eksklusi adalah sebagai berikut:

- a. Kriteria inklusi merupakan kriteria dimana subyek penulisan dapat mewakili dalam sampel penulisan yang memenuhi syarat sebagai berikut. Kriteria inklusi adalah:
 - 1) Laki –laki atau perempuan usia dewasa (18-55 tahun).
 - 2) Pasien fraktur ekstremitas.
 - 3) Pasien yang kooperatif dan bersedia ditulis
 - 4) Pasien post of hari 1-3 hari
- b. Kriteria eksklusi
 - 1) Pasien menolak menjadi responden

- 2) Pasien mengalami suatu keadaan yang tidak memungkinkan untuk dilakukan penelitian (penurunan kesadaran atau terjadi perburukan pada pasien Kelola).
- 3) Pasien fraktur ekstremitas yang mengalami komplikasi lain (DM atau AIDS)

3.3 Fokus Studi

Fokus dari studi kasus ini yaitu asuhan keperawatan pada satu pasien fraktur ekstremitas bawah dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik dengan terapi ROM.

3.4 Definisi Oprasional Dari Fokus Studi

Menurut sugiyono (2015) definisi operasional adalah suatu sifat atau nilai dari objek atau kegiatan yang memiliki variasi tertentu yang telah ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya. Definisi operasional pada studi kasus ini adalah sebagai berikut:

- 1) Asuhan keperawatan

Asuhan keperawatan Medikal Bedah dengan fraktur ekstremitas merupakan suatu proses tindakan keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi untuk mengatasi masalah pada pasien *post op* fraktur ekstremitas dengan masalah gangguan mobilitas fisik

2) Fraktur

Fraktur merupakan terputusnya kontinuitas tulang dan ditentukan sesuai jenis dan luas. Fraktur terjadi jika tulang dikenai stres yang lebih besar dari yang dapat diabsopsinya. Fraktur dapat disebabkan oleh pukulan langsung, gaya meremuk, gaya puntir mendadak, dan bahkan kontraksi otot ekstrem. Meskipun tulang patah, jaringan sekitarnya juga akan terpengaruhi, mengakibatkan edema jaringan lunak, pendarahan ke otot atau sendi, dislokasi sendi, ruptur tendon, kerusakan saraf, dan kerusakan pembuluh darah. Organ tubuh dapat mengalami cedera akibat gaya yang disebabkan oleh fraktur atau akibat fragmen tulang (Brunner dan Suddarth,2013).

3) Gangguan mobilitas fisik

Gangguan mobilitas fisik adalah suatu kondisi yang relatif, pasien tidak saja kehilangan kemampuan gerakanya secara total, tetapi juga mengalami penurunan aktivitas dari kebiasaan normalnya(Ernawati, 2012).

4) latihan *range of motion* (ROM)

latihan gerak sendi yang memungkinkan terjadinya kontraksi dan pergerakan otot, pasien akan menggerakkan masing-masing persendiannya sesuai gerakan normal menggunakan terapi ROM aktif. ROM aktif adalah latihan ROM yang dilakukan sendiri oleh pasien tanpa bantuan perawat dari setiap gerakan yang dilakukan. Tujuan ROM yaitu mempertahankan atau memelihara kekuatan otot,

memelihara mobilitas 12 persendian, merangsang sirkulasi darah, mencegah kelainan bentuk (Potter & Perry, 2010).

3.5 Instrumen Studi Kasus

Alat dan instrumen yang dibutuhkan dalam penulisan adalah format pengkajian, alat pemeriksaan fisik yang terdiri dari tensi meter, termometer, stetoskop, penlight dan timbangan.

3.6 Metode Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang akan digunakan adalah wawancara yang berisi sebagai berikut:

- a. Wawancara
- b. Menanyakan identitas
- c. Menanyakan keluhan utama
- d. Menanyakan riwayat penyakit sekarang, dahulu, dan keluarga
- e. Menanyakan informasi tentang pasien kepada keluarga
- f. Observasi/ monitoring
- g. Pemeriksaan fisik (inspeksi, palpasi, perrkusi, dan auskultasi)
- h. Dokumentasi laporan asuhan keperawatan

3.7 Langkah Pelaksanaan Studi Kasus

Langkah pelaksana, diawali dengan penyusunan proposal oleh mahasiswa dengan menggunakan metode studi kasus.

1. Meminta izin kepada pihak kampus untuk dilaksanakannya studi kasus di Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahrani

2. Meminta izin untuk mengumpulkan data dengan metode studi kasus kepada Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahrani
3. Mencari satu klien lansia dengan fraktur ekstremitas, dan memberikan informasi singkat tentang tujuan dan manfaat studi kasus kepada klien yang diikutsertakan dalam studi kasus ini.
4. Melakukan pengkajian, menetapkan diagnosa, menentukan intervensi, implementasi, evaluasi dan melakukan dokumentasi pada klien dengan fraktur ekstremitas.

3.8 Lokasi Dan Waktu Studi Kasus

Penulisan studi kasus ini dilaksanakan pada tanggal 08 Juni 2024 sampai dengan tanggal 10 Juni 2024 di Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie dan Waktu penelitian menyesuaikan dengan target keberhasilan dari tindakan, kurang lebih 1 minggu (dengan minimal 5-6x kunjungan).

3.9 Analisa Dan Penyajian Data

Data yang ditemukan saat pengkajian dikelompokkan dan dianalisa berdasarkan data subjektif dan objektif, sehingga dapat dirumuskan diagnosa keperawatan, kemudian menyusun rencana keperawatan serta melakukan implementasi dan evaluasi keperawatan. Analisa selanjutnya membandingkan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien kelolaan dengan teori dan penelitian terdahulu.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

Pada bab ini akan dilakukan pengkajian, analisa data, menegakan diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi, evaluasi dan akan dilakukan pembahasan dari satu subjek penelitian dari mengenai asuhan keperawatan pada pasien *post op* fraktur di ruangan Cempaka RSUD A.W.Sjahanie pada tahun 2024. Adapun hasil dan pembahasannya diuraikan sebagai berikut:

4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Lokasi studi kasus ini dilakukan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda yang terletak di Jl. Palang Merah Indonesia No. 1 Kelurahan Sidodadi Kecamatan Samarinda Ulu Kota Samarinda, Kalimantan Timur.

RSUD Abdul Wahab Sjahranie diresmikan pada tanggal 22 Februari 1986.

Fasilitas yang tersedia di RSUD Abdul Wahab Sjahranie ini antara lain instalasi rawat jalan, instalasi rawat inap, fisioterapi, dan Instalasi Gawat Darurat 24 jam. Untuk fasilitas rawat jalan terdiri dari poliklinik, medical check up, dan resume medis. Fasilitas pemeriksaan penunjang terdiri dari laboratorium Patologi Klinik, Patologi Anatomi, Radiologi, Hemodialisa, CT-scan, Instalasi Bedah Sentral (IBS), Laundry Farmasi, dan Gizi. Untuk instalasi rawat inap terdapat beberapa ruangan yaitu Flamboyan, Seruni, Dahlia, Angsoka, Tulip, Melati, Anggrek, Cempaka, Aster, Edelweis, Mawar, Bougenvil, Teratai, ICU, ICCU, HCU, Stoke Center, dan Sakura.

Dalam penelitian studi kasus ini menggunakan Ruang Cempaka dari tanggal 08-10 Juni 2024.

Rumah Sakit Umum Abdul Wahab Sjahranie (RSUD AWS) Samarinda merupakan Rumah Sakit pemerintah Provinsi Kalimantan Timur dan merupakan Rumah Sakit Pendidikan dengan capaian akreditasi paripurna dari Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS,2019). Rumah Sakit milik pemerintah ini beralatkan di Jalan Palang Merah Indonesia No.1, Kecamatan Samarinda Ulu, Kota Samarinda,Provinsi Kalimantan Timur.

Pada tahun 2015, RSUD A.W.Sjahrani Samarinda membentuk komite peningkatan mutu dan keselamatan pasien sebagai salah satu bentuk solusi peningkatan penerapan budaya keselamatan pasien.

Visi RSUD A.W. Sjahranie Samarinda adalah Rumah Sakit bertaraf internasional pada tahun 2018. Sedangkan Misi RSUD A.W.Sjahranie Samarinda adalah meningkatkan akses kualitas dan pelayanan berataraf internasional dan membangun Rumah Sakit sebagai pusat Pendidikan dari penelitian di bidang kedokteran dari Kesehatan.

4.1.2 Data Asuhan Keperawatan

1) Pengkajian

Table 4.1
Pengkajian pasien

Data Anamnesis	Pasien
Nama Pasien	Tn. W
Tanggal Lahir	05 Agustus 2003
Suku/ Bangsa	Tanjong/ Indonesia
Agama	Islam
Pendidikan	SMP
Pekerjaan	Usaha
Alamat	Bontang

Diagnosi Medis	<i>Post Op</i> Fraktur Femur Sinistra
No. Register	01951328
MRS	06 Juni 2024
Tanggal Pengkajian	08 Juni 2024
Keluhan Utama	Nyeri
Riwayat Penyakit Sekarang	Pasien datang ke IGD pada tanggal 06 Juni 2024 pada pukul 03.00 WITA Pasien post KLL, Naik motor kemudian menabrak mobil, pasien sempat pingsan, mual muntah, nyeri pada kaki kiri, pergerakan terbatas, Pasien di pindahkan di ruangan cempaka sebelum di lakukan oprasi. Pasien di lakukan Tindakan oprasi pada tanggal 07 Juni 2024 pukul 07.00 dan selesai pukul 13.00.
Riwayat Penyakit Dahulu	Tidak ada penyakit terdahulu
Riwayat Penyakit Keluarga	Tidak ada riwayat penyakit keluarga
Genogram	

Berdasarkan tabel 4.1 ditemukan data dari identitas klien. Pada klien bernama Tn. R berusia 20 tahun, berjenis kelamin Laki-Laki, masuk rumah sakit pada tanggal 06 Juni 2024 dan dilakukan pengkajian pada tanggal 08 Juni 2024 dengan diagnose medis *post op Close fracture* femur sinistra (ORIF).

Table 4.2
Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan	Pasien
Keadaan umum	Sedang
Kesadaran	Compos Mentis
Tanda – Tanda Vital	TD : 130/70 mmHg Nadi : 80x/ menit RR : 20x/ menit Suhu : 37 C
Kenyamanan/ Nyeri	P : Nyeri pada kaki kiri Q : Nyeri seperti di tusuk- tusuk R : Nyeri pada paha kiri S : Skala 7 T : Hilang timbul
Status fungsional/ Aktivitas dan Mobilisasi Barthel Indeks	Total skor 14 Interpretasi : Pasien dengan kategori

Pemeriksaan	Pasien
Pemeriksaan Fisik Kepala	<p>ketergantungan ringan</p> <p>Kepala : Bentuk kepala klien oval, keras, tidak ada benjolan. Kulit kepala bersih tidak ada lesi, rambut bergelombang, warna rambut putih, penyebaran rambut merata, rambut cerah dan tidak bercabang, dan tidak ada kelainan pada bagian kepala pasien.</p> <p>Mata : Mata simetris kanan dan kiri, kelopak mata tidak ada edema hematom, kornea mata jernih, reflek cahaya (+)/ (+), konjungtiva anemis, sklera tidak icterus, pupil isokor, tidak ada Kelaina pada mata.</p> <p>Hidung : Tidak ada pernapasan cuping hidung, posisi septum nasal ditengah atau simetris, tidak ada secret di lubang hidung, ketajaman penciuman baik, dan tidak ada kelainan pada hidung.</p> <p>Rongga Mulut : Warna bibir merah muda, tidak ada gigi caries, lidah bewarna merah muda, dan bersih, mukosa bibir kering, tidak ada peradangan pada tonsil, uvula terletak simetris di tengah dan tidak ada kelainan.</p> <p>Telinga : Daun telinga lengkap dan simetris kanan dan kiri, berukuran sedang, lubang telinga bersih, tidak ada serumen, ketajaman pendengaran baik, dan tidak ada kelainan pada telinga.</p>
Pemeriksaan Fisik Leher	Kelenjar getah bening tidak teraba, kelenjar tiroid tidak teraba, posisi trakea terletak di tengah, tidak ada kelainan pada leher.
Pemeriksaan Fisik Thorax Pernafasan	<p>Tidak terdapat keluhan sesak pada pasien, batuk tidak produktif.</p> <p>Inspeksi : Bentuk dada simetris, frekuensi nafas 20x/ menit, irama nafas teratur, tidak terdapat pernafasan cuping hidung dan otot bantu pernafasan, tidak ada menggunakan alat bantu napas.</p> <p>Palpasi : Vokal premitus getaran pada paru kanan dan kiri teraba sama, dan tidak ada kelainan pada paru.</p> <p>Perkusi ; Saat diperkusi terdengar sonor</p> <p>Auskultasi ; Saat diauskultasi terdengar suara nafas vesikuler, tidak terdapat suara tambahan pada paru, suara ucapan terdengar jelas saat berbicara</p>
Pemeriksaan Fisik Jantung	<p>Tidak ada keluhan nyeri dada pada pasien</p> <p>Inspeksi : Tidak ada jejas, tidak ada pulsasi, CRT> 2</p>

Pemeriksaan	Pasien
	<p>detik, tidak ada sianosis, tidak ada jari tabuh.</p> <p>Palpasi : Iktus kordis teraba pada ICS V, dan akral teraba dingin</p> <p>Perkusi : Batas jantung berada di ICS II line sternal kiri – ICS II line sternal kanan, pinggang jantung berada di ICS IV line sternal kanan dan apeks jantung berada di ICS IV line sternal kanan</p> <p>Auskultasi : Saat di auskultasi bunyi jantung I terdengar tunggal, irama regular. Terdengar keras dan bunyi jantung II saat di auskultasi terdengar tunggal, irama regular, terdengar keras dan tidak ada bunyi jantung tambahan. Tidak ada kelainan pada jantung pasien</p>
<p>Pemeriksaan Status Pencernaan dan Status Nutrisi</p>	<p>Berat Badan : 68 Kg Tinggi Badan : 165 Cm IMT : Kategori : Pasien tidak mengalami penurunan berat badan Abdomen</p> <p>Inspksi : Bentuk abdomen datar, tidak ada benjolan/massa, tidak ada luka operasi, tidak tampak bayangan vena pada abdomen.</p> <p>Auskultasi ; Saat di auskultasi terdengar bising usus 15x/menit</p> <p>Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak teraba massa, tidak ada pembengkakan pada hepar, tidak ada lien, tidak ada pembengkakan pada ginjal.</p> <p>Perkusi : Tidak ada nyeri ketuk pada ginjal.</p>
<p>Pemeriksaan Sistem Persyarafan</p>	<p>Pasien dapat berkomunikasi dengan baik, memori panjang, perhatian dapat mengulang, Bahasa baik, kognisi baik, orientasi (orang, tempat, waktu), saraf sensori baik, saraf kordinasi baik.</p> <p>Reflek fisiologis baik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reflek patella (+3) normal - Reflek achilles (+3) normal - Reflek bisep (+3) normal - Reflek brankioradialis (+3) normal <p>Reflek patologis baik, tidak ada keluhan pusing, istirahat 7-9 jam/ hari, dan tidak ada gangguan tidur.</p> <p>Pemeriksaan Saraf Kranial :</p> <ul style="list-style-type: none"> - N1 : Pasien dapat mencium bau minyak kayu putih - N2 : Pasien dapat membaca dan melihat orang yang jarak 30 cm - N3: Pasien dapat menggerakkan bola mata

Pemeriksaan	Pasien
	<ul style="list-style-type: none"> - N4 : Pasien dapat melihat ke atas dan kebawah - N5 : Pasien mampu mengunyah - N6 : Pasien dapat menggerakkan mata ke samping kanan dan kiri - N7 : Pasien dapat merasakan makanan asin, manis dan pahit. - N8 : Pasien dapat mendengar suara - N9 : Pasien dapat menelan dengan baik - N10 : Pasien dapat berbicara dengan baik - N11 : Pasien dapat menggerakkan kepala - N12 : Pasien dapat menjulurkan lidahnya ke kanan dan kiri
Pemeriksaan Sistem Perkemihan	Pasien kencing menggunakan pispot Produksi urine : Warna : Kuning Jernih Bau : Khas amoniak
Pemeriksaan Sistem Muskuloskeletal	<ul style="list-style-type: none"> - Pergerakan sendi terbatas, otot simetris kanan dan kiri. - Kekuatan otot : Pada pemeriksaan tangan kanan, tangan kiri dan kaki kanan didapatkan kekuatan otot 5, sedangkan pada kaki kiri didapatkan kekuatan otot 3. Klien masih bisa menggerakkan jari-jari dan pergelangan kaki. <p>Tidak ada kelainan tulang belakang Turgor kulit baik Pada penilaian risiko decubitus, persepsi sensori 4 yaitu tidak ada gangguan, kelembaban 4 yaitu jarang basah, aktivitas 1 yaitu bedfast, mobilisasi 1 yaitu immobile sepenuhnya, nutrisi 4 yaitu sangat baik, gesekan dan pergeseran 2 yaitu potensial bermasalah, total nilai 16 yaitu low risk</p>
Pemeriksaan Sistem Endokrin	<ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening dan trias DM - Tidak ada riwayat amputasi sebelumnya
Pemeriksaan seksualitas dan Reproduksi	<ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada kelainan bentuk payudara simetris kanan dan kiri, warna aerola kehitaman, tidak ada benjolan pada axilla dan clavikula. - Genetalian kelen normal klien mengatakan tidak ada luka
Pemeriksaan Risiko Jatuh dengan Skala Morse	Penilaian risiko klien jatuh dengan skala morse. Riwayat jatuh yang baru atau 3 bulan terakhir yaitu 25 (ya), diagnosis sekunder lebih dari 1 diagnosis yaitu 0 (tidak), menggunakan alat bantu yaitu 0 (bedrest), menggunakan IV dan kateter yaitu 20 (ya), kemampuan berjalan yaitu 10 (lemah), status mental yaitu 0 (orientasi sesuai kemampuan diri), total skor yaitu 55 (Risiko).
Pengkajian Psikososial	Persepsi klien terhadap penyakitnya adalah

Pemeriksaan	Pasien
	cobaan Tuhan. Ekspresi klien terhadap penyakitnya adalah murung/diam, tampak tegang. Reaksi saat interaksi tidak kooperatif, tidak mengalami gangguan konsep diri.
Personal Hygiene & Kebiasaan	Mandi 1x sehari (seka), keramas 3 hari sekali, memotong kuku 1x dalam seminggu, tidak merokok, tidak ada minum alkohol, ganti pakaian 1x dalam sehari, dan sikat gigi 2x sehari
Pengkajian Spritual	Sebelum sakit pasien sering menjalankan ibadah. Setelah sakit pasien jarang menjalankan ibadah.

Berdasarkan tabel 4.2 ditemukan data dari pemeriksaan kenyamanan dan nyeri pada klien didapatkan nyeri pada kaki kiri yang di operasi jika digerakkan, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri ada kaki kiri yang patah, skala nyeri 7, nyeri terasa saat digerakkan dan hilang saat diistirahatkan.

Pemeriksaan status fungsional dan aktivitas dan mobilisasi barthel indeks pada klien total skor nya adalah 11 (ketergantungan sedang). Pemeriksaan muskuloskeletal dan integument pada klien pemeriksaan tangan kanan, tangan kiri dan kaki kanan didapatkan kekuatan otot 5, sedangkan pada kaki kiri didapatkan kekuatan otot 3. Terpasang pen pada kaki kirinya. Pengkajian psikososial pada klien persepsi klien terhadap penyakit yaitu cobaan dari tuhan, ekspresi klien terhadap penyakit tegang dan reaksi saat interaksi produktif. Pengkajian personal hygiene dan kebiasaan pada klien tidak ditemukan masalah selama di rumah sakit. Personal hygiene pada klien, saat dirumah sakit klien jarang diseka oleh keluarganya kuku klien tampak Panjang.

Table 4.3
pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang	Pasien
Laboratorium	Pada tanggal 05 Juni 2024 a. Hemoglobin: 10,5 (13.0-18.0) g/dl b. Leukosit: 11,85 (4.00 - 10.00) $10^3/L$ c. Hematokrit: 32,4 (40.0 - 54.0) % d. Trombosit: 296 (150-450) mg/ dl
Rontgen	Pada tanggal 05 Juni 2024 Pada hasil pemeriksaan ditemukan <i>Open fracture femur sinistra</i>
EKG	Tidak ada
USG	Tidak ada
Lain-lain	Tidak ada

Berdasarkan tabel 4.3 ditemukan data dari pemeriksaan penunjang pada klien didapatkan nilai semua normal. Hasil pemeriksaan rontgen didapatkan pada klien ditemukan *Close fracture femur sinistra*

Table 4.4
Penatalaksanaan terapi pasien

Penatalaksanaan pasien
Terapi di dapat Jumat, 07 Juni 2024 1. Ringer laktat (RL) 16 TPM pemberian lewat iv (jenis cairan infus golongan kristaloid yang dapat digunakan oleh pasien dewasa dan anak-anak sebagai sumber elektrolit dan air) 2. Ketorolac 3x1 mg iv Golongan obat antiinflamasi nonsteroid Ketorolac bekerja dengan cara menghambat produksi senyawa kimia yang bisa menyebabkan peradangan dan rasa nyeri. 3. Metoklopromid 2x10 mg iv Golongan obat antiemetik yang bekerja dengan mempercepat pengosongan lambung. 4. Cefazolin 1x1 mg iv Golongan obat sefalosporin Bekerja Mengobati infeksi bakteri dan mencegah infeksi bakteri sebelum dan pascaoperasi 5. Cefoperazone 2x1 iv Golongan obat sefalosporin bekerja dengan cara mengganggu pembentukan dinding sel bakteri, sehingga akan membunuh dan menghambat perkembangan bakteri penyebab infeksi

Berdasarkan tabel 4.4 ditemukan data penatalaksanaan terapi pemberian obat pada klien yaitu ringer lakta, ketorolac metoklopromid, cefazolin, cefoperazone.

2) Diagnosis Keperawatan

Tabel 4.5
Diagnosis Keperawatan

No	Hari / Tanggal Ditemukan	Diagnosis Keperawatan
1	Sabtu, 08 Juni 2024	<p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (D.0077) Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien mengatakan nyeri pada kaki sebelah kiri mulai terasa b. P: nyeri post op operasi Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk R: nyeri pada kaki kiri di area operasi S: skala nyeri 7 T: nyeri yang dirasakan ketika digerkan dan hilang saat di istirahatkan <p>Data Obyektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Ekspresi wajah sesekali meringis menahan nyeri b) Klien tampak bersikap protektif c) TTV: TD: 110/80 mmHg N: 88x/menit S: 36°C RR: 20x/menit
2	Sabtu, 08 Juni 2024	<p>Gangguan mobilitas fisik b.d kerusakan integritas struktur tulang(fraktur) (D.0054) Data Subyektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Klien mengatakan kaki kirinya belum bisa digerakkan tetapi masih bisa merasakan sentuhan dan jari-jari kaki bisa digerakkan. b) Klien mengatakan susah untuk melakukan miring kiri dan miring ke kanan c) Klien mengatakan nyeri pada kakisebelah kiri pasca post op <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Total skor pada Mobilisasi barthel indeks: 11 (ketergantungan sedang) b) Pergerakan sendi terbatas a) Terpasang balutan perban
3	Sabtu, 08 Juni 2024	<p>Kerusakan Integritas Kulit b.d pemasangan traksi atau pen (D.0129) Data Subjektif: Tidak ada data subjektif Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Pasien terpasang drain b) Pasien mengalami pendarahan pasca oprasi c) Pasien terpasang pen

No	Hari / Tanggal Ditemukan	Diagnosis Keperawatan
		paha hingga lutut e) Kondisi luka post op tertutup f) Kondisi luka lembab
4	Sabtu, 08 Juni 2024	Risiko infeksi b.d prosedur tindakan invasive (D.0142) Data Subjektif: a) Kilen mengatakan belum tau tentang tanda dan gejala infeksi Data Objektif: a) Kondisi luka baik dan bersih b) mendapatkan terapi antibiotic

Berdasarkan tabel 4.5 setelah melakukan pengkajian dan menganalisis data pada klien, ditemukan diagnosis keperawatan *Post operasi Fracture* yang muncul pada klien tanggal 08 Juni 2024 muncul 4 diagnosis keperawatan.

3) Intervensi Keperawatan

Table 4.6
Intervensi Keperawatan

Hari / Tanggal	SDKI	SLKI	SIKI
Sabtu, 08 Juni 2024	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (D.0077)	Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x15 menit diharapkan keluhan nyeri menurun Kriteria Hasil: 7) Keluhan nyeri menurun 8) Meringis menurun 9) Gelisah menurun 10) Ketegangan otot menursun 11) Frekuensi nadi membaik 12) Pola nafas membaik	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1.7 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri, kualitas, 1.8 Identifikasi skala nyeri Terapeutik 1.9 Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 1.10 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri Edukasi 1.11 Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi 1.12 Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

Hari / Tanggal	SDKI	SLKI	SIKI
Sabtu, 08 Juni 2024	Gangguan mobilitas fisik b.d kerusakan integritas struktur tulang(fraktur) (D.0054)	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x6 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat. Meningkat dengan kriteria hasil : 5) Nyeri menurun 6) Kecemasan menurun 7) Gerakan terbatas menurun 8) Kelemahan menurun	Dukungan mobilisasi (I.05173) Observasi 2.7 Identifikasi kemampuan pasien dalam mobilisasi 2.8 monitor tanda-tanda vital Terapeutik 2.9 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 2.10 Anjurkan mobilisasi dini 2.11 Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk ditempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) kolaborasi 2.12 Kolaborasi terapi ROM
Sabtu, 08 Juni 2024	Kerusakan Integritas Kulit b.d pemasangan traksi atau pen (D.0129)	Setelah dilakukan intervensi selama 3x6 jam, maka integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil: 7) Elastitas meningkat, 8) kerusakan jaringan menurun, 9) perdarahan menurun, 10) kerusakan lapisan menurun, 11) sensasi membaik 12) tekstur membaik.	Perawatan integritas kulit (I.11353) Observasi 3.9 Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit Edukasi 3.10 Anjurkan minum air yang cukup 3.11 Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi Perawatan luka (I.14564) Observasi 3.12 Monitor karakteristik luka (warna, ukuran, bau) 3.13 Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik 3.14 Melakukan perawatan luka 3.15 Ganti balutan sesuai jumlah eksudat Kolaborasi 3.16 Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu
Sabtu, 08 Juni 2024	Resiko infeksi d.d prosedur tindakan invasif (D.0142)	Setelah dilakukan intervensi selama 3x6 jam, maka tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: 7) Kebersihan tangan meningkat, 8) kebersihan badan meningkat, 9) nyeri menurun, 10) bengkak menurun	Pencegahan infeksi (I.14539) Observasi 4.8 Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik Terapeutik 4.9 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Edukasi 4.10 Jelaskan tanda dan gejala infeksi

Hari / Tanggal	SDKI	SLKI	SIKI
			4.11 Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 4.12 Anjurkan meningkatkan nutrisi 4.13 Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi 4.14 kolaborasikan pemberian antibiotik, jika perlu

Berdasarkan tabel 4.6 setelah membuat perencanaan Tindakan asuhan keperawatan sesuai dengan masing-masing diagnosis yang ditemukan pada klien, selanjutnya melakukan pelaksanaan tindakan keperawatan pada klien.

4) Implementasi Keperawatan

Table 4.7
Implementasi keperawatan

Waktu Pelaksanaann	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
Sabtu, 08 Juni 2024 09.00	1.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	Nyeri pada kaki kiri yang di operasi P: nyeri pada kaki kiri jikadigerakkan Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk R: nyeri pada kaki kiri yangyang di operasi S: skala nyeri 7 T: nyeri terasa saat kaki digerakkan dan hilang saat diistirahatkan
09.10	1.2 Mengidentifikasi skala nyeri	Sekala nyeri 7
09.20	1.3 Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	Pasien di berikan teknik non farmakologi (nafas dalam)
09.30	1.4 Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri	Pasien posisi semi fowler, kaki terbalut perban
10.00	2.1 mengidentifikasi kemampuan pasien dalam mobilisasi	Klien mengatakan susah melakukan miring kanan dan miring kiri karna Pergerakan sendi terbatas

Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Keperawatan				
		<table border="1"> <tr> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </table>	5	5	5	3
5	5					
5	3					
10.10	2.2 Mengukur tanda-tanda vital	TTV: TD : 110/80 mmHg N :80x/menit S : 360C RR : 20x/menit				
10.20	2.3 Mengajarkan klien melakukan mobilisasi dini	Pasien di anjurkan melakukan latihan ROM				
10.30	2.4 Mengajarkan cara mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	Pasien mengatakan sudah bisa melakukan mobilisasi sederhana seperti duduk di tempat tidur				
11.00	2.6 Memberikan terapi ROM	Pasien di berikan kolaborasi terapi ROM dan Pasien belum mampu melakukan latihan ROM				
11.40	3.1 Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit	Klien selesai operasi sekitar jam 13.00 jumat, 07 Juni 2024, Pasien <i>post op</i> hari pertama pemasangan pen				
12.00	3.2 Memeriksa karakteristik luka (warna, ukuran, bau)	Luka post op lembab, tidak berbau, luka tertutup perban dari bawah pinggul hingga mata kaki				
12.20	3.3 Mengukur tanda-tanda infeksi	Terdapat luka post op hari pertama, dan terpasang drain				
10.40	3.4 Klien menganjurkan minum air yang cukup	Pasien sudah di anjurkan minum air yang cukup				
11.00	4.1 Memeriksa tanda-tanda dan gejala infeksi local dan sistemik	Pasien post op hari pertama pemasangan pen, Pasien terpasang drain dengan pendaarahan 10 cc				
11.30	4.2 Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	Keluarga pasien dan pasien sudah melakukan bersihan tangan sebelum menyentuh pasien				
11.40	4.3 Menjelaskan mengenai tanda dan gejala infeksi	Sudah di jelaskan mengenai tanda dan gejala dan pada pasien tidak ada tanda-tanda infeksi seperti kemerahan dan pembengkakan				
Minggu, 09 Juni 2024 10.00	1.1 Mengidentifikasi	nyeri pada kaki sebelah kiri masih terasa				

Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
	lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	nyeri P: nyeri pada kaki kiri ketika digerakkan Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk R: nyeri pada paha kiri di area operasi S: skala nyeri 5 T: nyeri yang dirasakan hilang timbul
10.10	1.2 mengidentifikasi skala nyeri	Sekala nyeri 5
10.30	1.3 klien di ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	Klien di berikan teknik nonfarmakologis (Nafas Dalam)
11.00	2.1 Mengidentifikasi kemampuan pasien dalam mobilisasi	Kaki kiri pasien bisa merasakan sentuhan dan jari-jari kaki bisa digerakkan, klien sudah bisa sedikit-sedikit untuk miring ke kiri tetapi untuk miring ke kanan belum terlalu bisa dan untuk duduk belum terlalu bisa
11.20	2.2 Mengukur tanda-tanda vital	TTV: TD :100/90 mmHg N : 83x/menit S : 36,60C RR : 20x/menit
11.30	2.3 Melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan	Keluarga mau di libtkan dalam membantu klien meningkatkan pergerakan
11.40	2.4 Mengajarkan Melakukan mobilisasi dini	Pasien di anjurkan untuk melakukan mobilisasi dini dengan latihan ROM
12.00	2.6 Memberikan terapi ROM	Pasien di berikan terapi ROM, klien bisa merasakan dan menggerakakan bagian dari mata kaki, tumit, dan jari-jari kaki
12.40	3.1 Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit	Post op hari ke 2, terbatat luka post op fraktur
12.10	4.1 Memonitoring tanda dan gejala infeksi local dan sistemik	Pasien post op hari ke 2 pemasangan pen, Pasien terpasang drain dengan pendaarahan 5 cc
12.40	4.3Menjelaskan tanda dan gejala infeksi	Sudah di jelaskan mengenai tanda dan gejala dan pada pasien tidak ada tanda tanda infeksi seperti kemerahan dan pembangkakan
Senin, 10 Juni 2024 10.00	1.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	Nyeri pada kaki sebelah kiriagakberkurang P: nyeri pada kaki kiriketika digerakkan Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk R: nyeri pada paha kiri di area operasi S: skala nyeri 4

Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
		T: nyeri yang dirasakan hilang timbul
10.10	1.3 Klien diajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri	Pasien sudah di berikan teknk non farmakologi (nafas Dalam untuk mengurangi nyeri
10.30	2.1 Mengidentifikasi kemampuan pasien dalam mobilisasi	Kilen sudah bisa miring kiri dan kanan dan duduk Klien mengatakan sudah bisa menggerakkan kaki dari bagian lutut, tungkai, mata kaki, tumit, telapak, dan jari-jari kaki
11.00	2.2 Memonitor tanda-tanda vital	TTV : TD : 110/90mmHg N : 80x/menit S : 36.2 ^o c RR : 20x/menit
11.20	2.6 Klien di berikan terapi ROM	Pasien sudah di berikan latihan ROM, pasien mampu menggerakkan bagian lutut, tungkai, mata kaki, tumit, telapak, dan jari-jari kaki
12.00	3.1 Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit	Post op hari ke 3, terbatat luka post op fraktur
12.30	4.1 Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik	Pasien post op hari ke pemasangan pen, drain sudah di lepas

Berdasarkan tabel 4.7 Implementasi tindakan keperawatan dilakukan untuk mengatasi masalah-masalah yang ditemukan pada klien sesuai dengan perencanaan intervensi keperawatan masing-masing diagnosis keperawatan yang telah disusun. Pelaksanaan tindakan keperawatan post operasi fracture sinistra pada klien1 dilakukan selama 3 hari perawatan yaitu dari tanggal 08 Juni 2024 sampai tanggal 10 Juni 2024. Pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan secara komprehensif.

1) Evaluasi Keperawatan

Table 4.8
Evaluasi Keperawatan

Hari/ Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
Sabtu, 08 Juni 2024	Nyeri Akut (D.0077)	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri pada kaki kiri yang di operasi - P: nyeri pada kaki kiri jika digerakkan - Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk - R: nyeri pada kaki kiri yang di operasi S: skala nyeri 7 - T: nyeri terasa saat kaki digerakkan dan hilang saat diistirahatkan - Klien mengatakan paham cara melakukan tehnik nafas dalam <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ekspresi wajah sesekali meringis menahan nyeri - Pasien post op hari pertama pemasangan pen - TTV: TD: 110/80 mmHg N :80x/menit S: 36°C RR: 20x/menit <p>A:</p> <p>Masalah keperawatan nyeri akut meningkat</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi manajemen nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 1.2 Identifikasi skala nyeri 1.3 Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
	Gangguan Mobilitas fisik (D.0054)	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan susah melakukan miring kanan dan miring kiri - Klien mengatakan kaki kirinya susah digerakkan dan jika digerakkan terasa nyeri tetapi masih bisa merasakan sentuhan, jari-jari dan pergelangan kaki bisa digerakkan - Pasien mengatakan sudah bisa melakukan mobilisasi sederhana seperti duduk di tempat tidur <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pergerakan sendi terbatas - Total skor pada mobilisasi barthel indeks: 11 (ketergantungan sedang) TTV: TD: 110/80 mmHg N :80x/menit S: 36°C RR: 20x/menit <p>A:</p> <p>Masalah keperawatan Gangguan mobilitas fisik</p>

Hari/ Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
		menurun P: Lanjutkan intervensi 2.1 Identifikasi kemampuan pasien dalam mobilisasi 2.2 Monitor tanda-tanda vital 2.3 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 2.4 Anjurkan mobilisasi dini 2.6 Kolaborasi terapi ROM
	Kerusakan integritas kulit (D.0129)	S: - Pasien mengatakan baru melakukan operasi O: - Pasien <i>post op</i> hari pertama pemasangan pen - Klien tampak bersikap protektif - Pasien terpasang drain (10 cc) - Pergerakan sendi terbatas - Luka lembab terpasang perban - TTV: TD: 110/80 mmHg N :80x/menit S: 36C RR: 20x/menit A: Masalah keperawatan kerusakan integritas kulit meningkat P: Lanjutkan intervensi 3.1 Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit
	Resiko Infeksi (D.0142)	S: - Pasien mengatakan baru saja operasi O: - Pasien <i>post op</i> hari pertama pemasangan pen - Pasien terpasang drain (10 cc) - Terdapat luka <i>post op</i> hari pertama - Luka terbuka dan tertutup perban - TTV: TD: 110/80 mmHg N :80x/menit S: 36C RR: 20x/menit A: Masalah keperawatan resiko infeksi meningkat P: Lanjutkan intervensi 4.1 Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik 4.3 Jelaskan tanda dan gejala infeksi
Minggu,09 Juni 2024	Nyeri akut (D.0077)	S: - Klien mengatakan nyeri pada kaki sebelah kiri masih terasa nyeri P: nyeri pada kaki kiri ketika digerakkan Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk

Hari/ Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi Keperawatan				
		<p>R: nyeri pada paha kiri di area operasi S: skala nyeri 5 T: nyeri yang dirasakan hilang timbul</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan setelah melakukan tehnik nafas dalam klien sedikit merasa nyaman - Klien paham dan akan melaksanakan anjuran perawat . <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ekspresi wajah sesekali meringis menahan nyeri - Terdapat luka jahitan operasi di paha kiri, tidak ada pembengkakan - Klien tampak melakukan tehnik nafas dalam - TTV : TD : 100/90 mmHg N : 83x/menit S : 36,6°C RR : 20x/menit A: <p>Masalah keperawatan nyeri akut cukup menurun</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 1.2 Identifikasi skala nyeri 1.3 memberikan Teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 				
	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan kaki kirinya sudah mulai bisa digerakkan tetapi belum terlalu kuat. - Klien mengatakan kaki kirinya bisa merasakan sentuhan dan jari-jari kaki bisa digerakkan - Klien mengatakan sudah bisa sedikit-sedikit untuk miring ke kiri tetapi untuk miring ke kanan belum terlalu bisa dan untuk duduk belum terlalu bisa - Klien mengatakan untuk mengganti pakaian di bantu oleh keluarga - Klien mengatakan sudah bisa sedikit-sedikit untuk miring ke kiri tetapi untuk miring ke kanan belum terlalu bisa dan untuk duduk belum terlalu bisa - Klien mengatakan bisa merasakan dan menggerakkan bagian dari mata kaki, tumit, dan jari-jari kaki <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">5</td> <td style="padding: 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">5</td> <td style="padding: 5px;">3</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - Pergerakan sendi terbatas - Total skor pada mobilisasi barthel indeks: 11 	5	5	5	3
5	5					
5	3					

Hari/ Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
		(ketergantungan sedang) - Total skor risiko jatuh dalam skala morse: 55 (risiko) - TTV : TD : 100/90 mmHg N : 83x/menit S : 36,60C RR : 20x/menit A: Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik cukup meningkat P: 2.1 Identifikasi kemampuan pasien dalam mobilisasi 2.2 monitor tanda-tanda vital 2.6 kolaborasi terapi ROM
	Kerusakan jaringan kulit (D.0129)	S: - Pasien mengatakan baru melakukan operasi O: - Pasien <i>post op</i> hari pertama pemasangan pen - Klien tampak bersikap protektif - Pasien terpasang drain (5 cc) - Luka lembab - TTV: TD: 100/90 mmHg N:83x/menit S: 360C RR: 20x/menit A: Masalah keperawatan kerusakan integritas kulit cukup menurun P: Lanjutkan intervensi 3.1 Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit
	Resiko infeksi (D.0142)	S: - Pasien mengatakan baru saja operasi O: - Pasien <i>post op</i> hari pertama pemasangan pen - Pasien terpasang drain (5 cc) - Drain hari ke 2 - Terdapat luka <i>post op</i> hari ke 2 - Luka terbuka terbalut perban - Tidak terdapat tanda tanda infeksi - TTV: TD: 110/80 mmHg N :80x/menit S : 360C RR: 20x/menit A: Masalah keperawatan resiko infeksi cukup menurun P: Lanjutkan intervensi 4.1 Monitor tanda dan gejala infeksi local dan

Hari/ Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi Keperawatan				
Senin, 10 Juni 2024	Nyeri akut (D.0077)	<p>sistemik</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri pada kaki sebelah kiri agak berkurang P: nyeri pada kaki kiri ketika digerakkan Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk R: nyeri pada paha kiri di area operasi S: skala nyeri 4 T: nyeri yang dirasakan hilang timbul <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien sesekali tampak meringis akibat nyeri - Pasien tampak tenang - Klien tampak melakukan teknik nafas dalam - TTV : TD: 110/90 mmHg N : 83x/menit S : 36,60C RR : 20x/menit A: <p>Masalah keperawatan nyeri akut cukup menurun</p> <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 1.2 Identifikasi skala nyeri 1.3 memberikan Teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 				
	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah bias miring kiri dan kanan dan duduk - Klien mengatakan sudah bisa menggerakkan kaki dari bagian lutut, tungkai, mata kaki, tumit, telapak, dan jari-jari kaki - Klien mengatakan merasa lebih nyaman setelah melakukan tehnik nafas dalam - Klien mengatakan paham dengan apa yang dianjurkan oleh perawat <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terpasang infus - Kekuatan otot <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">5</td> <td style="padding: 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">5</td> <td style="padding: 5px;">3</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - Pergerakan sendi terbatas - Total skor pada mobilisasi barthel indeks: 11 (ketergantungan sedang) - Total skor risiko jatuh dalam skala morse: 55 (risiko) - TTV : TD: 110/90 mmHg N : 83x/menit S : 36,60C 	5	5	5	3
5	5					
5	3					

Hari/ Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
		RR: 20x/menit A: Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik cukup meningkat P: Lanjutkan intervensi 2.1 Identifikasi kemampuan pasien dalam mobilisasi 2.2 monitor tanda-tanda vital 2.6 kolaborasi terapi ROM
	Kerusakan jaringan kulit (D.0129)	S : - Pasien mengatakan baru melakukan operasi O: - Pasien <i>post op</i> hari pertama pemasangan pen - Klien tampak bersikap protektif - Drain sudah di lepas - Tidak ada kerusakan jaringan kulit - TTV: TD : 110/90 mmHg N :83x/menit S : 360C RR : 20x/menit A: Masalah keperawatan kerusakan integritas kulit menurun P: Intervensi di hentikan
	Resiko infeksi (D.0142)	S: - Pasien mengatakan baru saja operasi O: - Pasien <i>post op</i> hari pertama pemasangan pen - Drain sudah terlepas - Terdapat luka <i>post op</i> hari pertama - Luka terbuka dan tertutup perban - Tidak ada tanda dan gejala infeksi - TTV: TD: 110/90 mmHg N:80x/menit S: 360C RR: 20x/menit A: Masalah keperawatan resiko infeksi menurun P: Intervensi di hentikan

Pada table 4.8 setelah pelaksanaan tindakan keperawatan pada klien, dibuat evaluasi tindakan keperawatan. Pada klien saat melakukan evaluasi tindakan setiap diagnosis keperawatan *post operasi fracture femur*

sinistra, diagnosis nyeri akut belum teratasi pada tanggal 10 Juni 2024, gangguan mobilitas fisik belum teratasi sebagian pada 10 Juni 2024, kerusakan jaringan kulit teratasi pada 10 Juni 2024, resiko infeksi teratasi pada 2024.

4.2 Pembahasan

Pada penelitian ini, penulis akan fokus pada masalah keperawatan utama yaitu Gangguan mobilitas fisik, masalah lainnya tidak diteliti tetapi tetap dilakukan pengelolaan mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi seperti masalah utama.

Hasil pengkajian pada pasien didapatkan data bahwa pasien mengalami kelemahan otot bagian kaki sebelah kiri dengan hasil pengkajian kekuatan otot kanan 5/5 otot kiri 5/3 dan pasien tampak bedrest. Berdasarkan tanda dan gejala yang muncul pada pasien sesuai dengan teori SDKI dengan gejala penurunan kekuatan otot penulis menegakkan diagnosis gangguan mobilitas fisik yang muncul disebabkan oleh adanya tindakan operasi pemasangan pen pada femur sinistra (Nurarif & Kusuma, 2019).

Dari masalah tersebut penulis menyusun intervensi yaitu latihan ROM aktif yang dimana latihan ini dilakukan latihan otot yang dapat membantu pasien agar mampu mempertahankan kekuatan otot, memperlancar sirkulasi darah dan juga mengembalikan masa otot karena pasien mengalami kelemahan. Implementasi dilakukan selama 3 hari dengan rentang waktu 10-20 menit setiap sesi. Dari hasil implementasi latihan rom pasif didapatkan evaluasi pada hari pertama didapatkan kekuatan otot kanan

5/5 otot kiri 5/3, lalu dihari ke2 kekuatan otot pasien msaih berada di rentang kanan 5/5 kiri 5/4, selanjutnya pada hari terakhir kekuatan otot pasien meningkat dengan hasil kekuatan otot kanan 5/5 dan kiri 5/4.

4.2.1 Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)

Melalui hasil studi kasus pada pasien Tn.W didapatkan hasil pengkajian masalah atau keluhan utama yaitu Pasien mengeluh nyeri pada kaki kiri pasien. Nyeri pada kaki kiri disebabkan oleh luka post operasi dengan skala nyeri 7. Nyeri timbul saat pasien menggerakkan kaki nya dan menghilang apabila kaki di istirahatkan. Pasien tampak meringis menahan nyeri, bersikap protektif, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 88x/menit, suhu 36°C, frekuensi napas 20x/menit. Hal ini menyebabkan terjadinya masalah keperawatan nyeri akut. Menurut (Faisol, 2022), nyeri adalah bentuk ketidaknyamanan baik sensori maupun emosional yang berhubungan dengan resiko atau aktualnya kerusakan jaringan tubuh, timbul ketika jaringan sedang rusak dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rasa nyeri. Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Penyebab nyeri akut salah satunya adalah agen pencedera fisik (prosedur operasi) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

Dari masalah yang muncul, penulis menyusun intervensi manajemen nyeri. Manajemen nyeri pada pasien memiliki tujuan untuk mengelola pengalaman nyeri yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional

dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Tindakan keperawatan yang penulis lakukan selama 3 hari perawatan yaitu identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, Kolaborasi pemberian analgetik, dengan harapan agar keluhan nyeri menurun, meringis menurun, Gelisah menurun, ketegangan otot menurun, frekuensi nadi membaik, pola napas membaik.

Setelah dilakukan implementasi keperawatan selama 3 hari di Ruang Cempaka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda didapatkan hasil masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis pada Tn.W cukup membaik ditandai dengan penurunan skala nyeri menjadi 4, keluhan nyeri cukup menurun, tampak meringis cukup menurun.

Penulis berasumsi bahwa tindakan relaksasi napas dalam dapat membantu mengurangi nyeri post op pada pasien. Hal ini didukung dalam jurnal Meta Analisis Pengaruh Pemberian Teknik Relaksasi Napas Dalam Terhadap Rasa Nyeri pada Pasien Post Operasi oleh, Jurnal ini menunjukkan bahwa teknik relaksasi nafas dalam dapat membantu menurunkan nyeri pada pasien post operasi. Hasil meta-analisis dari 5 studi randomised controlled trial menunjukkan bahwa tidak melakukan relaksasi napas meningkatkan kemungkinan terjadinya nyeri pada pasien post operasi. Pasien post operasi yang tidak melakukan relaksasi

napas meningkatkan nyeri sebesar 1.18 kali dibandingkan dengan pasien post operasi yang melakukan relaksasi napas (Nugroho & Suyanto, 2023).

4.2.2 Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan Dengan Kerusakan Integritas Struktur Tulang (Fraktur) (D.0054)

Melalui hasil studi kasus pada pasien Tn.W didapatkan hasil pengkajian masalah atau keluhan utama yaitu pasien mengatakan baru selesai menjalani tindakan operasi patah tulang pada kaki kirinya. Pasien mengatakan patah tulang akibat kecelakaan motor yang menabrak mobil. Pasien mengalami patah tulang pada kaki kiri. Pasien mengeluh tidak bisa menggerakkan kaki kiri namun bisa merasakan sentuhan dan dapat menggerakkan jari-jari kaki kiri. Klien mengeluh nyeri pada kaki kiri, total skor mobilisasi Barthel indeks 11 dengan ketergantungan sedang. Kaki kiri pasien dalam balutan perban post op. Maka, dari hasil pengkajian tersebut penulis mengangkat diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik. Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Salah satu penyebab gangguan mobilitas fisik yaitu kerusakan integritas struktur tulang (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Dari masalah yang muncul, penulis menyusun intervensi dukungan mobilisasi. Dukungan mobilisasi adalah memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas pergerakan fisik (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Intervensi yang diterapkan pada pasien yaitu, identifikasi kemampuan pasien dalam mobilisasi, monitor tanda-tanda vital, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam

meningkatkan pergerakan, anjurkan mobilisasi, ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan, kolaborasi terapi ROM.

Setelah dilakukan implementasi keperawatan selama 3 hari di Ruang Cempaka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda didapatkan hasil masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang pada Tn.W dengan mobilitas fisik cukup meningkat ditandai dengan pasien sudah bisa menggerakkan kaki kiri, pergerakan sendi masih terbatas, rentang gerak meningkat.

Penulis berasumsi bahwa tindakan rentang gerak atau *range of motion* (ROM) dapat membantu meningkatkan mobilitas fisik pasien. Hal ini sesuai dalam teori dalam jurnal Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Op Fraktur Cruris Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut, jurnal ini menyatakan bahwa rehabilitasi terapi rehabilitasi secara umum (ROM) dapat membantu meningkatkan mobilitas fisik pada pasien post op fraktur. Teknik ROM dapat membantu mengurangi nyeri dan meningkatkan fungsi fisik pada pasien post op fraktur (Hananida Alza et al., 2023.).

4.2.3 Kerusakan Integritas Kulit Berhubungan Dengan Pemasangan Traksi Atau Pen (D.0129)

Melalui hasil studi kasus pada pasien Tn.W didapatkan hasil pengkajian masalah atau keluhan utama yaitu pasien terpasang drain, pasien mengalami perdarahan pasca operasi, pasien terpasang pen, pasien terpasang perban dari pangkal paha hingga lutut, pasien memiliki luka post op fraktur. Kerusakan integritas kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa,

kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligamen), salah satu penyebabnya yaitu faktor mekanis (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Dari masalah yang muncul, penulis menyusun intervensi perawatan integritas kulit.. perawatan integritas kulit adalah mengidentifikasi dan merawat kulit untuk menjaga keutuhan, kelembapan, dan mencegah perkembangan mikroorganisme (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Intervensi yang diterapkan pada pasien yaitu, identifikasi penyebab gangguan integritas kulit, anjurkan minum air yang cukup, anjurkan meningkatkan nutrisi, monitor karakteristik luka, monitor tanda-tanda infeksi, melakukan perawatan luka, ganti balutan sesuai jumlah eksudat, kolaborasi pemberian antibiotik.

Setelah dilakukan implementasi keperawatan selama 3 hari di Ruang Cempaka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda didapatkan hasil masalah keperawatan kerusakan integritas kulit berhubungan dengan pemasangan traksi atau pen didapatkan hasil evaluasi integritas kulit dan jaringan meningkat dibuktikan dengan drain pada pasien telah dilepas, tidak ada kerusakan jaringan kulit, masalah kerusakan jaringan kulit teratasi.

Penulis berasumsi bahwa tindakan perawatan luka dapat membantu mengurangi masalah kerusakan integritas kulit. Hal ini sesuai dalam teori dalam jurnal Pengaruh Prosedur Perawatan Luka Post Operasi Terhadap Infeksi, urnal ini menekankan pentingnya perawatan luka yang benar untuk mencegah infeksi dan mempercepat proses penyembuhan luka. Perawatan luka yang baik dapat membantu mencegah infeksi, yang dapat menyebabkan gangguan integritas kulit pada luka post op fraktur (Amelia, 2022).

4.2.4 Resiko Infeksi Ditandai Dengan Prosedur Tindakan Invasif (D.0142)

Melalui hasil studi kasus pada pasien Tn.W didapatkan hasil pengkajian masalah atau keluhan utama yaitu klien memiliki luka post operasi fraktur pada kaki kiri. Resiko infeksi pada luka post operasi fraktur dapat meningkat karena beberapa faktor salah satunya karena kontaminasi operasi. Derajat kontaminasi operasi yang tinggi dapat meningkatkan risiko infeksi. Operasi yang terkontaminasi lebih rentan terhadap infeksi karena adanya kontaminan dari lingkungan operasi atau dari pasien sendiri (Alsen & Sihombing, 2014).

Dari masalah yang muncul, penulis menyusun intervensi pencegahan infeksi. Pencegahan infeksi adalah mengidentifikasi dan menurunkan risiko terserang organisme patogenik (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Intervensi yang diterapkan pada pasien yaitu, monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan, kolaborasikan pemberian antibiotik.

Setelah dilakukan implementasi keperawatan selama 3 hari di Ruang Cempaka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda didapatkan hasil masalah keperawatan resiko infeksi teratasi ditandai dengan tingkat infeksi menurun, tidak ada tanda dan gejala infeksi.

Penulis berasumsi bahwa tindakan pencegahan kolaborasi pemberian antibiotik dapat membantu mengurangi masalah resiko infeksi. Hal ini sesuai dalam teori dalam jurnal Penelitian Hubungan Tindakan Perawatan Luka dengan

Kepuasan Pasien Post Operasi Di Ruang Rawat Bedah Rumah Sakit Umum, Jurnal ini menunjukkan bahwa pemberian antibiotik profilaksis dapat membantu mencegah infeksi luka operasi. Pemberian antibiotik yang tepat dapat membantu mencegah terjadinya infeksi, yang dapat menyebabkan gangguan integritas kulit pada luka post op fraktur (Erdani dkk., 2020)



BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian penerapan asuhan keperawatan pada klien dengan post operasi fracture femur sinistra di Ruang Cempaka di RSUD A.W.Sjahanie Samarinda, Kalimantan Timur.

Hasil pengkajian yang di dapatkan dari pasien menunjukkan adanya tanda gejala yang sama yang di rasakan oleh kasus. Tanda dan gejala yang muncul yang di rasakan oleh pasien yaitu adanya nyeri di anggota gerak ekstremitas bawah setelah di lakukan operasi, pasien di bantu dalam pemenuhan kebutuhannya, seperti mobilitas, kerusakan integritas kulit dan pencegahan infeksi jika seseorang terdiagnosa fraktur memiliki kemungkinan akan muncul masalah dan keluhan yang sama di rasakan oleh penderita.

Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien adalah Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (D.0077), Gangguan mobilitas fisik b.d kerusakan integritas struktur tulang(fraktur) (D.0054), Kerusakan Integritas Kulit b.d pemasangan traksi atau pen (D.0129), Resiko infeksi b.d prosedur tindakan invasif (D.0142).

Hasil yang diperoleh dari intervensi yang di lakukan oleh peneliti, intervensi yang di lakukan yaitu mengukur Skala nyeri pasien dengan mengajarkan latihan Teknik relaksasi nafas dalam, yang bertujuan untuk mengurangi Skala nyeri pada pasien post op fraktur, membantu memenuhi kebutuhan mobilisasi fisik dengan mengajarkan latihan ROM, kerusakan

jaringan kulit dengan adanya tindakan operatif dan membantu pencegahan infeksi dengan monitor tingkat tanda dan gejala infeksi, mengajarkan mencuci tangan, jelaskan tanda dan gejala infeksi.

Implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah peneliti susun. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada pasien sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan berdasarkan teori yang ada dan sesuai dengan kebutuhan pasien.

Hasil evaluasi yang dilakukan peneliti pada kedua kasus dilakukan selama 3 hari perawatan oleh peneliti. Hasil evaluasi yang dilakukan oleh peneliti pada pasien menunjukkan bahwa masalah keperawatan yang dialami pasien teratasi dapat dilihat dari menurunnya skala nyeri pasien dari 7 menjadi 4. Hasil evaluasi keperawatan pasien 2 menunjukkan perkembangan kesehatan dan masalah keperawatan yang mulai teratasi juga dapat dilihat dari menurunnya skala nyeri 7 menjadi 4. Lalu pada pasien untuk tingkat mobilisasi fisik teratasi sebagian dan pada pasien tidak terdapat tanda-tanda infeksi.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Instansi Rumah Sakit

Dapat memberikan sarana untuk dilakukan tindakan keperawatan sebagai salah satu intervensi keperawatan sehingga dapat berjalan secara optimal dalam menurunkan tingkat masalah pada pasien post op fraktur. Perlu adanya pengawasan secara konsisten dalam pemberian tindakan

keperawatan sehingga tindakan keperawatan yang diberikan dapat berjalan optimal.

5.2.2 Bagi Instansi Pendidikan

Institusi pendidikan sebagai bahan acuan dan referensi untuk bahan penelitian lebih lanjut serta dapat diterapkan sebagai intervensi bagi mahasiswa dalam penanganan masalah pada pasien *post op fraktur* ekstremitas bawah di Ruang Cempaka di RSUD A.W.Sejahanie.

5.2.3 Bagi Penulis Selanjutnya

Hasil studi kasus ini dapat dijadikan landasan untuk melakukan penelitian lebih lanjut, dan dijadikan bahan perbandingan dalam melakukan studi kasus selanjutnya mengenai asuhan keperawatan pada pasien *post op fraktur ekstremitas* bawah.

DAFTAR PUSTAKA

- Alsen, M., & Sihombing, R. (2014). *Infeksi Luka Operasi* (Vol. 46, Nomor 3).
- Amelia, F. (t.t.). *PENGARUH PROSEDUR PERAWATAN LUKA POST OPERASI TERHADAP INFEKSI Literature Review Diajukan untuk memenuhi persyaratan dalam memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan di STIKes Ahmad Dahlan Cirebon*. Diambil 19 Juli 2024, dari <https://repository.stikes-adc.ac.id/file/mahasiswa/1815719427.pdf>
- Erdani, F., Novika, R., Ramadhana, I. F., Bedah, K., Zainoel, R. D., Fakultas, A. /, Universitas, K., Kuala, S., Aceh-Indonesia, B., Farmasi, B., & Banda Aceh-Indonesia, A. (2020). Evaluasi Penggunaan Antibiotik Profilaksis terhadap Kejadian Infeksi Luka Operasi pada Operasi Bersih dan Bersih Terkontaminasi di RSUD dr. Zainoel Abidin. *Journal of Medical Science Jurnal Ilmu Medis Rumah Sakit Umum dr. Zainoel Abidin, Banda Aceh, 1*(2), 67–73.
- Faisol. (2022). *Manajemen Nyeri*.
https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/1052/manajemen-nyeri
- Hananida Alza, S., Inayati, A., Hasanah, U., Dharma, A. K., & Metro, W. (t.t.). PENERAPAN TEKNIK RELAKSASI BENSON TERHADAP SKALA NYERI PADA PASIEN POST OP APPENDIKTOMI DIRUANG BEDAH DI RSUD JEND. AHMAD YANI METRO APPLICATION OF BENSON RELAXATION TECHNIQUES ON PAIN SCALE IN POST OP APPENDICTOMIC PATIENTS IN THE SURGICAL ROOM IN RSUD JEND. AHMAD YANI METRO. *Jurnal Cendikia Muda, 3*(4), 2023.
- Nugroho, R. K., & Suyanto, S. (2023). Meta-Analisis Pengaruh Pemberian Teknik Relaksasi Napas Dalam terhadap Rasa Nyeri pada Pasien Post Operasi. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional, 5*(3), 1039–1048.
<https://doi.org/10.37287/jppp.v5i3.1698>
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik* (1 ed.). Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Ardiyani. (2020). Hubungan Pemberian Latihan Range Of Motion Terhadap Kekuatan Otot Pada Pasien Post Operasi Fraktur Tertutup Di Ruang Rawat Inap RS Bhayangkara Hasta Brata Batu. Google Scholar. Diakses Tanggal 6 November 2021. https://rinjani.unitri.ac.id/handle/071_061/490.
- Potter, & Perry. (2013). *Fundamental Of Nursing : Consep, Proses and Practice* (Vol.4) . Jakarta: EGC.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesi Definisi dan Tindakan Keperawatan* (1 ed.). Jakarta: DPP PPNI.
- Brunner, & Suddarth. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 12*

(12th ed.). EGC

- 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>
- Riskesdas. (2018). Laporan Nasional RISKESDAS 2018. <https://dinkes.kalbarprov.go.id/wp-content/uploads/2019/03/LaporanRiskesdas-2018-Nasional.pdf>
- Asmadi. (2008). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Potter.P.A. Dan Perry,A.G. (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatabd Edisi 7.Volume 3*. Jakarta: EGC
- Brunner dan Suddarth.2001. *Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 Volume 2*.Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Christoph, F., Weikert, S., Muller, M, 2005, How Septic is Urosepsis? Clinical Course of Infected Hydronephrosis and Therapeutic Strategies, Departement of Urology, Charite- Universitatsmedizib Berlin, Germany, 243.
- Potter&Perry. (2006) *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, proses dan praktik*. Edisi 4.Volume 1.Egc : Jakarta
- Kozier Barbara, Erb Glenora, dkk (1995). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: konsep, proses dan praktik Edisi 7 volume 1*. EGC : Jakarta.
- Farida, D. (2019). Hilangkan Rasa Sakit Dengan Benzon Relaxation. *Jurnal Keperawatan*. Fitrah, M. (2017). *Metodologi Penelitian : Penelitian Kualitatif, tindakan kelas & Studi Kasus*. Jawa Barat: CV Jejak.
- Goldberg, DS & McGee, SJ. (2011). Pain as a Global Public Health Priority. *BMJ Public Health*. Vol.11(770), hlm. 1-5
- 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>
- Ferdian, A. S. O., Puguh, S. K., & Supriyadi, S. (2015). Efektivitas SEFT dan Mobilisasi Dini terhadap Penurunan Nyeri pada Pasien Pasca Bedah dengan General Anestesi di RS Panti Wilasa Citarum Semarang. *Jurnal Ilmu KeperawatanDan Kebidanan*, 1-9
- Kozier, B. (2010). *Fundamentals of nursing; Concept, process, and practice*. 7 th ed. Perason Education, Inc.
- Kozier B, E. G. (2009). *Buku Ajar Praktik Keperawatan Klinis*. Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Lela, A., & Reza,R. (2018). Pengaruh teknik relaksasinafas dalam terhadap penurunan nyeri pada pasien fraktur. *Jurnal Kesehatan*, 9(2), 262–266.Permana,

- Nurchayati, H. (2015). Pengaruh ROM terhadap intensitas nyeri pada pasien post op fraktur extremitas bawah. *Journal of Medicine*, 2(2), 1327–1334.
- Perry, P. &. (2010). *Fundamental Of Nursing: Concepts, Procces andpractice*. StLouis: CV Mosby Company philadelpia:
- Lippincott.Pristahayuningtyas, R. C. Y., & Kalimantan, J. (2016). Pengaruh Mobilisasi Dini terhadap Perubahan Tingkat Nyeri Klien Post Operasi Apendektomi di Rumah Sakit Baladhika Husada Kabupaten Jember. *Pustaka Kesehatan*, 4(1), 102–107.
- Rahmawati. (2018). Diajukan untuk Memenuhi Salah Satu Syarat dalam Menyelesaikan Pendidikan Sarjana keperawatan di STIKes Perintis padang :Sosial, K., & Kinerja, D. A. N. (2009). Metadata, citation and similar papers at core.ac.uk 1. 2(1), 1–118.
- Tim pokja pedoman SPO keperawatan DPP PPNI. (2021). Pedoman standar prosedur operasional keperawatan. Dewan pengurus pusat PPNI.
- Widiantoro, R. (n.d.). Program Abulasi Dini. 63–70.
- Wiley, J. & Sons, S. (2015). *Nursing Diagnoses-Definition and Classification 2015-2017*. EGC.
- World Health Organization. (2013). KecelakaanLalu Lintas. Wikipedian Ensiklopedia. Diakses melalui [http://id.wikipedia.org/wiki/Hujan tanggal 16 Juli 2011](http://id.wikipedia.org/wiki/Hujan_tanggal_16_Juli_2011)
- Sjamsuhidajat. (2010). *Buku Ajar Ilmu Bedah*, Edisi II. Jakarta: EGC
- Trisnawati,Maylan.2017 *Asuhan Keperawatan Resiko Infeksi Pada Ny.A Dengan Pasca Operasi Hernia Inguinalis Lateral Sinistra Hari Ke-3 di RSUD Pandan Arang Boyolali*. Boyolali: Prodi DIII Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Ngudi Waluyo.
- Trullyen V.L.2013. Pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap intensitas nyeri pada pasien post operasi <http://kim.ung.ac.id/index.php/KIMFIKK/article/view/2859/2835>.
- Wahid. (2013). *Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Siste Muskuloskeletal*. Jakarta: Sagung Seto
- Maliya, A. (2016). Pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan tingkat nyeri pada klien pasca operasi fracture femur di rumah sakit karima utama surakarta. 191–199.
- Yayat Rahmat Hidayat. (2015). Faktor Risiko Infeksi Luka Operasi Pasca-bedah. *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952., 4, 763–773.