

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN POST
OPERATIF FRAKTURE DI RSUD dr. KANUDJOSO
DJATIWIBOWO BALIKPAPAN
TAHUN 2021



Oleh :

NAMA : WINDANI DWI URLIANA

NIM : P07220118109

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI DII KEPERAWATAN SAMARINDA

2021

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN POST
OPERATIF FRAKTURE DI RSUD dr. KANUDJOSO
DJATIWIBOWO BALIKPAPAN
TAHUN 2021

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



Oleh :

NAMA : WINDANI DWI URLIANA

NIM : P07220118109

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI DII KEPERAWATAN SAMARINDA

2021

SURAT PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan atau tiruan dari Karya Tulis Ilmiah orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi manapun baik sebagian maupun keseluruhan. Jika terbukti bersalah, saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Samarinda, 23 Juli 2021

Yang menyatakan



Windani Dwi Urliana
NIM. P07220118109

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI UNTUK DIUJIKAN

TANGGAL 23 Juli 2021

Oleh

Pembimbing



Ns. Asnah, S.Kep., M.Pd
NIDN: 4008047301

Pembimbing Pendamping



Ns. Rahmawati Shoufiah, S.ST.M.Pd
NIDN. 4020027901

Mengetahui,

Ketua Program Studi DIII Keperawatan Kampus Balikpapan
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Ns. Andi Lis Arming Gandini, S.Kep., M.Kep.
NIP.196803291994022001

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan *Post Operatif Fraktur* di Rumah Sakit dr.

Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021

Telah Diuji

Pada Tanggal, 29 Juli 2021

PANITIA PENGUJI

Ketua Penguji:

Ns.Siti Nuryanti, S.Kep.,M.Pd

NIDN. 4023126901

(.....)

Penguji Anggota:

1. Ns. Asnah, S.Kep.,M.Pd

NIDN. 4008047301

(.....)

2. Ns. Rahmawati Shoufiah,S.ST,M.Pd

NIDN. 4020027901

(.....)

Mengetahui:

Ketua Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Ketua Program Studi DIII Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Hj. Umi Kalsum, S.Pd., M.Kes
NIP. 196508251985032001

Ns. Andi Lis Arming Gandini, M.Kep.
NIP. 196803291994022001

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

1. Nama : Windani Dwi Urliana
2. Jenis Kelamin : Perempuan
3. Tempat, Tanggal Lahir : Balikpapan, 06 Januari 2001
4. Agama : Islam
5. Pekerjaan : Mahasiswa
6. Alamat : Km. 8 Perumahan Nusantara Lestari Blok

B-2

B. Riwayat Pendidikan

1. SDN 017 Balikpapan Timur Tahun 2003 – 2009
2. SMP IT As'adiyah Manuntung Balikpapan 2012 -2015
3. SMK Kesehatan Airlangga Balikpapan 2015 -2018
4. Mahasiswa Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim Tahun 2018 sampai sekarang.

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada allah subhana wa ta'ala atas rahmat dan hidayah-Nya yang telah diberikan kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dalam rangka memenuhi persyaratan ujian akhir program Diploma III Keperawatan Politeknik Kesehatan Samarinda Jurusan Keperawatan Kelas B Balikpapan dengan judul “ Asuhan Keperawatan pada Klien dengan *Post Operatif Fraktur* di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan”

Penyusun Karya Tulis Ilmiah penulis banyak mengalami kesulitan dan hambatan akan tetapi semuanya bisa dilalui berkat bantuan dari berbagai pihak. Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis telah mendapatkan bantuan, dorongan dan bimbingan dari berbagai pihak baik materil maupun moril. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

1. H.Supriadi B, S.Kp.,M.Kep, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
2. Hj. Umi Kalsum, S. Pd., M.Kes, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
3. Ns. Andi Lis Aming G, M.Kep, selaku Ketua Prodi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur

4. Ns. Grace Carol Sipasulta, M.Kep.,Sp.Kep.Mat, selaku Penanggung Jawab Prodi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
5. Ns. Asnah, S.Kep, M.Pd, selaku Pembimbing I dalam penyelesaian karya tulis ilmiah
6. Ns. Rahmawati Shoufiah, S.ST.,M.Pd selaku Pembimbing II dalam penyelesaian karya tulis ilmiah
7. Dosen- dosen dan seluruh staf Keperawatan Politeknik Kemenetrian Kesehatan Kalimantan Timur yang telah membimbing dan mendidik penulis dalam masa pendidikan
8. Bapak Bondan Priyono dan Ibu Nurhalisah yang telah mendidik dan membesarkan serta memotivasi penulis hingga sampai ke tahap ini
9. Nia Hestunurdaniaty yang selalu mendukung penulis dan selalu memberikan semangat.
10. Dan seluruh pihak yang terkait yang tidak mungkin disebut satu persatu dalam menyelesaikan Program dan Karya Tulis Ilmiah ini.

Tugas akhir ini masih jauh dari kata sempurna, untuk itu masukan, saran, serta kritik sangat diharapkan guna kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Akhirnya hanya kepada allah subhana wa ta'ala kita kembalikan semua urusan dan semoga dapat memberikan manfaat dan kebaikan bagi banyak pihak.

ABSTRAK

“ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN *POST OPERATIF FRAKTURE* DI RSUD dr. KANUDJOSO DJATIWIWOWO BALIKPAPAN TAHUN 2021”

Pendahuluan : *Fraktur* merupakan hilangnya kontinuitas tulang, baik yang bersifat total atau sebagian yang disebabkan oleh trauma fisik, kekuatan sudut, tenaga, keadaan tulang, dan jaringan lunak. Kejadian *fraktur* di Indonesia menunjukkan bahwa sekitar 8 juta orang mengalami *fraktur* sebanyak 5,5% dengan rentang setiap provinsi antara 2,2 sampai 9%. Prinsip penanganan *fraktur* meliputi antara lain reduksi dan imobilisasi, penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran asuhan keperawatan pada klien dengan *post operatif fraktur* di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan.

Metode : Penelitian ini menggunakan metode studi kasus dengan pendekatan Asuhan Keperawatan dengan mengambil satu kasus sebagai unit analisis. Unit analisis adalah klien dewasa dengan *fraktur*. Metode pengambilan data adalah dengan wawancara, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Instrument pengumpulan data menggunakan format Asuhan Keperawatan sesuai ketentuan yang berlaku di Prodi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim.

Hasil dan Pembahasan : Berdasarkan analisa data diperoleh kesimpulan pengkajian membutuhkan keterampilan komunikasi yang efektif, diagnosa keperawatan disesuaikan dengan kondisi klien, perencanaan dan pelaksanaan ditunjang dengan fasilitas dan sarana yang mendukung, evaluasi dilakukan secara langsung baik formatif maupun sumatif. Di dapatkan data dari masing – masing klien mengeluh nyeri pada area yang patah. Pada klien pertama ditemukan 4 diagnosa keperawatan *post operatif fraktur*, 2 teratasi sebagian, 1 belum teratasi dan 1 teratasi diagnosa yang teatasi yaitu resiko infeksi. Sedangkan diagnosa yang teratasi sebagian yaitu nyeri akut dan gangguan mobilitas fisik dan 1 diagnosa belum teratasi yaitu resiko jatuh. Pada klien kedua ditemuka 5 diagnosa keperawatan *post operatif fraktur* yaitu nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, gangguan integritas kulit, resiko jatuh dan resiko infeksi

Kesimpulan dan Saran : Dapat disimpulkan bahwa setiap klien dengan *fraktur* memiliki respon yang berbeda terhadap penyakitnya. Diharapkan perawat lebih mampu melakukan asuhan keperawatan secara *komprehensif* serta meningkatkan kemampuan dan pengetahuan dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien *post operatif fraktur*.

Kata kunci : Asuhan Keperawatan, *Fraktur*

DAFTAR ISI

SURAT PERNYATAAN.....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	v
KATA PENGANTAR	vi
ABSTRAK.....	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Tujuan Penelitian.....	5
1. Tujuan Umum.....	5
2. Tujuan Khusus.....	5
D. Manfaat Penelitian.....	6
1. Bagi Tempat Penel.....	6
2. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7

A.Konsep Medis Fraktur ..	7
1. Definisi.....	7
2. Anatomi Fisiologi.....	8
3. Fisiologi Tulang.....	11
4. Patofisiologi.....	12
5. Etiologi.....	14
6. Klasifikasi Klinis.....	14
7. Manifestasi klinis.....	16
8. Pelaksanaan.....	17
9. Pemeriksaan penunjang.....	17
10. Penatalaksanaan.....	18
11. Komplikasi.....	19
B.Konsep Asuhan Keperawatan.....	21
1. Pengkajian.....	21
2. Diagnosa Keperawatan.....	25
3. Intervensi.....	37
4. Implementasi.....	44
5. Evaluasi.....	45
BAB III METODE PENELITIAN.....	48
A. Subyek penelitian.....	48

B. Batasan Istilah (Definisi Operasional).....	49
C. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	49
D. Teknik dan instrumen pengumpulan data.....	50
E. Keabsahan data.....	51
1. Data primer.....	51
2. Data sekunder.....	51
3. Data tersier.....	51
G. Analisis data.....	51
BAB IV.....	56
A. Hasil.....	56
1. Data Asuhan Keperawatan.....	57
B. Diagnosa Keperawatan.....	74
C. Perencanaan.....	75
D. Pelaksanaan.....	82
E. Pembahasan.....	98
1. Pengkajian.....	98
2. Diagnosa keperawatan.....	103
3. Intervensi keperawatan.....	106
4. Implementasi keperawatan.....	107
5. Evaluasi keperawatan.....	108

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	111
A. Saran.....	112
1. Bagi perkembangan ilmu keperawatan.....	113
2. Bagi peneliti selanjutnya.....	113
DAFTAR PUSTAKA	116

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi <i>Pre Operatif Fraktur</i> e Nyeri Akut.....	39
Tabel 2.2 Intervensi <i>Pre Operatif Fraktur</i> e Perfusi Perifer Tidak Efektif.....	39
Tabel 2.3 Intervensi <i>Pre Operatif Fraktur</i> e Gangguan Integritas Kulit.....	40
Tabel 2.4 Intervensi <i>Pre Operatif Fraktur</i> e Gangguan Mobilitas Fisik.....	41
Tabel 2.5 Intervensi <i>Post Operatif Fraktur</i> e Nyeri Akut.....	42
Tabel 2.6 Intervensi <i>Post Operatif Fraktur</i> e Gangguan Mobilitas Fisik.....	43
Tabel 2.7 Intervensi <i>Post Operatif Fraktur</i> e Resiko Infeksi.....	44
Tabel 2.8 Intervensi <i>Post Operatif Fraktur</i> e Resiko Cedera.....	45
Tabel 4.1 Hasil Anamnesis Klien dengan <i>Fraktur</i> e.....	57
Tabel 4.2 Hasil Observasi dan Pemeriksaan Fisik pada Klien 1 dan 2.....	60
Tabel 4.3 Hasil Pemeriksaan Penunjang pada Klien1 dan Klien 2.....	69
Tabel 4.4 Hasil Penatalaksanaan Terapi pada Klien 1 dan 2.....	70
Tabel 4.5 Analisa Data Klien 1 dengan <i>Post Operatif Fraktur</i> e <i>Fibula Sinistra</i> ..	70
Tabel 4.6 Analisa Data Klien 2 dengan <i>Post Operatif Open Fraktur</i> e <i>Metacarpal Digit II Manus Sinistra Susp Trauma Vaskular Digiti II Manus Dextra Open Fraktur</i> e <i>1/3 Distal Radius Sinistra Vulnus Laserasi Genus Dextra</i>	73
Tabel 4.7 Diagnosa Keperawatan pada Klien 1 dan 2.....	76
Tabel 4.8 Perencanaan pada Klien 1 dan Klien 2 dengan <i>Post Operatif Fraktur</i> e.....	77
Tabel 4.9 Implementasi Keperawatan pada Klien 1.....	84
Tabel 4.10 Implementasi Keperawatan pada Klien 2 dengan <i>Post Operatif</i>	

<i>Fraktur</i>	88
Tabel 4.11 Evaluasi Asuhan Keperawatan pada Klien 1.....	93
Tabel 4.12 Evaluasi Asuhan Keperawatan pada Klien 2.....	96

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi <i>Muskuloskeletal</i>	9
Gambar 2.2 Posterior Skapula Kiri Spina Skapula	10
Gambar 2.3 Anterior dan Posterior	11

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.4 patway <i>pre operatif fraktur</i>	12
Bagan 2.5 patway <i>post operatif fraktur</i>	14

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Format Pengkajian Keperawatan
Lampiran 2	Lembar Konsul

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Menurut *word health organization* (WHO 1974) dalam Budiono (2016), sehat dimana keadaan yang sempurna baik secara fisik, mental dan sosial serta tidak hanya bebas dari penyakit atau kelemahan definisi sehat Ini mempunyai tiga karakter yang dapat meningkatkan konsep sehat yang positif. Memperhatikan individu sebagai sebuah sistem yang menyeluruh, Memandang sehat dengan mengidentifikasi lingkungan internal dan eksternal, Penghargaan terhadap pentingnya peran individu dalam hidup sehingga berpengaruh terhadap sehat dan sakit.

Penyakit *muskuloskeletal* merupakan salah satu penyakit dan cedera yang banyak ditemukan hampir seluruh dunia, bahkan WHO sudah menetapkan bahwa dalam 10 tahun terakhir sebagai “*The Bone and Joint Decade*” (Ramadhani et al., 2019). Menurut (Kemenkes RI, 2018) dalam (Pratama, 2019). *Fraktur* merupakan hilangnya kontinuitas tulang, baik yang bersifat total atau sebagian yang disebabkan oleh trauma fisik, kekuatan sudut, tenaga, keadaan tulang, dan jaringan lunak (Price & Wilson, 2006). Cedera akibat trauma langsung, tidak langsung dimana kondisi seseorang yang mempunyai gangguan fisik seperti hilangnya sebagian atau kurang berfungsinya anggota badan sebagai akibat dari trauma yang pernah dialami.

Trauma merupakan salah satu cedera atau rupadaksa yang dapat mencederai fisik maupun psikis. Trauma jaringan lunak *muskuloskeletal* dapat berupa *vulnus* (luka), perdarahan, memar (*kontusio*), regangan atau robekan parsial (*sprain*), putus atau robekan (*avulsi atau rupture*), gangguan pembuluh darah dan gangguan saraf. Cedera pada tulang menimbulkan patah tulang (*fracture*) dan *dislokasi*. *Fracture* juga dapat terjadi di ujung tulang dan sendi (*intra-artikuler*) yang sekaligus menimbulkan *dislokasi* sendi. *Fracture* ini juga disebut *fracture dislokasi* (Mahartha et al., 2017).

Menurut WHO (2013) di dalam Alvinanta (2019). Menyebutkan bahwa 1,24 juta korban meninggal tiap tahun nya di seluruh dunia akibat kecelakaan lalu lintas dan menyebabkan cedera sekitar 6 juta orang setiap tahunnya. Kejadian *fracture* di Indonesia menunjukkan bahwa sekitar 8 juta orang mengalami *fracture* sebanyak 5,5% dengan rentang setiap provinsi antara 2,2 sampai 9%. *Fracture* ekstremitas bawah memiliki prevelensi sekitar 46,2% dari insiden kecelakaan.

Berdasarkan hasil RISKESDAS oleh badan penelitian dan pengembangan KEMENKES RI tahun 2013 kasus cedera yang mengalami *fracture* (patah tulang) dengan angka prevalensi sebesar 5,8% sedangkan proporsi jenis cedera berupa *fracture* (patah tulang) di Indonesia 5,5% dan proporsi jenis cedera *fracture* (patah tulang) menurut provinsi di Indonesia pada Tahun 2018 di provinsi kalimantan timur proporsi jenis cedera *fracture* adalah 3,5% (Kementerian Kesehatan RI, 2018) sedangkan data yang didapatkan dari RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan sebanyak 80

orang yang mengalami fraktur trauma maupun non trauma. Dari data tersebut menunjukkan bahwa dimana keadaan sehat baik fisik, mental maupun sosial manusia tergantung seberapa tingginya tingkat aktivitas dan mobilitas manusia. Indonesia merupakan Negara berkembang yang tingkat mobilitas dan kebutuhan warganya terus meningkat dari tahun ke tahun, pastinya merasa kesulitan mengatur waktu karena waktu yang mereka miliki tidak sebanding dengan aktifitas dan kebutuhan yang harus mereka lakukan, akibatnya terburu-buru dan kurangnya hati-hati dalam beraktivitas dapat mempengaruhi. Menurut (Mahartha et al., 2017), hal ini dapat memicu terjadinya kecelakaan dalam bekerja maupun kecelakaan bermotor yang akan menyebabkan cedera. Cedera yang sering kita jumpai dari kejadian tersebut adalah penyakit *musculoskeletal*, seperti *tendinitis*, *osteoarthritis* dan *fracture*.

Jika *fracture* tidak segera ditangani maka dapat mengakibatkan kecacatan pada anggota gerak yang mengalami *fracture*, untuk itu diharuskan segera dilakukan tindakan untuk menyelamatkan pada klien dari kecacatan fisik. (Nurarif, Huda Amin. Kusuma, 2016). Ketika seseorang mengalami *fracture* ekstremitas, upaya untuk mengembalikan struktur dan fungsi tulang menjadi normal kembali salah satunya adalah dengan melakukan pembedahan. Masalah yang sering muncul segera setelah operasi, pasien telah sadar yang berada di ruang perawatan dengan edema/ bengkak, nyeri, imobilisasi, keterbatasan lingkup gerak sendi, penurunan kekuatan otot, pemendekan ekstremitas, perubahan warna, serta penurunan kemampuan untuk ambulasi dan berjalan karena luka bekas operasi dan luka bekas trauma. (Gani Maisyaroh et al., 2015).

Sedangkan kecacatan fisik dapat dipulihkan secara bertahap melalui latihan rentang gerak yaitu dengan latihan *Range of Motion* (ROM) yang dievaluasi secara aktif, yang merupakan kegiatan penting pada periode post operasi guna mengembalikan kekuatan otot pasien (Purwanti Ririn, 2013). Masalah keperawatan yang muncul pada klien *post operatif fracture* adalah nyeri akut berhubungan dengan pencedera fisik (mis. Prosedur operasi) (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan rangka neuromuscular, nyeri, terapi restriktif (Nurarif, Huda Amin.Kusuma, 2016). Kesulitan mengubah posisi, keterbatasan rentang gerak sendi, melakukan aktivitas lain dengan dibantu orang lain, pergerakan lambat. Sedangkan faktor berhubungannya yaitu kerusakan integritas tulang, adanya gangguan muskuloskeletal, kerusakan pada integritas struktur tulang, adanya program pembatasan gerak (Wiley & Sons, 2015).

Menurut Carpintero et al., (2014) dalam Andri et al., (2020). Adapun komplikasi pada *fracture* dapat mengakibatkan masalah seperti kesemutan, nyeri, kekakuan otot, bengkak atau edema serta pucat pada anggota gerak yang dioperasi. Tugas seorang perawat dalam mengatasi masalah nyeri maka dilakukan dengan manajemen nyeri. Manajemen nyeri memiliki dua tindakan yaitu non farmakologi dan farmakologi. Dalam dunia keperawatan manajemen nyeri berguna menghilangkan nyeri sedikit demi sedikit (Pratintya, 2014).

B. Rumusan Masalah

Sebagaimana yang telah diuraikan pada latar belakang maka rumusan masalah pada proposal ini adalah : Bagaimana Asuhan Keperawatan pada Klien dengan *Post Operatif fracture* di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021?

C. Tujuan Penelitian

Adapun tujuan dari penulisan proposal karya tulis ilmiah ini dibedakan menjadi dua tujuan yaitu sebagai berikut :

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada klien dengan *Post Operatif fracture* di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021?

2. Tujuan Khusus

- a. Mengkaji Klien dengan *Post Operatif fracture* di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021.
- b. Menegakkan Diagnosa Keperawatan pada Klien dengan *Post Operatif fracture* di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021.
- c. Menyusun Perencanaan Keperawatan pada Klien dengan *Post Operatif fracture* di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021.
- d. Melaksanakan Intervensi Keperawatan pada Klien *Post Operatif fracture* di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021.
- e. Mengevaluasi Klien dengan *Post Operatif fracture* di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Peneliti

Memperoleh pengalaman dalam mengimplementasikan dan dapat meningkatkan pengetahuan peneliti pada Asuhan Keperawatan pada Klien *Post Operatif fracture* di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021.

2. Bagi Tempat Peneliti

Hasil karya tulis ilmiah diharapkan dapat memberikan masukan atau saran dan bahan dalam merencanakan Asuhan Keperawatan pada Klien *Post Operatif Fracture* di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Menambah Keluasan ilmu dan teknologi terapan bidang keperawatann dalam Asuhan Keperawatan pada Klien *Post Operatif fracture* di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Medis *Fraktur*

1. Definisi

Fracture bisa terjadi dengan patahnya tulang dimana tulang bisa tetap berada di dalam *fracture* tertutup atau di luar dari kulit pada *fracture* terbuka. *Fracture* ujung tulang yang tajam dapat menyebabkan bahaya untuk jaringan lunak, biasanya otot sedikit banyak akan ikut rusak yang mengelilingi tulang tersebut. Syaraf dan pembuluh darah yang berjalan dekat tulang dapat ikut terluka (Sudiharto, 2020).

Patah tulang biasanya di sebabkan oleh trauma atau tenaga fisik. Kekuatan dan sudut dari tenaga tersebut, keadaan tulang, dan jaringan lunak disekitar tulang akan menentukan apakah *fracture* yang terjadi itu lengkap atau tidak lengkap.(Nurarif,Huda Amin. Kusuma, 2016). Tipe *fracture* berdasarkan hubungan tulang dengan jaringan di sekitarnya dibagi menjadi *fracture* terbuka dan *fracture* tertutup. *Fracture* terbuka adalah *fracture* yang merusak jaringan kulit sehingga terdapat hubungan fragmen tulang dengan dunia luar, sedangkan *fracture* tertutup merupakan *fracture* tanpa hubungan antara fragmen tulang dan dunia luar. *Fracture* yang disebabkan oleh peristiwa trauma (*traumatic fracture*) dapat terjadi pada kecelakaan lalu lintas maupun non-lalu lintas. (Ramadhani et al., 2019).

2. Anatomi Fisiologi

a. Anatomi Tulang

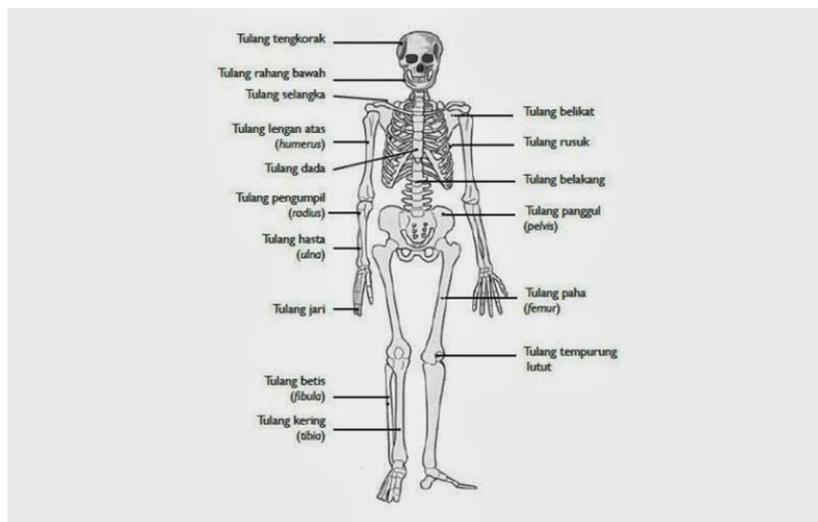
Tulang merupakan sebuah jaringan tubuh kita yang sangat kuat, terletak di dalam tubuh dan tersusun atas zat organik serta zat anorganik. Tulang hidup mengandung kurang lebih 50% air dan 50% zat padat dan tubuh manusia terdiri atas kurang lebih 206 buah tulang. Tanpa adanya tulang, tubuh kita pasti tidak akan mampu berdiri tegak dan juga tidak akan bisa bergerak bebas. Tulang berasal dari *embrionic hyaline cartilage* yang dengan melalui proses *Osteogenesis* menjadi tulang. Proses ini dilakukan oleh sel-sel yang disebut yang disebut *Osteoblast* proses mengerasnya tulang akibat penimbunan garam kalsium. System rangka ini dipelihara oleh system *haversian* yaitu system yang berupa rongga yang ditengahnya terdapat pembuluh darah.

b. Pembagian tulang

Tulang mempunyai dua bagian besar (Bagus Kuntoadi, 2019):

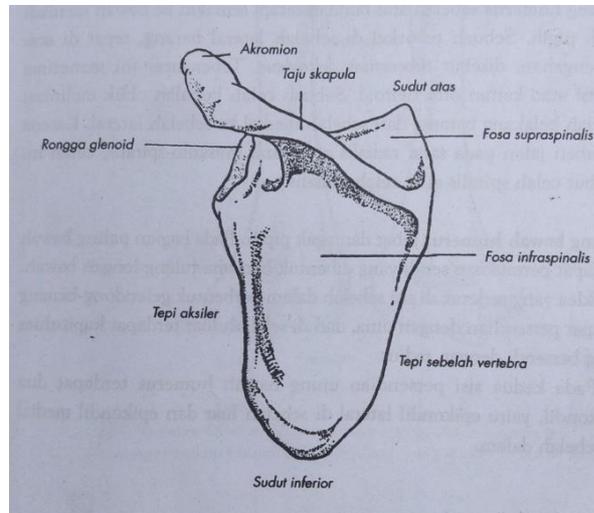
- 1) Tulang axial (tulang pada kepala dan badan) seperti : Tulang kepala (tengkorak), tulang belakang (*vertebrae*), tulang rusuk dan sternum.
- 2) Tulang appendicular (tulang tangan dan kaki) seperti: extremitas atas (*scapula, klavikula, humerus, ulna, radius, telapak tangan*), extremitas bawah (*pelvis, femur, patella*).

Kerangka *apendikuler* terdiri atas anggota gerak dan gelang panggul yaitu anggota gerak atas dan anggota gerak bawah, sebagai tambahan ada lagi tiga tulang kecil dalam rongga telinga tengah.



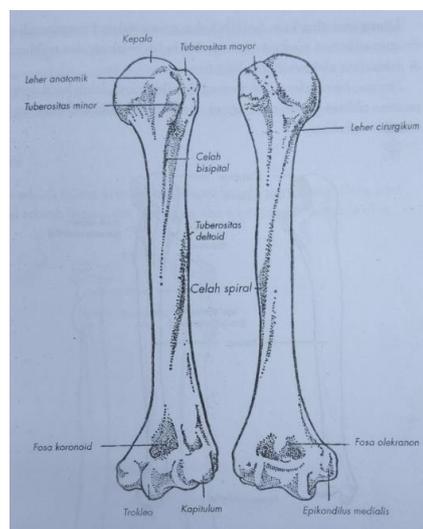
Gambar 2.1 gambar anatomi *muskuloskeletal*

Menurut (Evelyn C. Pearce, 2013). Kerangka anggota gerak atas terdapat tulang – tulang yang membentuk kerangka lengan, lengan bawah, dan telapak tangan yang seluruhnya berjumlah 30 buah tulang terdiri dari *humerus* (tulang lengan atas), *ulna & radius* (tulang hasta dan tulang pengumpil), 8 tulang *karpal* (tulang pangkal tangan), 5 tulang *metakarpal* (tulang telapak tangan).



Gambar 2.2 Posterior skapula kiri, spina skapula.

Humerus merupakan tulang terpanjang anggota atas memperlihatkan sebuah batang dan ujung batang humerus sebelah atas bundar, tetapi semakin ke bawah menjadi lebih pipih. Sebuah tuberkel di sebelah lateral batang, tepat di atas pertengahan, disebut tuberositas deltoideus sedangkan ujung bawah humerus lebar dan agak pipih pada bagian paling bawah terdapat permukaan sendi yang dibentuk bersama tulang lengan bawah



Gambar 2.3 Anterior dan posterior humerus kiri.

Kerangka anggota gerak bawah dikaitkan pada batang tubuh dengan perantaraan gelang panggul. Anggota terdiri atas tiga puluh satu tulang 1 tulang *koksa* (tulang pangkal paha), 1 *femur* (tulang paha), 1 *tibia* (tulang kering), 1 *fibula* (tulang betis), 1 *patela* (tulang tempurung lutut), 1 tulang *tarsal* (tulang pangkal kaki), 5 tulang *metatarsal* (tulang telapak kaki), 14 *falang* (ruas jari kaki). *Femur* merupakan tulang terpanjang dari tubuh tulang itu bersendi dengan asetabulum dalam formasi persendian panggul dan dari sini menjulur medial ke lutut dan membuat sendi dengan tibia. Tulangnya berupa tulang pipa dan mempunyai sebuah batang dan dua ujung (Evelyn C. Pearce, 2013).

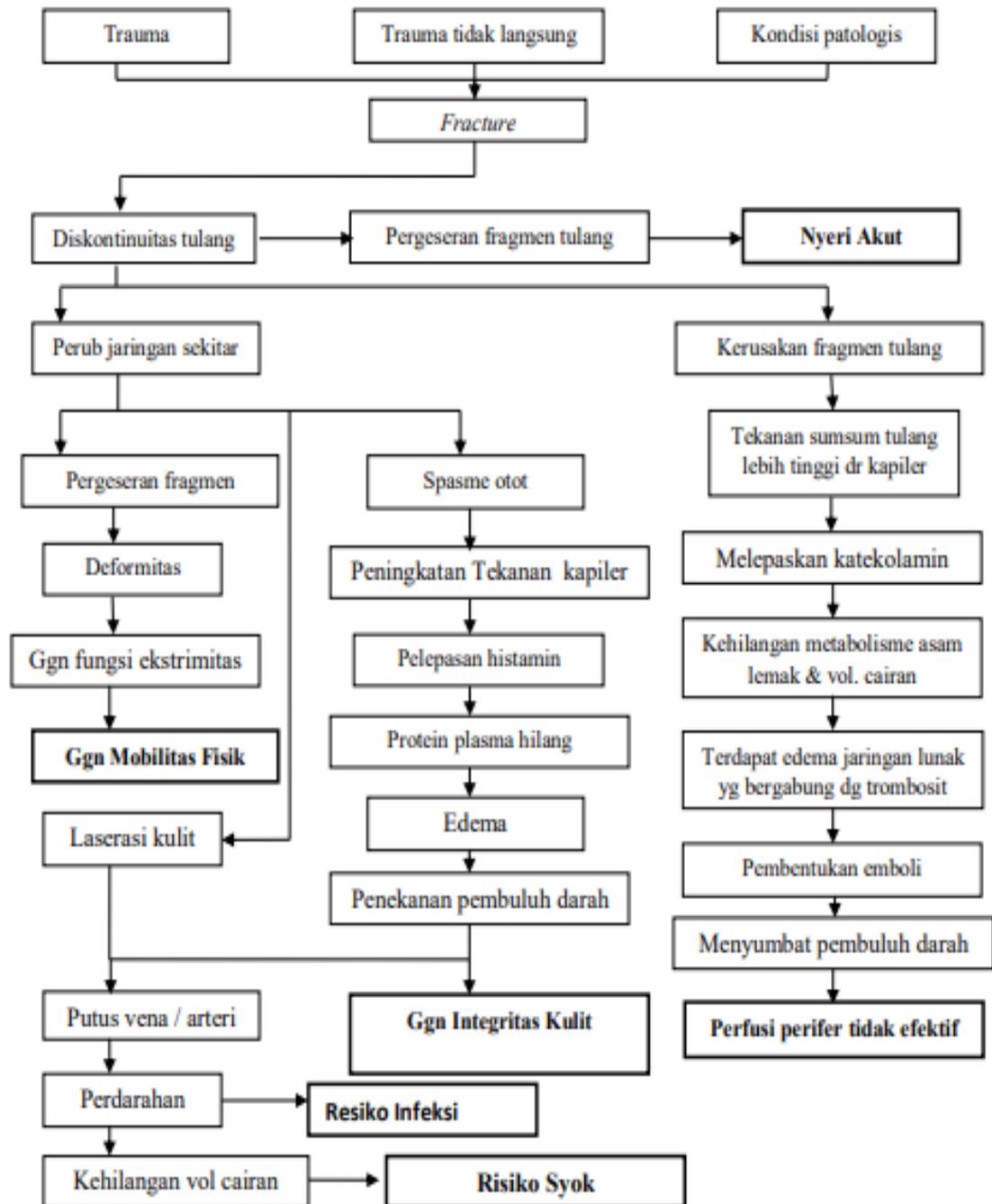
3. Fisiologi Tulang

Fungsi tulang adalah sebagai berikut (Pearce Evelyn, 2016) :

- a. Mendukung jaringan tubuh dan memberikan bentuk tubuh
- b. Melindungi organ tubuh (misalnya jantung, otak, dan paru- paru).
- c. Meberikan pergerakan (otot yang berhubungan dengan kontraksi dan pergerakan).
- d. Membentuk sel-sel darah merah dalam sum-sum tulang belakang.
- e. Menyimpan garam mineral, misalnya kalsium dan fosfor

3. Patofisiologi

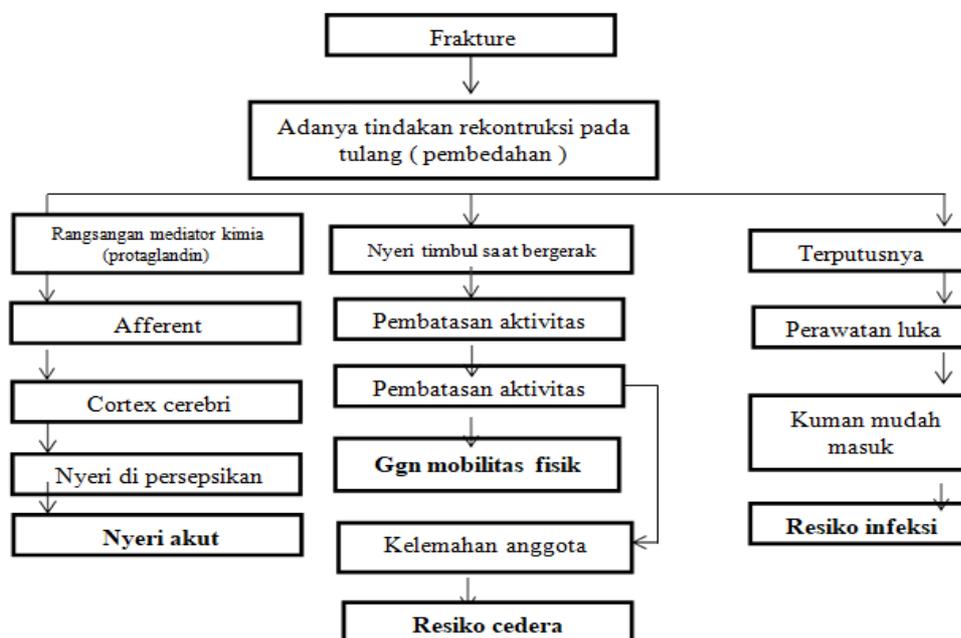
Bagan 2.4 Pre Operatif fraktur



Sumber : (Nurarif,Huda Amin. Kusuma, 2016b) dengan menggunakan standar
Diagnosis Keperawatan Indonesia dalam (PPNI, 2017)

Fraktur dapat disebabkan oleh trauma langsung dan trauma tidak langsung, yaitu pukulan langsung, gaya meremuk, gerakan puntir mendadak, dan bahkan kontraksi otot ekstrem dan juga kondisi patologis layaknya *osteoporosis*. Fragmen tulang yang bergeser/rusak akibat fraktur dapat menimbulkan nyeri (akut). Hal ini juga mengakibatkan tekanan sum-sum tulang lebih tinggi di kapiler lalu melepaskan katekolamin yang mengakibatkan metabolisme asam lemak yang pada akhirnya dapat menyebabkan emboli dan penyumbatan pembuluh darah. Spasme otot juga menyebabkan protein plasma hilang karena dilepasnya histamine akibat peningkatan tekanan kapiler yang pada akhirnya menyebabkan edema. Fragmen tulang yang rusak bergeser juga mengakibatkan gangguan fungsi eksermitas. Laserasi kulit atau luka terbuka dapat menimbulkan infeksi, karena hilang bagian pelindung tubuh paling luar (kulit).

Bagan 2.5 Post Operatif fraktur



4. *Etologi*

- a. Klasifikasi etiologis (Nurarif, Huda Amin.Kusuma, 2016) :
- 1) *Fraktur traumatic*
 - 2) *Fraktur* patologis terjadi pada tulang karena adanya kelainan/penyakit yang *Fraktur* Sebutkan kelemahan pada tulang (infeksi, tumor, kelainan bawaan) dan Stress terjadi secara spontan atau akibat trauma ringan
 - 3) *Fraktur* stress terjadi karena adanya stress yang kecil dan berulang-ulang pada ah tulang yang menopang berat badan. *Fraktur* stress jarang sekali ditemukan pada anggota gerak atas

5. *Klasifikasi Klinis*

Fraktur dapat sangat bervariasi tetapi untuk alasan yang praktis, dibagi menjadi beberapa kelompok Wahid (2013) dalam Krisyanti (2019) yaitu :

- a. Berdasarkan sifat *fraktur* (luka yang ditimbulkan)
- 1) *Fraktur* tertutup (*simple fracture*), bila tidak terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar
 - 2) *Fraktur* terbuka (*compoun fracture*), bila terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar. Karena adanya perlukaan di kulit
 - 3) *Fraktur* dengan komplikasi, misal malunion, *delayed union*, *nonunion*, infeksi (Nurarif, Huda Amin.Kusuma, 2016).

- b. Berdasarkan komplrit atau ketidak komplitan *fraktur*.
- 1) *Fraktur* komplrit, bila garis patah melalui seluruh penampang tulang atau melalui kedua korteks tulang.
 - 2) *Fraktur* inkomplrit, bila garis patah tidak melalui seluruh penampang tulang
- c. Berdasarkan bentuk garis patah dan hubungannya dengan mekanisme trauma.
- 1) *Fraktur Transversal* : *fraktur* yang arahnya melintang pada tulang dan merupakan akibat trauma angulasi atau langsung
 - 2) *Fraktur Oblik* : *fraktur* yang arah garis patahanya membentuk sudut terhadap sumbu tulang dan merupakan akibat trauma angulasi juga
 - 3) *Fraktur Spiral* : *fraktur* yang arah garis patahnya berbentuk spiral yang disebabkan trauma rotasi.
 - 4) *Fraktur Kompresi* : *fraktur* yang terjadi karena trauma aksial *fleksi* yang mendorong tulang ke arah permukaan lain.
 - 5) *Fraktur Avulasi* : *fraktur* yang diakibatkan karena trauma tarikan atau traksi otot pada insersinya pada tulang.
- d. Berdasarkan jumlah garis patah.
- 1) *Fraktur komunitif* : *fraktur* dimana garis patah lebih dari satu dan saling berhubungan.
 - 2) *Fraktur Segmental* : *fraktur* dimana garis patah lebih dari satu tapi tidak berhubungan.
 - 3) *Fraktur Multiple* : *fraktur* dimana garis patah lebih dari satu tapi

tidak pada tulang yang sama.

- e. Berdasarkan pergeseran fragmen tulang.
 - 1) *Fraktur Undisplaced* (tidak bergeser): garis patah lengkap tetapi kedua fragmen tidak bergeser dan periosteum masih utuh.
 - 2) *Fraktur Displaced* (bergeser): terjadi pergeseran fragmen tulang yang juga disebut lokasi fragmen.
- f. Berdasarkan posisi *fraktur*
 - 1) Sebatang tulang terbagi menjadi tiga bagian :
 - a) $1/3$ *proksimal*
 - b) $1/3$ *medial*
 - c) $1/3$ *distal*
- g. *Fraktur* kelelahan : *fraktur* akibat tekanan yang berulang-ulang
- h. *Fraktur* patologis : *fraktur* yang diakibatkan karena proses patologis tulang.

Pada fraktur tertutup ada klasifikasi tersendiri yang berdasarkan keadaan jaringan lunak sekitar trauma, yaitu tingkat 0 ; *fraktur* biasa dengan sedikit atau tanpa cedera jaringan lunak sekitarnya, tingkat 1 ; *fraktur* dengan abrasi dangkal atau memar kulit dan jaringan subkutan, tingkat 2 ; *fraktur* yang lebih berat dengan kontusio jaringan lunak bagian dalam dan pembengkakan, dan tingkat 3 ; cedera berat dengan kerusakan jaringan lunak yang nyata dan ancaman sindroma kompartement

6. *Manifestasi klinis*

Menurut (Nurarif, Huda Amin.Kusuma, 2016)

- a. Tidak dapat menggunakan anggota gerak
- b. Nyeri pembengkakan.
- c. Terdapat trauma (kecelakaan lalu lintas, jatuh dari keringgian atau jatuh dikamar mandi pada orang tua, penganiayaan, tertimpa benda berat, kecelakaan kerja, trauma olahraga).
- d. Gangguan fungsi anggota gerak.
- e. Deformitas.
- f. Kelainan gerak.
- g. *Krepitasi* dengan gejala-gejala lain.

7. *Pelaksanaan*

Prinsip penanganan *fracture* meliputi (Nurarif Huda, 2015) :

a. Reduksi

Reduksi *fracture* berarti mengembalikan fragmen tulang pada kesejajarannya dan rotasi anatomis. Reduksi tertutup, mengembalikan fragmen tulang ke posisinya (ujung-ujungnya saling berhubungan) dengan manipulasi dan traksi manual. Alat yang digunakan biasanya traksi, bidai dan alat yang lainnya. Reduksi terbuka, dengan pendekatan bedah. Alat fiksasi interna dalam bentuk pin, kawat, sekrup, plat, paku.

b. Imobilisasi

Imobilisasi dapat dilakukan dengan metode eksterna dan interna mempertahankan dan mengembalikan fungsi status *neurovaskuler* selalu

dipantau meliputi peredaran darah, nyeri, perabaan, gerakan. Perkiraan waktu imobilisasi yang dibutuhkan untuk penyatuan tulang yang mengalami fracture adalah sekitar 3 bulan

8. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang (Nurarif Huda, 2015):

- a. X-ray
Menentukan lokasi/luasnya *fracture*.
- b. Scan tulang
Memperlihatkan *fracture* lebih jelas, mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak.
- c. Anterogram
Dilakukan untuk memastikan ada tidaknya kerusakan *vascular*.
- d. Hitung darah lengkap
hemokonsentrasi mungkin meningkat, menurun pada perdarahan, peningkatan leukosit sebagai respon terhadap peradangan.
- e. Kretinin
Trauma otot meningkatkan beban kretinin untuk klirens ginjal.
- f. Profil koagulasi
Perubahan dapat terjadi pada kehilangan darah, tranfusi atau cedera hati.

9. Penatalaksanaan

Prinsip penanganan *fracture* meliputi (Nurarif Huda, 2015) :

- a. Reduksi
Reduksi *fracture* berarti mengembalikan fragmen tulang pada kesejajarannya dan rotasi anatomis. Reduksi tertutup, mengembalikan fragmen tulang ke posisinya (ujung-ujungnya saling berhubungan) dengan manipulasi dan traksi

manual. Alat yang digunakan biasanya traksi, bidai dan alat yang lainnya. Redaksi terbuka, dengan pendekatan bedah. Alat fiksasi interna dalam bentuk pin, kawat, sekrup, plat, paku.

b. Imobilisasi

Imobilisasi dapat dilakukan dengan metode eksterna dan interna mempertahankan dan mengembalikan fungsi status *neurovaskuler* selalu dipantau meliputi peredaran darah, nyeri, perabaan, gerakan. Perkiraan waktu imobilisasi yang dibutuhkan untuk penyatuan tulang yang mengalami *fracture* adalah sekitar 3 bulan.

10. Komplikasi

Komplikasi pada fracture di antaranya yaitu (Ardian, 2015) sebagai berikut :

a. Komplikasi awal

1) Kerusakan arteri

Pecahnya arteri karena trauma dapat ditandai dengan tidak adanya nadi, CRT (capillary refill time) menurun, sianosis pada bagian distal, hematoma melebar dan dingin pada ekstremitas yang disebabkan oleh tindakan darurat *splinting*, perubahan posisi pada bagian yang sakit, tindakan reduksi dan pembedahan.

2) *Sindrome* kompartemen

Komplikasi serius yang terjadi karena terjebaknya otot, tulang, saraf, pembuluh darah dalam jaringan parut. Ini di sebabkan oleh edema atau perdarahan yang menekan otot, saraf, pembuluh darah atau tekanan luar seperti gips, pembebatan dan penyangga.

3) *Fat embolism syndrome* (FES)

Fat embolism syndrome merupakan suatu sindrom yang mengakibatkan

komplikasi serius pada fracture tulang panjang, terjadi karena sel-sel lemak yang dihasilkan *bone marrow* kuning masuk ke aliran darah dan menyebabkan kadar oksigen dalam darah menurun. Ditandai dengan adanya gangguan pernafasan, *takikardi*, hipertensi, *akipnea* dan demam.

4) Infeksi

Biasanya terjadi pada kasus *fracture* terbuka tapi dapat terjadi juga pada penggunaan bahan lain dalam pembedahan, seperti pin dan plat yang terpasang didalam tulang. Sehingga pada kasus *fracture* resiko infeksi yang terjadi lebih besar baik karena penggunaan alat bantu maupun prosedur *invasif*.

5) *Nekrosis avaskuler*

Aliran darah ketulang rusak atau terganggu sehingga menyebabkan nekrosis tulang. Biasanya diawali dengan adanya *iskemia volkma*.

6) Syok

Syok terjadi karena kehilangan banyak darah dan meningkatnya permeabilitas kapiler sehingga menyebabkan oksigenasi menurun.

b. Komplikasi lama

1) *Delayed union*

Kegagalan *fracture* terkonsolidasi sesuai dengan waktu yang dibutuhkan ruang untuk menyambung. Ini terjadi karena suplai darah ketulang menurun.

2) Non union

Komplikasi ini terjadi karena adanya *fracture* yang tidak sembuh antara 6 sampai 8 bulan dan tidak dapat konsolidasi sehingga terdapat infeksi tetapi dapat juga terjadi bersama-sama infeksi yang

disebut *infected pseudoarthrosis*. Sehingga *fracture* dapat menyebabkan infeksi.

3) *Mal- union*

Keadaan ketika *fracture* menyembuh pada saatnya tapi terdapat deformitas (perubahan bentuk tulang) yang berbentuk angulasi.

B. Konsep Asuhan Keperawatan pada Klien *Post Op Fracture*

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Di sini semua data di kumpulkan secara sistematis guna menentukan status kesehatan klien saat ini. Pengkajian harus di lakukan secara komprehensif terkait dengan aspek biologis, psikologis, sosial maupun spiritual klien. Secara umum pengkajian pada *fracture* meliputi (Noor, 2017) :

- a. Identitas klien berupa nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, status perkawinan, suku bangsa, tanggal masuk, nomor registrasi dan diagnosa keperawatan.
- b. Keluhan utama, pada umumnya keluhan pada *fracture* adalah rasa nyeri.
- c. Riwayat penyakit sekarang, berupa kronologi kejadian terjadinya penyakit sehingga bisa terjadi penyakit seperti sekarang.
- d. Riwayat penyakit dahulu, ditemukan kemungkinan penyebab *fracture* dan petunjuk berapa lama tulang tersebut akan

menyambung.

- e. Riwayat penyakit keluarga merupakan salah satu faktor predisposisi terjadinya fracture.
- f. Riwayat psikososial merupakan respon emosi klien terhadap penyakit yang di derita dan peran klien dalam keluarga dan masyarakat yang mempengaruhi dalam kehidupan sehari-hari.
- g. Pola-pola fungsi kesehatan

1) Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat

Pada fracture biasanya klien merasa takut akan mengalami kecacatan, maka klien harus menjalani penatalaksanaan untuk membantu penyembuhan tulangnya. Selain itu diperlukan pengkajian yang meliputi kebiasaan hidup klien, seperti penggunaan obat steroid yang dapat mengganggu metabolisme kalsium, penggunaan alkohol, klien melakukan olahraga atau tidak.

2) Pola nutrisi dan metabolisme Klien

fracture harus mengkonsumsi nutrisi yang lebih dari kebutuhan sehari-hari seperti kalsium, zat besi, protein, vitamin C untuk membantu proses penyembuhan.

3) Pola eliminasi

Perlu dikaji frekuensi, kepekatan, warna, bau untuk mengetahui adanya kesulitan atau tidak. Hal yang perlu dikaji dalam eliminasi berupa buang air besar (BAB) dan buang air kecil (BAK).

4) Pola tidur dan istirahat

Klien biasanya merasa nyeri dan gerakannya terbatas sehingga dapat mengganggu pola dan kebutuhan tidur klien.

5) Pola aktifitas

Pola aktifitas Adanya nyeri dan gerak yang terbatas, aktifitas klien menjadi berkurang dan butuh bantuan dari orang lain.

6) Pola hubungan dan peran

Klien akan kehilangan peran dalam keluarga dan masyarakat karena menjalani rawat inap di Rumah Sakit.

7) Pola persepsi dan konsep diri

Klien fracture akan timbul ketakutan akan kecacatan akibat fracture, rasa cemas, rasa ketidakmampuan melakukan aktifitas secara optimal dan gangguan citra tubuh.

8) Pola sensori dan kognitif

Berkurangnya daya raba terutama pada bagian distal fracture

9) Pola reproduksi seksual

Klien tidak bisa melakukan hubungan seksual karena harus menjalani rawat inap dan keterbatasan gerak serta nyeri

10) Pola penanggulangan stress

Pada klien fracture timbul rasa cemas akan keadaan dirinya, takut mengalami kecacatan dan fungsi tubuh.

11) Pola tata nilai dan keyakinan

Klien tidak bisa melaksanakan ibadah dengan baik karena rasa nyeri dan keterbatasan fisik.

12) Pemeriksaan Fisik

Terdapat dua pemeriksaan umum pada fracture yaitu gambaran umum dan keadaan lokal berupa :

a) Gambaran umum Pemeriksa perlu memperhatikan pemeriksaan secara umum meliputi hal-hal sebagai berikut

(1) Keadaan umum yaitu baik atau buruknya yang dicatat adalah tanda-tanda seperti berikut ini :

(a) Kesadaran klien yaitu apatis, sopor, koma, gelisah dan komposmentis.

(b) Kesakitan, keadaan penyakit yaitu akut, kronik, ringan, sedang, berat, dan pada kasus fracture biasanya akut.

(2) Tanda- tanda vital tidak normal karena ada gangguan baik fungsi maupun bentuk.

(3) Pemeriksaan dari kepala ke ujung jari kaki atau tangan harus diperhitungkan keadaan proksimal serta bagian distal terutama mengenai status neurovaskuler.

b) Keadaan lokal

- (1) Look yaitu melihat adanya suatu deformitas (angulasi atau membentuk sudut, rotasi atau pemutaran dan pemendekan), jejas, tulang yang keluar dari jaringan lunak, sikatrik(jaringan parut baik yang alami maupun buatan seperti bekas operasi), warna kulit, benjolan, pembengkakan atau cekungan dengan hal-hal yang tidak biasa (abnormal) serta posisi dan bentuk dari ekstremitas (deformitas).
- (2) Feel yaitu adanya respon nyeri atau ketidaknyamanan, suhu disekitar trauma, fluktuasi pada pembengkakan, nyeri tekan (tenderness), krepitasi, letak kelainan (sepertiga proksimal, tengah atau distal).
- (3) Move yaitu gerakan abnormal ketika menggerakkan bagan yang cedera dan kemampuan Range Of Motion (ROM) mengalami gangguan.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan diagnosis keperawatan merupakan "*Judgment*" yang berfokus pada respons manusia terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupan atau kereta (*vulnerability*) terhadap respons dari individu, keluarga kelompok, atau komunitas. Menurut (Nurarif,Huda Amin. Kusuma, 2016) dengan

menggunakan standar Diagnosis Keperawatan Indonesia dalam (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Menurut (PPNI, 2017). Diagnosa ini terdiri atas diagnosis aktual dan diagnosis risiko sedangkan diagnosis positif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sehat dan dapat mencapai kondisi yang lebih sehat atau optimal. Diagnosis ini disebut juga dengan diagnosis promosi kesehatan indikator diagnostik terdiri atas penyebab, tanda/gejala, dan faktor resiko, mayor tanda/gejala ditemukan sekitar 80% - 100% untuk validasi diagnosis. Minor tanda/gejala tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat mendukung penegakan diagnosis

a. *Diagnosis Pre Opretiffraktur* :

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (misal, trauma).
- 2) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan vena.
- 3) Gangguan integritas kulit berhubungan dengan factor mekanis (mis. penekanan pada tonjolan tulang, gesekan).
- 4) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang.
- 5) Resiko infeksi berhubungan dengan tidakadeguan pertahanan tubuh primer (kerusakan integritas kulit)

6) Risiko syok berhubungan dengan kekurangan volume cairan

b. Diagnosis Post Operatif fracture

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (mis. Prosedur operasi)
- 2) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri.
- 3) Risiko cedera berhubungan dengan ketidakamanan transportasi.
- 4) Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif

Berikut adalah uraian dari diagnosa yang timbul bagi klien *pre* dan *post operatif fracture* menurut (Nurarif,Huda Amin. Kusuma, 2016) dengan menggunakan standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (PPNI, 2017) :

Diagnosis pre operatif fracture

a. Nyeri akut (D.0077)

1) Definisi

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.

2) Penyebab

Agen pencedera fisik (misalnya. trauma).

3) Batasan Karakteristik

a) Data Mayor

Data mayor yang dapat menunjang munculnya diagnosa nyeri akut antara lain:

- (1) Klien mengeluh nyeri
- (2) Tampak meringis
- (3) Bersikap protektif (misalnya. waspada, posisi menghindari nyeri)
- (4) Gelisah
- (5) Frekuensi nadi meningkat
- (6) Sulit tidur

b) Data Minor

Data minor yang dapat menunjang munculnya diagnosa nyeri akut antara lain :

- (1) Tekanan darah meningkat
- (2) Pola napas berubah
- (3) Nafsu makan berubah
- (4) Proses berpikir terganggu
- (5) Menarik diri
- (6) Berfokus pada diri sendiri

c) Kondisi Klinis Terkait

- (1) Kondisi pembedahan
- (2) Cedera traumatis
- (3) Infeksi
- (4) Sindrom *coroner akut*
- (5) *Glaucoma*

b. Perfusi perifer tidak efektif (D.0009)

1) Definisi

Penurunan sirkulasi darah pada level kapiler dapat mengganggu metabolisme tubuh.

2) Penyebab

Penurunan aliran arteri dan/atau vena.

3) Batasan Karakteristik

a) Data Mayor

Data mayor yang dapat menunjang munculnya diagnosa nyeri akut antara lain :

- (1) Pengisian kapiler lebih dari 3 detik
- (2) Nadi perifer menurun atau tidak teraba
- (3) Akral teraba dingin
- (4) Warna kulit pucat

b) Data Minor

Data minor yang dapat menunjang munculnya diagnosa nyeri akut antara lain :

- (1) Parastesia

- (2) Nyeri ekstremitas
- (3) Edema
- (4) Penyembuhan luka lambat
- (5) Indeks ankle-brachial kecil dari 0,90
- (6) *Bruit femoralis*

c) Kondisi Klinis Terkait

- (1) *Tromboflebitis*
- (2) Diabetes melitus
- (3) Anemia
- (4) Gagal jantung kongestif
- (5) Kelainan jantung kongenital
- (6) *Trombosis arteri*
- (7) *Varises*
- (8) *Trombosis vena* dalam
- (9) Sindrom kompartemen

c. Gangguan integritas kulit (D.0129)

1) Definisi

Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran *mukosa*, *kornea*, *fasia*, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligament).

2) Penyebab

Faktor mekanis (misalnya, penekanan pada tonjolan tulang, gesekan).

3) Batasan karakteristik

a) Data Mayor

Data mayor yang dapat menunjang munculnya diagnosa nyeri akut antara lain :

- (1) Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit

b) Data Minor

Data minor yang dapat menunjang munculnya diagnosa nyeri akut antara lain :

- (1) Nyeri
- (2) Perdarahan
- (3) Kemerahan
- (4) Hematoma

c) Kondisi Klinis Terkait

- (1) Imobilisasi
- (2) Gagal jantung kongestif
- (3) Gagal ginjal
- (4) Diabetes mellitus
- (5) *Imunodefisiensi* (misalnya. AIDS).

d. Gangguan mobilitas fisik (D.0054)

1) Definisi

Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

2) Penyebab

Kerusakan integritas struktur tulang.

3) Batasan Karakteristik

a) Data Mayor

Data mayor yang dapat menunjang munculnya diagnosa nyeri akut antara lain :

- (1) Klien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas
- (2) Kekuatan otot menurun
- (3) Rentang gerak menurun

b) Data Minor

Data minor yang dapat menunjang munculnya diagnosa nyeri akut antara lain :

- (1) Nyeri saat bergerak
- (2) Enggan melakukan pergerakan
- (3) Merasa cemas saat bergerak
- (4) Sendi kaku
- (5) Gerakan tidak terkoordinasi
- (6) Gerakan terbatas
- (7) Fisik lemah

c) Kondisi Klinis Terkait

- (1) Stroke
- (2) Cedera medulla spinalis
- (3) Trauma
- (4) *Fracture*
- (5) *Osteoarthritis*
- (6) *Osteomalasia*
- (7) Keganasan

Diagnosa *post operasi fraktur*

a. Nyeri Akut (D.0077)

1) Definisi

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.

2) Penyebab

Agen pencedera fisik (misalnya. trauma).

3) Batasan Karakteristik

a) Data Mayor

Data mayor yang dapat menunjang munculnya diagnosa nyeri akut antara lain:

- (1) Klien mengeluh nyeri
- (2) Tampak meringis
- (3) Bersikap protektif (misalnya. waspada, posisi menghindari nyeri)
- (4) Gelisah
- (5) Frekuensi nadi meningkat
- (6) Sulit tidur

b) Data Minor

Data minor yang dapat menunjang munculnya diagnosa nyeri akut

antara lain :

- (1) Tekanan darah meningkat
- (2) Pola napas berubah
- (3) Nafsu makan berubah
- (4) Proses berpikir terganggu
- (5) Menarik diri
- (6) Berfokus pada diri sendiri

c) Kondisi Klinis Terkait

- (1) Kondisi pembedahan
- (2) Cedera traumatis
- (3) Infeksi
- (4) Sindrom *coroner* akut
- (5) *Glaucoma*

b. Gangguan mobilitas fisik (D.0054)

1) Definisi

Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

2) Penyebab

Kerusakan integritas struktur tulang.

3) Batasan Karakteristik

a) Data Mayor

Data mayor yang dapat menunjang munculnya diagnosa nyeri akut antara lain :

- (1) Klien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas
- (2) Kekuatan otot menurun
- (3) Rentang gerak menurun

b) Data Minor

Data minor yang dapat menunjang munculnya diagnosa nyeri akut antara lain:

- (1) Nyeri saat bergerak
- (2) Enggan melakukan pergerakan
- (3) Merasa cemas saat bergerak
- (4) Sendi kaku
- (5) Gerakan tidak terkoordinasi
- (6) Gerakan terbatas
- (7) Fisik lemah

c) Kondisi Klinis Terkait

- (1) Stroke
- (2) Cedera medulla spinalis
- (3) Trauma
- (4) *Fracture*
- (5) *Osteoarthritis*
- (6) *Ostomalasia*
- (7) Keganasan

c. Resiko cedera (D. 0136)

1) Definisi

Beresiko mengalami bahaya atau kerusakan fisik yang menyebabkan seseorang tidak lagi sepenuhnya sehat atau dalam kondisi baik.

2) Faktor Risiko

Ketidakamanan transportasi.

3) Kondisi Klinis Terkait

- (1) Kejang
- (2) Sinkop
- (3) Vertigo
- (4) Gangguan penglihatan
- (5) Gangguan pendengaran
- (6) Penyakit Parkinson
- (7) Hipotensi
- (8) Kelainan *nervus vestibularis*
- (9) Retardasi mental

d. Risiko Infeksi (D.0124)

1) Definisi

Beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

2) Faktor Risiko

- (1) Efek prosedur invasif.
- (2) Kondisi Klinis Terkait

- (3) AIDS
- (4) Luka bakar
- (5) Penyakit paru obstruktif kronis
- (6) Diabetes mellitus
- (7) Tindakan invasif
- (8) Kondisi penggunaan terapi steroid
- (9) Penyalahgunaan obat
- (10) Kanker
- (11) Gagal ginjal
- (12) Imunosupresi
- (13) Lymphedema
- (14) Leukositopenia
- (15) Gangguan fungsi hati

3. Intervensi

Intervensi keperawatan adalah segala *treatmeant* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan sistem klasifikasi standar intervensi keperawatan indonesia terdiri atas 5 kategori dan 14 subkategori fisiologis, psikologis, perilaku, relasional, lingkungan. Intervensi yang dapat dilaksanakan oleh perawat berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Pre operatif fraktur

a. Nyeri akut (D.0077)

Tabel 2.1 Intervensi *pre operatif fraktur*

Tujuan	Intervensi
Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama klien menyatakan nyeri hilang/berkurang, dengan kriteria hasil:	1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri
· Keluhan nyeri menurun	2. Identifikasi respon nyeri non verbal
· Meringis menurun	3. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri
· Sikap protektif menurun	4. Fasilitasi istirahat dan tidur
· Gelisah menurun	5. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
· Kesulitan tidur menurun	6. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
· Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun	7. Ajarkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
	8. Kolaborasi pemberian analgetik

b. Perfusi Perifer tidak efektif (D.0009)

Tabel 2.2 Intervensi *pre operatif fraktur*

Tujuan	Intervensi
Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama diharapkan perfusi perifer dapat teratasi dengan kriteria	1. Periksa sirkulasi perifer (misal, nadi perifer, edema, pengisian kapiler)
	2. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (misal,

<p>hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Penyembuhan luka meningkat b. Edema perifer menurun c. Nyeri ekstremitas menurun d. Parastesia menurun e. Kelemahan otot menurun f. tekanan darah sistolik membaik g. tekanan darah diastolik membaik 	<p>diabetes, perokok, kadar kolesterol tinggi)</p> <ul style="list-style-type: none"> 3. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 4. Hindari pemasangan <i>tourniquet</i> pada area yang cedera 5. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat 6. Kolaborasi pemberian <i>analgesic</i> Kolaborasi pemberian kortikosteroid
---	---

c. Gangguan integritas kulit (D. 0129)

Tabel 2.3 Intervensi *pre operatif fraktur*

Tujuan	Intervensi
<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama diharapkan integritas kulit tidak mengalami kerusakan lebih jauh, dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Perfusi jaringan meningkat b. Elastisitas meningkat c. Nyeri yang dirasakan menurun d. Perdrahan menurun e. Kemerahan menurun <p><i>Hematoma</i> menurun</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (misal, perubahan nutrisi, penurunan mobilitas) 2. Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring 3. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering 4. Anjurkan menggunakan pelembab (misalnya, <i>lotion</i>, serum) 5. Anjurkan minum air yang cukup Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

<p>g. Pigmentasi abnormal menurun</p> <p>h. Nekrosisasi menurun</p>	<p>7. Kolaborasi pemberian antibiotik</p> <p>8. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim</p>
---	--

d. Gangguan mobilitas fisik (D.0054)

Tabel 2.4 Intervensi *pre operatif fraktur*

Tujuan	Intervensi
<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama diharapkan gangguan mobilitas fisik dapat teratasi, dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Pergerakan ekstremitas meningkat</p> <p>b. Kekuatan otot meningkat</p> <p>c. <i>Range Of Motion</i> (ROM) meningkat</p> <p>d. Nyeri menurun</p> <p>e. Kecemasan menurun</p> <p>f. Kaku sendi menurun</p> <p>g. Gerakan terbatas menurun Kelemahan fisik menurun</p>	<p>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulansi</p> <p>3. Fasilitasi aktivitas ambulansi dengan alat bantu (misalnya, tongkat, kruk)</p> <p>4. Fasilitasi klien melakukan mobilisasi</p> <p>5. Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan ambulansi</p> <p>Jelaskan tujuan dan prosedur ambulansi</p>

	<p>7. Anjurkan melakukan ambulasi dini Ajarkan ambulans sederhana yang harus dilakukan (misalnya, berjalan dari tempat tidur ke kursi roda)</p>
--	---

Post operatif fraktur

a. Nyeri Akut (D.0077)

Tabel 2.5 Intervensi *Post Operatif Fracture* Nyeri Akut

Tujuan	Intervensi
<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama Klien menyatakan nyeri hilang/berkurang, dengan kriteria hasil:</p> <p>a. Keluhan nyeri menurun</p> <p>b. Meringis menurun</p> <p>c. Sikap protektif menurun</p> <p>d. Gelisah menurun</p> <p>e. Kesulitan tidur menurun</p> <p>f. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 2. Identifikasi respon nyeri non verbal 3. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 4. Fasilitasi istirahat dan tidur 5. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 6. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 7. Ajarkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 8. Kolaborasi pemberian analgetik

b. Gangguan mobilitas fisik (D.0054)

Tabel 2.6 Intervensi *post operatif fraktur*

Tujuan	Intervensi
<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama diharapkan gangguan mobilitas fisik dapat teratasi, dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Pergerakan ekstremitas meningkat</p> <p>b. Kekuatan otot meningkat</p> <p>c. Rentang gerak (ROM) meningkat</p> <p>d. Nyeri menurun</p> <p>e. Kecemasan menurun</p> <p>f. Kaku sendi menurun</p> <p>g. Gerakan terbatas menurun Kelemahan fisik menurun</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulansi 3. Fasilitasi aktivitas ambulansi dengan alat bantu (misalnya, tongkat, kruk) 4. Fasilitasi klien melakukan mobilisasi 5. Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan ambulansi 6. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulansi 7. Anjurkan melakukan ambulansi dini 8. Ajarkan ambulansi sederhana harus dilakukan (misalnya, berjalan dari tempat tidur ke kursi roda)

c. Resiko infeksi (D. 0142)

Tabel 2.7 Intervensi *post operatif fraktur*

Tujuan	Intervensi
<p>Setelah diberikan tindakan asuhan keperawatan selama diharapkan klien dapat terhindar dari risiko infeksi, dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Demam menurun b. Nyeri menurun c. Kemerahan menurun d. Bengkak menurun e. <u>Cairan</u> berbau busuk menurun f. Kultur dara meningkat g. Kadar sel darah putih meningkat h. Kebersihan tangan meningkat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Berikan perawatan kulit pada area edema 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan klien 5. Pertahankan tehnik aseptik pada klien beresiko tinggi 6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 7. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 8. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan 9. Kolaborasi pemberian obat

d. Resiko cedera (D.0136)

Tabel 2.8 Intervensi *post operatif fraktur*

Tujuan	Intervensi
<p>Setelah diberikan tindakan asuhan keperawatan selama diharapkan klien dapat terhindar dari risiko cedera , dengan kriteria</p> <p>hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Toleransi aktivitas meningkat 2. Kejadian cedera menurun 3. Luka/lecet menurun 4. <i>Fracture</i> menurun 5. <i>Ekspresi</i> wajah kesakitan menurun 6. Gangguan mobilitas menurun 7. Tekanan darah membaik 8. Frekuensi nadi membaik 9. Frekuensi nafas membaik 10. Pola istirahat dan tidur membaik 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebutuhan keselamatan (misal, kondisi fisik, fungsi kognitif, dan riwayat perilaku) 2. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bahaya dan resiko 3. Sediakan alat bantu keamanan lingkungan (misal, <i>commode chair</i> dan pegangan tangan) 4. Gunakan perangkat pelindung (misal, pengekangan fisik, rel samping, pagar asur) 5. Diskusikan bersama anggota keluarga yang dapat mendampingi klien 6. Anjurkan berganti posisi secara perlahan 7. Ajarkan individu, keluarga dan kelompok tentang resiko tinggi bahaya

4. Implementasi

Tahap implementasi di mulai setelah rencana tindakan di susun dan di tujukan pada rencana strategi untuk membantu mencapai tujuan yang di harapkan. Oleh sebab itu, rencana tindakan yang spesifik di laksanakan untuk

memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan. Tujuan dari implementasi adalah membantu dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping. Setiadi dalam (Februanti, 2019). Menurut (Parellangi, 2018), perawat mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan dengan kriteria proses. Hal ini meliputi :

- a. Bekerja sama dengan klien dalam pelaksanaan tindakan keperawatan.
- b. Kolaborasi dengan tim kesehatan lain
- c. Melakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi kesehatan klien
- d. Memberikan pendidikan pada klien dan keluarga mengenai konsep, keterampilan asuhan diri serta membantu klien memodifikasi lingkungan yang digunakan
- e. Mengkaji ulang dan merevisi pelaksanaan tindakan keperawatan berdasarkan respons klien

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan suatu aktivitas tindakan perawat untuk mengetahui efektivitas tindakan yang telah dilakukan terhadap pasien. Evaluasi asuhan keperawatan merupakan fase akhir dari proses keperawatan terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Hal-hal yang dievaluasi adalah keakuratan, kelengkapan, kualitas data, teratasi atau tidaknya masalah klien, dan pencapaian tujuan serta ketepatan intervensi keperawatan. Perawat

mengevaluasi kemajuan klien terhadap tindakan keperawatan dalam bentuk pencapaian tujuan, dan merevisi data dasar dan perencanaan dengan kriteria proses meliputi:

- a. Menyusun perencanaan evaluasi hasil dari intervensi secara komprehensif, tepat waktu, dan terus menerus.
- b. Menggunakan data dasar dan respons klien dalam mengukur perkembangan ke arah pencapaian tujuan
- c. Memvalidasi dan menganalisis data baru dengan teman sejawat
- d. Bekerja sama dengan klien, keluarga untuk memodifikasi rencana asuhan keperawatan.
- e. Mendokumentasi hasil evaluasi dan memodifikasi perencanaan

Adapun macam-macam evaluasi antara lain:

- a. Evaluasi *formatif*, yaitu evaluasi yang merupakan hasil observasi dan analisa perawat terhadap respons klien segera pada saat dan setelah intervensi keperawatan dilaksanakan. Evaluasi ini dapat dilakukan secara spontan dan memberi kesan apa yang terjadi saat itu. Menurut (Februanti, 2019), perumusan evaluasi *formatif* ini meliputi 4 komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subjektif, objektif, analisis data dan perencanaan.
 - 1) S (subjektif) yaitu Data subjektif dari hasil keluhan klien, kecuali pada klien yang afasia.
 - 2) O (objektif) yaitu Data objektif dari hasil observasi yang

dilakukan oleh perawat.

- 3) A (analisis) yaitu Masalah dan diagnosis keperawatan klien yang dianalisis atau dikaji dari data subjektif dan data objektif.
- 4) P (perencanaan) yaitu Perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan klien.

b. Evaluasi somatif, yaitu evaluasi yang merupakan rekapitulasi dan kesimpulan dari observasi dan analisa status kesehatan klien sesuai dengan kerangka waktu yang telah ditetapkan pada tujuan keperawatan. Menurut (Februanti, 2019), evaluasi somatif merupakan evaluasi yang dilakukan setelah semua aktivitas proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi somatif ini bertujuan menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan. Ada 3 kemungkinan evaluasi yang terkait dengan pencapaian tujuan keperawatan, yaitu :

- 1) Tujuan tercapai atau masalah teratasi jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang telah ditentukan.
- 2) Tujuan tercapai sebagian atau masalah teratasi sebagian atau klien masih dalam proses pencapaian tujuan jika klien menunjukkan perubahan pada sebagian kriteria yang telah ditetapkan.

- 3) Tujuan tidak tercapai atau masih belum teratasi jika klien hanya menunjukkan sedikit perubahan dan tidak ada kemajuan sama sekali.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Pendekatan (Design penelitian)

Penelitian ini menggunakan jenis deskriptif dalam bentuk studi kasus untuk mengeksplorasi masalah Asuhan Keperawatan pada Klien dengan *Post Operatif Fraktur* di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan, pendekatan yang digunakan adalah pendekatan Asuhan Keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Pada prinsip penelitian studi kasus merupakan eksplorasi mendalam dari sistem terkait berdasarkan pengumpulan data yang luas investigasi kasus yang dapat didefinisikan sebagai suatu entitas atau obyek studi yang dibatasi, atau terpisah untuk penelitian dalam hal waktu tempat, atau batas fisik yang diselidiki secara mendalam (Muh, 2017)

B. Subyek penelitian

Subyek penelitian yang digunakan dalam proposal karya tulis ilmiah adalah penderita *post operatif fraktur* yang tinggal di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan yang akan dikelola secara rinci dan mendalam. Subyek penelitian yang akan dikelola berjumlah dua klien dengan kasus yang sama dan kriteria yang sesuai, adapun kriteria sampel dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Klien dengan *Post Operatif Fraktur*.
2. Klien dewasa dengan jenis kelamin laki-laki maupun perempuan.
3. Klien sadar penuh dengan tingkat kesadaran *Composmentis*.

C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)

Definisi Operasional dilakukan untuk membatasi ruang lingkup dan juga dapat mengarahkan kepada pengukuran atau pengamatan terhadap *variable* yang bersangkutan (Notoadmodjo, 2010).

Fraktur merupakan terputusnya kontinuitas tulang dan ditentukan sesuai jenis dan luasnya. *Fraktur* terjadi jika tulang dikenai stress yang lebih besar dari yang dapat diabsorpsinya. *Fraktur* dapat disebabkan oleh pukulan langsung, gaya meremuk, gerakan puntir mendadak, dan bahkan kontraksi otot ekstrem. Meskipun tulang patah, jaringan sekitarnya juga akan terpengaruh, mengakibatkan edema jaringan lunak, perdarahan ke otot dan 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.

Asuhan Keperawatan pada Klien *Post Operatif Fraktur* melalui dokumentasi proses keperawatan meliputi pengkajian, intervensi, implementasi dan evaluasi yang diberikan secara langsung kepada klien baik *fraktur* terbuka dan *fraktur* tertutup.

D. Lokasi dan Waktu Penelitian

Studi kasus ini dilakukan pada klien dengan perawatan *Post Operatif Fraktur* di ruang Anggrek Hitam RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. Waktu dilaksanakan sesuai dengan jadwal pada tahun 2021.

E. Teknik dan instrumen pengumpulan data

1. Teknik Pengumpulan data

a. Wawancara (hasil anamnesis berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang – dahulu – keluarga dll). Sumber data dari klien, keluarga, perawat lainnya)

- 1) Menanyakan identitas klien terdiri dari nama pasien, tanggal lahir, suku bangsa, agama, pendidikan, pekerjaan dan alamat.
- 2) Menanyakan riwayat penyakit sekarang terdiri dari keluhan utama, keluhan penyakit sekarang serta riwayat penyakit sekarang dan riwayat penyakit keluarga.
- 3) Menanyakan pengetahuan keluarga tentang penyakit yang di derita klien.
 - a) Observasi dan pemeriksaan fisik (dengan pendekatan 1: inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi/IPPA) pada sistem tubuh klien
 - b) *Study* dokumentasi dan angket (hasil dari pemeriksaan diagnostik dan kuesioner).
 - c) Dokumentasi asuhan keperawatan dilakukan setiap hari setelah melakukan Asuhan Keperawatan pada klien *Post*

Operatif Fraktur dan dilakukan dengan menggunakan format Asuhan Keperawatan Medikal Bedah.

2. Instrumen pengumpulan data

Alat atau instrumen pengumpulan data menggunakan format pengkajian Asuhan Keperawatan Medikal Bedah

F. Keabsahan data

Keabsahan data dimaksudkan untuk membuktikan kualitas data/informasi yang diperoleh dalam penelitian sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi. Disamping integritas peneliti (karena peneliti menjadi instrumen utama), keabsahan data dilakukan dengan memperpanjang waktu pengamatan / tindakan, sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi dari tiga sumber data utama yaitu klien, perawat dan keluarga yang berkaitan dengan masalah yang diteliti.

1. Data primer

Sumber data yang di kumpulkan dari klien yang dapat memberikan informasi yang lengkap tentang masalah kesehatan atau keperawatan yang di hadapi.

2. Data sekunder

Sumber data yang yang di kumpulkan dari orang terdekat klien (keluarga), seperti orang tua, saudara atau pihak lain yang mengerti tentang kesehatan klien dan dekat dengan klien.

3. Data tersier

Catatan klien (perawatan atau rekam medis klien) yang merupakan riwayat penyakit dan perawatan klien di masa lalu.

G. Analisis data

Analisis data dilakukan sejak penulisan di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Dalam tahap ini data diolah dan dianalisis dengan teknik-teknik tertentu (Notoadmodjo, 2010). Analisis data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan (Alimul Aziz, 2011).

Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban dari penelitian yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah penelitian. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan oleh peneliti dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini peneliti memaparkan hasil dan pembahasan kasus laporan dinas di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. Selanjutnya akan diuraikan hasil dan pembahasan mengenai data umum dan data khusus tentang asuhan keperawatan pada klien *post operatif fraktur* di ruangan anggrek hitam lantai 6 dan di ruangan flamboyan B di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

A. Hasil

1. Gambaran Lokasi Peneliti

Penelitian ini dilaksanakan di ruang Anggrek Hitam lantai 6 dan Flamboyan B tanggal 8 Juni 2021, kasus yang dirawat meliputi ruangan Flamboyan B meliputi kasus, (kmb) Gagal Ginjal Kronik, Penyakit Paru Obstruktif Kronis, Diabetes Mellitus, Efusi Pleura, Cholelithiasis, Laparatomy, *Fraktur*, CHF,CKR, Abses Hepar dan Batu Ureter. Kasus yang dirawat di ruangan Anggrek Hitam Lantai 6 meliputi kasus,(kmb, maternitas) Pnemonia, Colitis, Gagal Ginjal Kronik, Gangren, Hypoglikemi, Post Partum, Ca Mamae, Limfa Denopati.

2. Data Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian

Tabel 4.1 Hasil Anamnesis Klien dengan *Fraktur*

Identitas Klien	Klien 1	Klien 2
Nama	Ny. Y	Tn.P
Jenis kelamin	Perempuan	Laki - Laki
Umur	45 Tahun	19 Tahun
Status perkawinan	Menikah	Belum Menikah
Pekerjaan	Karyawan	Karyawan
Agama	Islam	Islam
Pendidikan terakhir	S1 Ekonomi	Sma
Alamat	Jl. Patimura Perumahan Batu Ampar	Jl.Syarifudin Yos Perumahan Balikpapan Regency Block C-2 Rt 40
Diagnosa Medis	<i>Post Operatif Orif Close Fraktur Fibula Sinistra</i>	<i>Post Operatif Orif Open Fraktur Metacarpal Digiti II Manus Sinistra Susp Trauma Vaskular Digiti II Manus Dextra Open Fraktur 1/3 Distal Radius Sinistra Vulnus Laserasi Genus Dextra</i>
Nomor Register	00586673	00834484
MRS/ Tanggal Pengkajian	4 Juni 2021 / 8 Juni 2021	28 Juni 2021 / 29 Juni 2021
Keluhan Utama	Nyeri pada kaki kiri	Nyeri tangan kanan dan kaki kanan

<p>Riwayat Penyakit Sekarang</p>	<p>Pasien mengatakan terjatuh dari tangga di tempat kerja sehingga terjadi fraktur di kaki kiri dan dibawa pertama kali di IRD dan langsung dilakukan operasi tanggal 6 juni 2021 setelah itu dibawa ke keruangan untuk perawatan, pasien mengatakan nyeri terasa kadang- kadang mendadak tidak bisa di prediksi pasien mengatakan kaki kiri terasa nyeri nyut – nyut, kebas dan kram, nyeri terasa di bagian kakikiri dari ujung telapak sampai mata kaki terasa kram, pasien mengatakan skala nyeri 9, pasien mengatakan nyeri terasa tiba- tiba ketika malam hari mengganggu tidur</p>	<p>Pasien dan keluarga mengatakan pertama kali kejadian setelah pulang kerja motor yang dibawa menabrak truk didepan perumahan puri residence sepinggan sekitar pukul jam 13.00 lalu dibawa ke IRD dan langsung operasi tanggal 28 juni 2021, keluarga mengatakan 8 jam lamanya operasi dan pasien langsung dibawa ke ruangan pasien mengatakan nyeri pada pergelangan kaki kanan nyeri terasa tiba-tiba dan jika digerakan terasa sakit, pasien mengatakan rasanya seperti di tusuk – tusuk dan tertimpa benda, pasien mengatakan nyeri terasa dari pergelangan kaki hingga bahu kanan, pasien mengatakan skala nyeri 7 dan pasien mengatakan nyeri jika digerakkan dan terdapat lukarobek sekitar 3 cm, luka robek di telunjuk sekitar 0,5 cm, luka ditelunjuk tangan kiri, luka robek di lutut kanan.</p>
<p>Riwayat Penyakit Dahulu</p>	<p>Klien mengatakan pernah dirawat di RS tahun 2014 transfusi darah, tidak ada riwayat penyakit kronik dan menular, tidak ada alergi, tidak ada riwayat operasi.</p>	<p>Klien tidak pernah dirawat dirumah sakit sebelumnya.</p>

Riwayat Penyakit Keluarga	Pasien mengatakan tidak ada di keluarga yang menderita penyakit keturunan seperti asma, diabetes melitus, jantung, hipertensi dan lain – lain.	Pasien mengatakan ada riwayat penyakit asma.
Psikososial	Klien dapat berkomunikasi dengan perawat maupun orang lain sangat baik dan lancar serta menjawab pertanyaan dengan yang diajukan oleh perawat. Ekspresi klien terhadap penyakitnya tidak terdapat gangguan. Reaksi saat berinteraksi klien dapat kooperatif dan tidak ada ganuan konsep diri	Klien dapat berkomunikasi dengan perawat maupun orang lain sangat baik dan lancar serta menjawab pertanyaan dengan yang diajukan oleh perawat. Ekspresi klien terhadap penyakitnya adalah menerima. Klien kooperatif saat interaksi, klien tidak mengalami gangguan konsep diri dilihat dari citra tubuh persepsi klien terhadap kondisi kaki dan tangan nya tidak masalah meskipun menggunakan elastis perban, dari perilaku klien hanya harus mengikuti anjuran dari dokter dan perawat dan klien ingin cepat sembuh.
Spritual	Sebelum sakit klien beribadahkadang- kadang setelah sakit ibadah klien tidak pernah	Selum sakit klien sering beribadah setelah sakit ibadah klien kadang – kadang

^ Berdasarkan tabel 4.1 ditemukan data dari identitas klien. Pada klien 1 bernama Ny. Y berusia 45 tahun, berjenis kelamin perempuan, masuk rumah sakit 6 juni 2021 dan dilakukan pengkajian pada tanggal 8 juni 2021 dengan diagnosa medis *Post Operatif Orif close fracture fibula sinistra*. Sedangkan pada klien 2 bernama Tn.P berusia 19 tahun, berjenis kelamin laki – laki, masuk

rumah sakit pada tanggal 28 Juni 2021 dan dilakukan pengkajian 29 Juni 2021 dengan diagnosa medis *Post Operatif Orif Open Fraktur Metacarpal Digiti II Manus Sinistra Susp Trauma Vaskular Digiti II Manus Dextra Open Fraktur 1/3 Distal Radius Sinistra Vulnus Laserasi Genus Dextra.*

Pada pengkajian riwayat kesehatan dalam keluhan utama pada klien 1 dan klien 2 ditemukan ada persamaan seperti nyeri pada daerah yang cedera. Pada riwayat kesehatan sekarang ditemukan data klien 1 pada tanggal 4 Juli 2021 mengalami jatuh dari tangga di tempat kerja. Sedangkan data klien 2 mengalami kecelakaan motor menabrak truk pada tanggal 28 Juni 2021. Data dari pengkajian data psikososial pada klien 1 ditemukan wajah pasien tampak tegang dan meringis dan klien 2 ditemukan meringis.

Tabel 4.2 Hasil Observasi dan Pemeriksaan Fisik pada Klien 1 dan 2 di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Pemeriksaan Fisik	Klien 1	Klien 2
1. Keadaan Umum	Sedang Terpasang IVFD di tangan kanan, terpasang elastis verban di kaki kiri	Sedang Terpasang IVFD di tangan kiri, terpasang elastis verban di tangan kanan dan balutan luka di kaki kanan
2. Kesadaran	Tingkat kesadaran compos mentis, Glasgow Coma Scale (GCS) E4M6V5	Tingkat kesadaran compos mentis, Glasgow Coma Scale (GCS) E4M6V5
3. Tanda – tanda vital	TD : 125/70 mmhg N : 105 x/i S : 36,5 °C RR : 20 x/m MAP : 89 mmhg	TD: 110/63 N : 113 x/i S : 36,5°C RR : 22 x/m MAP : 79 mmhg

4. Kenyamanan /Nyeri	<p>P : Nyeri terasa kadang tiba- tiba mendadak tidak bisa di prediksi Q : terasa nyut- nyut pedih dan terasa keram R : di kaki bagian fibula kiri dan ujung telapak sampai mata kaki keram S : skala nyeri 9 T : tiba – tiba malam hari sampai mengganggu tidur malam</p>	<p>P : nyeri terasa kadang tiba- tiba jika digerakan terasa sakit Q : seperti di tusuk – tusuk dan tertimba benda R : pergelangan kaki dan bahu kanan S : skala nyeri 7/10 T : jika digerakan</p>
5. Status fungsional / aktivitas dan mobilisasi barthel indeks.	<p>Klien mengatakan susah miring kanan kiri tetapi bisa duduk semua aktivitas dan kegiatan sehari –hari dibantu oleh suami Mengendalikan rangsangan defekasi (BAB) : 2 Mengendalikan rangsangan berkemih (BAK) : 1 Membersihkan diri (cuci muka,sisir rambut, sikat gigi) : 0 Pengunaan jamban, masukdan keluar (melepaskan, memakai celana, membersihkan, menyiram) : 0 Makan : 2 Berubah sikap dari berbaring ke duduk : 3 Berpindah/berjalan : 2 Memakai baju : 1 Naik turun tangga : 1 Mandi : 0 Total skor : 12 (ketergantungan ringan).</p>	<p>Klien mengatakan susah bergerak jika bergerak terasa nyeri Mengendalikan rangsangan defekasi (BAB) : 2 Mengendalikan rangsangan berkemih (BAK) : 1 Membersihkan diri (cuci muka, sisir rambut, sikat gigi) : 0 Penggunaan jamban, masuk dan keluar (melepaskan, memakai celana, membersihkan, menyiram) : 0 Makan : 1 Berubah sikap dari berbaring ke duduk : 0 Berpindah/ berjalan : 0 Memakai baju : 1 Naik turun tangga : 0 Mandi : 0 Total skor : 5 (ketergantungan berat)</p>
6. Pemeriksaan kepala a.Rambut	<p>Finger print di tengah frontal terdehidrasi, kuli kepala bersih, bentuk kepala oval, tidak ditemukan adanya penonjolan pada tulang kepala klien, penyebaran rambut merata, warna hitam, tidak mudah patah dan tidak bercabang, rambut terlihat cerah.</p>	<p>Finger print di tengah frontal terdehidrasi, kuli kepala bersih, bentuk kepala oval, tidak ditemukan adanya penonjolan pada tulang kepala klien, penyebaran rambut merata, warna hitam, tidak mudah patah dan tidak bercabang, rambut terlihat cerah.</p>
b.Mata	<p>Mata lengkap dan simetris kanan dan kiri, tidak ada pembengkakan pada kelopak mata, kornea mata jernih, konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, pupil isokor.</p>	<p>Mata lengkap dan simetris kanan dan kiri, tidak ada pembengkakan pada kelopak mata, kornea mata jernih,</p>

		konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, pupil isokor.
c. Hidung	Tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada secret atau sumbatan pada lubang hidung, mukosa merah muda, tidak ada masalah pada tulang hidung dan posisi septum nasi di tengah.	Tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada secret atau sumbatan pada lubang hidung, mukosa merah muda, tidak ada masalah pada tulang hidung dan posisi septum nasi di tengah.
d. Rongga Mulut	Tidak ada sianosis, tidak ada luka, gigi bolong bagian gigi geraham dua, mukosa bibir lembab, letak uvula simetris di tengah.	Tidak ada sianosis, tidak ada luka, gigi bolong bagian gigi geraham dua, mukosa bibir lembab, letak uvula simetris di tengah.
e. Telinga	Daun telinga simetris kanan dan kiri, ukuran sedang, kanalis telinga tidak kotor dan tidak ada benda asing, ketajaman pendengaran baik klien dapat mendengar suara gesekan jari.	Daun telinga simetris kanan dan kiri, ukuran sedang, kanalis telinga tidak kotor dan tidak ada benda asing, ketajaman pendengaran baik klien dapat mendengar suara gesekan jari.
7. Pemeriksaan Leher	Posisi trakea simetris di tengah, tidak ada pembesaran pada kelenjar tiroid dan kelenjar <i>lympe</i> , denyut nadi karotis teraba kuat.	Posisi trakea simetris di tengah, tidak ada pembesaran pada kelenjar tiroid dan kelenjar <i>lympe</i> , denyut nadi karotis teraba kuat.
8. Pemeriksaan Thorak: Sistem pernafasan	Bentuk thorak simetris (normal <i>chest</i>), pola pernafasan normal dan teratur dengan frekuensi pernafasan 20 x/menit, tidak terdapat penggunaan otot bantu pernafasan cuping hidung. Pada pemeriksaan <i>vocal premitus</i> getaran paru kanan dan kiri teraba sama kuat, suara perkusi sonor, suara nafas vesukuler, tidak ada suara nafas tambahan.	Bentuk thorak simetris (normal <i>chest</i>), pola pernafasan normal dan teratur dengan frekuensi pernafasan 22 x/menit, tidak terdapat penggunaan otot bantu pernafasan cuping hidung. Pada pemeriksaan <i>vocal premitus</i> getaran paru

		kanan dan kiri teraba sama kuat, suara perkusi sonor, suara nafas vesukuler, tidak ada suara nafas tambahan.
9. Pemeriksaan Jantung : Sistem kardiovaskuler	Tidak ada nyeri dada, CRT <3 detik. Ictus cordis tidak terlihat, ictus cordis teraba di ICS V linea midclavicula kiri, basic jantung terletak di ICS III sterna kanan dan ICS III sterna kiri suara perkusi redup, pinggang jantung terletak di ICS III sampai V sterna kanan suara perkusi redup, apeks jantung terletak di ICS V midclavicula kiri suara perkusi redup. Bunyi jantung I terdengar lup dan bunyi jantung II terdengar dup. tidak ada bunyi tambahan.	Tidak ada nyeri dada, CRT <3 detik. Ictus cordis tidak terlihat, ictus cordis teraba di ICS V linea midclavicula kiri, basic jantung terletak di ICS III sterna kanan dan ICS III sterna kiri suara perkusi redup, pinggang jantung terletak di ICS III sampai V sterna kanan suara perkusi redup, apeks jantung terletak di ICS V midclavicula kiri suara perkusi redup. Bunyi jantung I terdengar lup dan bunyi jantung II terdengar dup. tidak ada bunyi tambahan.
10. Pemeriksaan Sistem Syaraf	tidurnya karena nyeri tiba-tiba Pemeriksaan saraf kranial : N1 (<i>nervus olfaktorius</i>) klien mampu membedakan bau N2 (<i>nervus optikus</i>) klien mampu melihat N3 (<i>nervus okulomotorius</i>) klien dapat mengangkat kelopak mata N4 (<i>nervus troklearis</i>) klien dapat menggerakkan bola mata ke bawah N5 (<i>nervus trigeminalis</i>) klien mampu mengunyah N6 (<i>nervus abduksi</i>) klien mampu menggerakkan mata kesamping N7 (<i>nervus fasialis</i>) klien mampu menggerakkan alis mata dan tersenyum N8 (<i>nervus vestibulokoklearis</i>) klien mampu mendengar dengan baik N9 (<i>nervus glossofaringeus</i>) klien mampu membedakan asam dan manis	istirahat 8-10 jam/ hari. Selama sakit kadang terbangun dari tidurnya karena nyeri tiba-tiba Pemeriksaan saraf kranial : N1 (<i>nervus olfaktorius</i>) klien mampu membedakan bau N2 (<i>nervus optikus</i>) klien mampu melihat N3 (<i>nervus okulomotorius</i>) klien dapat mengangkat kelopak mata N4 (<i>nervus troklearis</i>) klien dapat menggerakkan bola mata ke bawah N5 (<i>nervus trigeminalis</i>) klien mampu mengunyah N6 (<i>nervus abduksi</i>) klien mampu menggerakkan mata kesamping

	<p>N10 (<i>nervus vagus</i>) klien mampu menelan</p> <p>N11 (<i>nervus aksesorius</i>) klien mampu menggerakkan bahu dan melawan tekanan</p> <p>N12 (<i>nervus hipoglesus</i>) klien mampu menjulurkan lidah dan menggerakkan lidah ke berbagai arah.</p>	<p>N7 (<i>nervus fasialis</i>) klien mampu menggerakkan alis mata dan tersenyum</p> <p>N8 (<i>nervus vestibulokoklearis</i>) klien mampu mendengar dengan baik</p> <p>N9 (<i>nervus glossofarineus</i>) klien mampu membedakan asam dan manis</p> <p>N10 (<i>nervus vagus</i>) klien mampu menelan</p> <p>N11 (<i>nervus aksesorius</i>) klien mampu menggerakkan bahu dan melawan tekanan</p> <p>N12 (<i>nervus hipoglesus</i>) klien mampu menjulurkan lidah dan menggerakkan lidah ke berbagai arah.</p>												
11. Sistem Perkemihan	<p>Kebersihan bersih kemampuan berkemih secara spontan produksi urine 1000 ml/hari warna kuning bau amoniak tidak ada pembesaran kandung kemih, tidak ada nyeri tekan.</p>	<p>Kebersihan bersih kemampuan berkemih secara spontan produksi urine 1000 ml/hari warna kuning bau amoniak tidak ada pembesaran kandung kemih, tidak ada nyeri tekan.</p>												
12. Sistem <i>Musculoskeletal</i> dan Integumen	<p>Pergerakan sendi terbatas</p> <p>Kekuatan otot</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">5</td> <td style="padding: 0 10px;">5</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">5</td> <td style="padding: 0 10px;">4</td> </tr> </table> <p>Tidak ada kelainan ekstremitas, tidak ada kelainan tulang belakang <i>post operatif orif fibula sinistra</i> hari ke-1 turgor kulit baik, terdapat luka 3 jahitan warna kulit sekitar luka merah muda pucat tidak ada edema, klien tidak bisa menggerakkan jari kaki kiri dan terasa kebas penilaian risiko dekubitus 20</p>	5	5			5	4	<p>Pergerakan sendi terbatas kekuatan otot</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">3</td> <td style="padding: 0 10px;">5</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">3</td> <td style="padding: 0 10px;">5</td> </tr> </table> <p>Tidak ada kelainan ekstremitas, tidak ada kelainan tulang belakang terpasang spalk, <i>post operatif orif open fracture metacarpal digiti II manus sinistra susp trauma vaskuler digiti</i></p>	3	5			3	5
5	5													
5	4													
3	5													
3	5													

	kategori resiko tinggi	<i>II manus dextra open fracture 1/3 distal radius sinistra vulnus laserasi genus dextra</i> hari ke-1 turgor kulit baik, terdapat luka 3 cm dan 0,5 cm warna sekitar luka merah tidak ada edema, klien tidak bisa menggerakkan tangan kanan pebilaiian resiko decubitus 19 kategori resiko tinggi.
13. Sistem Endokrin	Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid getah bening dan trias DM	Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid getah bening dan trias DM
14. Seksualitas dan Reproduksi a. Payudara b. Genetalia	Bentuk payudara simetris kanan dan kiri warna aerola kehitaman, tidak ada benjolan pada <i>axilla</i> dan <i>clavicula</i> Genetalia klien normal, tidak ada luka.	Tidak ada payudara Genetalia klien normal tidak ada luka.
15. Keamanan Lingkungan	Penilaian risiko pasien jatuh dengan skala morse Riwayat jatuh yang baru atau 3 bulan terakhir iya (25), diagnosa sekunder lebih dari 1 diagnosa tidak (0), menggunakan alat bantu kruk, tongkat, walker (15), menggunakan IV dan cateter iya (20), kemampuan berjalan mengalami gangguan (pincang/diseret) (20), status mental dalam keadaan normal (0) total skor 80 Kategori : risiko	Penilaian risiko pasien jatuh dengan skala morse Riwayat jatuh yang baru atau 3 bulan terakhir : 25 Diagnosa sekunder lebih dari 1 diagnos: 15 Menggunakan alatbantu : 15m Menggunakan n IV dan cateter : 20 Kemampuan berjalan : 20 Status mental : 0 Total skor : 95 Kategori : resiko
16. Personal Hygiene	Mandi 1 x/hari, tidak ada keramas, tidak ada memotong kuku, ganti pakaian 2 x/hari dan sikat gigi 1 x/hari.	Belum ada mandi, tidak ada , tidak ada memotong kuku, belum ada mengganti pakaian dan sikat gigi

Berdasarkan tabel 4.2 ditemukan data dari pemeriksaan kenyamanan dan nyeri pada klien 1 didapatkan nyeri pada kaki kiri dan terasa kebas yang hilang timbul nyeri ada kaki kiri yang patah, skala nyeri 9 nyeri terasa ketika di gerakan dan tiba – tiba hilang timbul pemeriksaan status fungsional dan aktivitas dan mobilisasi *barthel indeks* pada klien 1 total skornya adalah 12 (ketergantungan ringan) pemeriksaan *muskuloskeletal* dan *integument* pada klien 1 pemeriksaan tangan kanan, tangan kiri dan kaki kanan didapatkan kekuatan otot 5, sedangkan pada kaki kiri didapatkan kekuatan otot 4 terpasang elastis perban pada kaki kiri.

Pemeriksaan keamanan lingkungan pada klien 1 dengan skala morse didapatkan total skor yaitu 80 (risiko), pengkajian personal hygiene dan kebiasaan pada klien 1 tidak ditemukan masalah selama di rumah sakit. Personal hygiene pada klien 1, saat di rumah sakit klien di seka keluarganya sebanyak 1 kali sehari. Sedangkan pada klien 2 didapatkan nyeri pada tangan kanan dan kaki kanan seperti tertusuk –tusuk dan ketimba benda, skala nyeri 7 nyeri terasa ketika digerakan pemeriksaan status fungsional dan aktivitas dan mobilisasi *barthel indeks* pada klien 2 total skornya adalah 5 (ketergantungan berat)

pemeriksaan *muskuloskeletal* dan *integument* pada klien 2 pemeriksaan tangan kiri dan kaki kiri didapatkan kekuatan otot 5, sedangkan pada kaki kanan dan tangan kanan didapka kekuatan otot 3 terpasang elastis perban di tangan kanan dan balutan luka di kaki kanan. Pemerisaan keamanan lingkungan pada klien 2 dengan skala morse didapatkan skor yaitu 95 (risiko).

Tabel 4.3 Hasil pemeriksaan penunjang pada klien 1 dan klien 2 di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Pemeriksaan Penunjang	Klien 1	Klien 2
Laboratorium	Pada tanggal 3 juni 2021 Hemoglobin 12,8 Leukosit 2,53 Eritrosit 4,50 Hematokrit 28,9 Trombosit 205	Pada tanggal 28 juni 2021 Hemoglobin 14,7 Leukosit 15,52 Eritrosit 5,22 Trombosit 305
Laboratorium	Pada tanggal 4 juni 2021 Masa perdarahan 6,0 Masa pembekuan 9,0 Hbsag non reaktif	Pada tanggal 28 juni 2021 Hbsag non reaktif
Rontgen	Pada tanggal 5 juni 2021 Pada hasil pemeriksaan ditemukan <i>close fracture fibula sinistra</i> setengah distal	Pada tanggal 28 juni 2021 pada hasil pemeriksaan ditemukan <i>Open Fraktur Metacarpal Digiti II Manus Sinistra Susp Trauma Vaskular Digiti II Manus Dextra Open Fraktur 1/3 Distal Radius Sinistra Vulnus Laserasi Genus Dextra</i>
EKG	Pada tanggal 5 juni 2021 pada hasil pemeriksaan ditemukan sinus rytme	Tidak ada
USG	Tidak ada	Tidak ada
Lain –lain	Tidak ada	Tidak ada

Berdasarkan tabel 4.3 ditemukan data dari pemeriksaan penunjang pada klien 1 didapatkan nilai hemoglobin yaitu 12,8 dan nilai hematokrit rendah 28,9 % . hasil pemeriksaan rongen pada klien 1 didapatkan *Post Operatif Orif close*

fraktur fibula sinistra setengah distal sedangkan pada klien 2 di temukan *Post Operatif Orif Open Fraktur Metacarpal Digiti II Manus Sinistra Susp Trauma Vaskular Digiti II Manus Dextra Open Fraktur 1/3 Distal Radius Sinistra Vulnus Laserasi Genus Dextra.*

Tabel 4.4 Hasil penatalaksanaan terapi pada klien 1 dan klien 2 di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Klien 1	Klien 2
1. IVFD (laktat ringer 500 ml 2x1) 2. Analgesik (omeprazole 40 mg/ 10 ml injeksi 2x1) 3. Antiemetik (ondansentron 4 mg/2 ml injeksi 3x1) 4. Analgesik (tramadol 100 mg injeksi 3x1) 5. Antiinflamasi nonsteroid (dexketoprofen 25 mg 3x1)	1. IVFD (Laktat ringer 500 ml 2x1) 2. Antibiotik (cefotaxime 1 gr injeksi 2x1) 3. Antiinflamasi nonsteroid (ketrolak 30 mg injeksi 3x1) 4. Analgesik (kerombin 30 gr injeksi 2x1)

Berdasarkan tabel 4.4 ditemukan data penatalaksanaan terapi pemberian obat pada klien 1 yaitu laktat ringer, omeprazole, ondansentron, tramadol, dexketoprofen. Sedangkan pada klien 2 yaitu laktat ringer, sefotaxime, ketrolak, kerombin.

Tabel 4.5 Analisa data klien 1 (Ny. Y) dengan *Post operatif Orif*
fraktur fibula sinistra di ruangan Anggrek Hitam Lantai 6 RSUD dr. Kanujoso

Djatieibowo Balikpapan

No	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
1.	<p>Data subjektif :</p> <p>a. Klien mengatakan nyeri pada kaki kiri dan terasa kebas skala nyeri 9 dan nyeri yang dirasakan hilang timbul jika malam kadang terbangun karena nyeri</p> <p>Data objektif :</p> <p>a. wajah klien tampak tengang dan meringis</p> <p>b. terpasang elastis perban di kaki kiri terpasang IV line</p>	<p>Agen pencedera fisik</p>	<p>(D.0077) Nyeri akut</p>
2.	<p>Data subjektif :</p> <p>a. klien mengatakan sulit bergerak karena kakinya fraktur</p> <p>b. klien mengatakan tidak bisa beraktivitas seperti biasanya karena fraktur tersebut</p> <p>c. klien mengatakan semua kegiatan sehari –hari diabntu oleh suami</p> <p>Data objektif :</p> <p>a. klien menderita fraktur pada kaki kiri</p> <p>b. aktivitas klien terlihat dibantu oleh suami</p> <p>c. klien terlihat sulit membolak balikan posisi</p> <p>d. kekuatan otot kaki kiri 4 selain itu 5</p> <p>e. terpasang balutan perban pada kaki kiri</p>	<p>Gangguan Muskuloskeletal</p>	<p>(D.0054) Gangguan Mobilitas Fisik</p>

3.	Data subjektif : - Data objektif a. terpasang IVFD di tangan kanan b. total skor resiko jatuh dalam skala morse 80 (resiko) c. pergerakan sendi terbatas d. 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;">4</td> </tr> </table>	5	5	5	4	Kondisi pasca operasi	(D.0143) Resiko jatuh
5	5						
5	4						
4.	Data subjektif : - Data objektif : a. terdapat 3 jahitan b. luka luas 15 cm c. warna sekitar merah muda pucat tidak adanya edema	Efek prosedur invasif	(D. 0142) Resiko infeksi				

Tabel 4.6 Analisa data klien 2 (Tn. P) dengan *post operatif Orif Open Fraktur Metacarpal Digiti II Manus Sinistra Susp Trauma Vaskular Digiti II Manus Dextra Open Fraktur 1/3 Distal Radius Sinistra Vulnus Laserasi Genus Dextra*. Di ruangan Flamboyan B RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo

No	Data	Etiologi	Masalah keperawatan
1.	Data subjektif : a) pasien mengatakan nyeri pada pergelangan kaki kanan dan bahu kanan sampai dengan jari tangan kanan b) pasien mengatakan nyeri jika bergerak dan terasa seperti ditusuk –tusuk dan tertimpa benda c) pasien mengatakan skala nyeri 7/10 Data objektif : a) KU sedang b) kes <i>compos mentis</i>	Agen pencedera fisik	(D.0077) Nyeri akut

	<p>c) ekspresi wajah sesekali meringis menahan nyeri</p> <p>d) klien tampak lemah</p> <p>e)TTV</p> <p>TD : 110/63</p> <p>mmhg</p> <p>N : 113 x/i S : 36,5°c</p> <p>RR : 22 x/m</p>						
2.	<p>Subjektif : (tidak tersedia)</p> <p>Objektif :</p> <p>a) Terdapat luka jahitan operasi di kaki kanan dan lutut Kanan tidak ada rasa panas,dan pembengkakan,terdapat sedikit kemerahan di area luka operasi</p> <p>b) Klien tampak sesekali meringis</p>	Prosedur invasive	(D.0129)ganguan intergitas kulit/ jaringan				
3.	<p>Subjektif :</p> <p>a) Klien mengatakan kaki kanan dan tangan kanan belum bisa di gerakan tapi masih bisa merasakan sentuhan di jari – jari kaki dan tangan</p> <p>a) Klien mengatakan belum bisa bergerak jika bergerak terasa sakit</p> <p>Objektif :</p> <p>a)kekuatan otot</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">3</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">3</td> <td style="padding: 5px;">5</td> </tr> </table> <p>b) Total skor pada mobilisasi <i>barthel indeks</i> : 5 (ketergantungan berat)</p> <p>c) Pergerakan sendi terbatas</p>	3	5	3	5	Gangguan muskuloskeletal	(D.0054) Gangguan Mobilitas Fisik
3	5						
3	5						
4.	<p>Subjektif :</p> <p>-</p> <p>Objektif :</p> <p>a)Terpasang IVFD</p>	Kondisi pasca operasi	(D.0143) Resiko Jatuh				

	ditangan kiri b) Total skor resiko jatuh : 95 (resiko) c) Pergerakan sendi terbatas d) Kekuatan otot tangan dan kaki kanan 3 sedangkan kaki dan tangan kiri 5		
5.	Data subjektif : - Data objektive : a. Terdapat luka 3 cm dan 0,5 cm b. Warna sekitar luka merah Tidak ada edema Hasil penilaian resiko decubitus 19 kategori resiko tinggi	Efek prosedur invasif	(D.0142) resiko infeksi

b. Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.7 Diagnosa Keperawatan pada klien 1 dan klien 2 dengan *Post Operatif* Orif fraktur di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

No	Klien 1		Klien 2	
	Hari/ Ditemukan	Tanggal Diagnosa keperawatan	Hari/ Tanggal ditemukan	Diagnosa keperawatan
<i>Post op</i>				
1.	Selasa, 8 juni 2021	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (mis prosedur operasi) dibuktikan dengan bersikap protektif (mis. Waspada).	Selasa, 29 juni 2021	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (mis. Prosedur operasi) dibuktikan dengan tampak meringis
2.	Selasa, 8 juni 2021	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal nyeri dibuktikan dengan rentang gerak (ROM)	Selasa, 29 juni 2021	Gangguan integritas kulit/jaringan dibuktikan dengan penurunan mobilitas dibuktikan dengan nyeri

		menurun.		
3.	Selasa, 8 juni 2021	Resiko jatuh dibuktikan dengan kondisi pasca operasi	Selasa, 29 juni 2021	Gangguan mobilita fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal di buktikan dengan kekuatan otot menurun
4.	Selasa, 8 juni 2021	Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif	Selasa, 29 juni 2021	Resiko jath dibuktikan dengan kondisi pasca operasi
5.			Selasa, 29 juni 2021	Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedure invasif

Berdasarkan tabel 4.7 setelah melakukan pengkajian dan menganalisis data pada klien 1 dan 2, ditemukan diagnosa keperawatan post operatif fraktur yang muncul pada tanggal 8 juni 2021. Pada klien 1 muncul 3 diagnosa keperawatan, sedangkan pada klien 2 ditemukan 4 diagnosa keperawatan.

c. Perencanaan

Tabel 4.8 perencanaan pada klien 1 dan klien 2 dengan *post operatif Orif fraktur* di RSUD dr.Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Hari/ Tanggal	Dx Keperawatan	Tujuan kriteria dan hasil	Perencanaan
Klien 1 <i>Post operatif</i>			
Selasa, 8 juni 2021	Nyeri akut berhubungan dengan agen Pencedera fisik (mis prosedur operasi) dibuktikan dengan bersikap protektif(mis waspada) (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam nyeri akut dapat teratasi dengan kriteria hasil : a. Keluhan nyeri menurun b. Meringis menurun c. Sikap protektif menurun d. Gelisah menurun Kesulitan tidur menurun (L.08066)	Manajemen nyeri (I.08283) Observasi 1.1 identifikasi lokasi karakteristik dan durasi 1.2 identifikasi skala nyeri 1.3 identifikasi respon nyeri non verbal Terapeutik 1.4 berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 1.5 kontrol lingkungan yang

			<p>mempengaruhi rasa nyeri</p> <p>1.6 jelaskan penyebab, periode</p> <p>1.7 kolaborasi pemberian analgetik jika perlu.</p> <p>Edukasi</p> <p>Ajarkan teknik non farmakologis</p>
Selasa, 8 juni 2021	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal nyeri di buktikan dengan rentang gerak (ROM) menurun (D.0054)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam gangguan mobilitas dapat teratasi dengan kriteria hasil : a. pergerakan ekstremitas meningkat b. kekuatan otot meningkat rentang gerak meningkat (L.05042)	<p>Dukungan mobilisasi (I.05173) Observasi</p> <p>2.1 identifikasi kemampuan klien dalam mobilisasi</p> <p>2.2 monitor ttv Terapeutik</p> <p>2.3 Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>Edukasi</p> <p>2.4 Anjurkan melakukan mobilisasi dini ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis duduk,tempat tidur pindah dari tempat tidur pindah dari tempat tidur ke kursi)</p>

<p>Selasa, 8 juni 2021</p>	<p>Resiko jatuh dibuktikan dengan tindakan prosedur operasi (D.0143)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam resiko jatuh dapat teratasi dengan kriteria hasil : a. Perilaku pencegahan jatuh : tindakan individu dan pemberi asuhan untuk meminimalkan factor resiko yang dapat memicu jatuh b. Kejadian jatuh tidak ada c. Pemahaman pencegahan jatuh (L.14138)</p>	<p>Pencegahan jatuh (I.14540) Observasi 3.1 identifikasi faktor resiko jatuh 3.2 hitung resiko jatuh dengan menggunakan skala (mis. Fall morse scale) Terapeutik 3.3 pasang handrall tempat tidur 3.4 atur tempat tidur mekanis posisi rendah Edukasi 3.5 anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah.</p>
<p>Selasa, 8 juni 2021</p>	<p>Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif (D.0142)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam resiko infeksi dapat teratasi dengan kriteria hasil: a. Demam menurun b. Kemerehan menurun c. Nyeri</p>	<p>Observasi (I.14539) 4.1 Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik 4.2 batasi jumlah pengunjung</p>

		menurun d. Bengkak menurun (L.14137)	4.3 berikan perawatan kulit pada area edema Edukasi 4.4 jelaskan tanda dan gejala infeksi 4.5 ajarkan cara mencuci tangan dengan benar Kolaborasi 4.6 kolaborasi pemberian imunisasi jika perlu
klien 2 Post operatif			
Selasa, 29 juni 2021	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (mis. Prosedur operasi) dibuktikan dengan (mis.waspada) (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam nyeri akut dapat teratasi dengan kriteria hasil : a. Keluhan nyeri menurun b. Meringis menurun c. Sikap protektif menurun d. Gelisah menurun e. Kesulitan tidur menurun (L.08066)	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi 1.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri 1.2 Identifikasi nyeri 1.3 Identifikasi respon nyeri non verbal Terapeutik 1.4 berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 1.5 kontrol lingkungan yang pembeda rasa nyeri 1.6 fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 1.7 jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri

			<p>1.8 jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>1.9 anjurkan memonitor nyeri secara mandiri Kolaborasi</p> <p>1.10 kolaborasi pemberian analgesik jika perlu</p>
Selasa, 29 juni 2021	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal dibuktikan dengan kekuatan otot menurun (D.0054)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam gangguan mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil : a. Pergerakan ekstremitas meningkat b. Kekuatan otot meningkat c. Rentang gerak meningkat (L.05042)	<p>Dukungan mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi</p> <p>2.1 identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>2.2 identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>2.3 monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi Terapeutik</p> <p>2.4 fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu</p> <p>2.5 fasilitasi melakukan pergerakan jika perlu Edukasi</p> <p>2.6 jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>2.7 anjurkan melakukan mobilisasi dini</p>
Selasa, 29 juni 2021	Gangguan integritas kulit/jaringan dibuktikan dengan penurunan mobilitas dibuktikan dengan nyeri (D.0129)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam gangguan integritas kulit dapat teratasi dengan kriteria hasil : a. elastisitas meningkat b. hidrasi meningkat	<p>Observasi</p> <p>3.1 identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi)</p> <p>Terapeutik</p> <p>3.2 ubah posisi tiap 2jam jika tirah baring</p>

		<p>c. perfusi jaringan meningkat</p> <p>d. kerusakan jaringan membaik</p> <p>e. kerusakan lapisan kulit menurun (L.14125)</p>	<p>3.3 lakukan pemijatan pada area penonjolan jika perlu</p> <p>3.4 bersihkan penonjolan dengan air hangat terutama selama periode Edukasi</p> <p>3.5 anjurkan menggunakan pelembab (mis. Lotion, serum)</p> <p>3.6 anjurkan minum air yang cukup</p> <p>3.7 anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p>
Selasa, 29 juni 2021	Resiko jatuh dibuktikan dengan kondisi pasca jatuh (D.0143)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam resiko jatuh dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <p>a. jatuh dari tempat tidur menurun</p> <p>b. jatuh saat berdiri menurun</p> <p>c. jatuh saat duduk menurun</p> <p>jatuh saat berjalan menurun (L.14138)</p>	<p>Pencegahan jatuh (I.14540)</p> <p>Observasi</p> <p>4.7 identifikasi faktor resiko jatuh</p> <p>4.8 hitung resiko jatuh dengan menggunakan skala (mis fall morse scale)</p> <p>Terapeutik</p> <p>4.9 orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga</p> <p>4.10 pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci</p> <p>Edukasi</p> <p>4.11 anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan</p>

			<p>untuk berpindah</p> <p>4.12 anjuran menggunakan alas kaki yang tidak licin</p>
Selasa, 29 juni 2021	Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif (D.0142)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam resiko infeksi dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <p>e. Demam menurun</p> <p>f. Kemerehan menurun</p> <p>g. Nyeri menurun</p> <p>h. Bengkak menurun (L.14137)</p>	<p>Observasi (I.14539)</p> <p>4.13 monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>Terapeutik</p> <p>4.14 batasi jumlah pengunjung</p> <p>4.15 berikan perawatan kulit pada area edema</p> <p>Edukasi</p> <p>4.16 jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>4.17 ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</p> <p>Kolaborasi</p> <p>4.18 kolaborasi pemberian imunisasi jika perlu</p>

Berdasarkan tabel 4.8 setelah membuat perencanaan tindakan asuhan keperawatan sesuai dengan masing –masing diagnosa yang ditemukan pada

klien1 dan klien 2, selanjutnya peneliti akan melakukan pelaksanaan tindakan keperawatan pada klien 1 dan klien 2

d. Pelaksanaan

Tabel 4.9 Implementasi keperawatan klien 1 dengan *post operatif fracture* di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Waktu pelaksanaan	Tindakan keperawatan	Evaluasi
Selasa, 8 juni 2021	1.1 Melakukan pengkajian	<p>Subjektive:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien mengatakan nyeri dengan skala 9 dari 10 2) Pasien mengatakan nyeri terasa seperti kebas di bagian kaki 3) Pasien mengatakan jika tidur malam susah tidur karena nyeri tiba – tiba 4) Pasien mengatakan kebutuhandan keinginan aktivitas sehari – hari dibantu oleh suami <p>Objektive:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien tampak meringis dan tegang 2) Terpasang IV line RI 500 ml <p>Asessment :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Nyeri akut 2) Ganguan mobilitas fisik 3) Resiko jatuh Planning <p>:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Lanjutkan intervensi

	1.2 berikan teknik non Farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	DS : pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang setelah dilakukan teknik nafas dalam DO: pasien tampak rileks
	1.3 monitor tanda – tanda vital	DS: pasien mengatakan nyeri di kaki kiri DO : ku sedang kes cm akral hangat td : 127/73 mmhg, hr : 76x/i, rr : 20 x/ m, t : 36,5°c terpasang IV line RL drip tramadol 1 ampul, kaki terbalut kasa tidak ada rembesan
	1.4 identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	DS : pasien mengatakan kalau malam masih susah tidur terbangun karena nyeri, semua aktivitas dibantu suami DO : pasien tampak rileks Ku sedang kes cm
	1.5 memberikan perawatan kulit pada area edema	DS : pasien mengatakan nyeri pada saat di ganti balutan luka DO :pasien tampak meringis
14.00	Visite keperawatan	Subjektive : 1) Pasien mengatakan nyeri kaki kiri Objektive 1) Ku sedang 2) Akral hangat 3) Nadi kuat 4) Td : 130/78 mmhg, hr : 76 x/I, t : 36,5°c, rr : 20 x/m 5) Terpasang IV line RL drip tramadol 1 ampul kaki terbalut kasa tidak ada rembesan Assesment : 1) Nyeri akut Gangguan mobilitas fisik

		3) Resiko jatuh Planing : Lanjutkan intervensi
	1.5 mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi	DS : pasien mengatakan aktivitas tidak sama seperti sebelum sakit, selama sakit di bantu oleh suami DO : pasien tampak lebih rileks
18.00	1.6 Memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu	DS : pasien mengatakan dengan adanya kursiroda/kruk lebih membantu DO : ku sedang kes cm td : 128/70 mmhg, hr : 98x/i, spo2 : 98 %, rr : 20 x/m, t : 36,6°c
	1.7 Melakukan kolaborasi pemberian analgetik	DS : pasien mengatakan nyeri berkurang DO: ku sedang kes cm pasien tampak rileks
Rabu, 9 juni 2021	2.1 Mengganti balutan luka pada fraktur	DS : pasien mengatakan terasa kebas dan nyeri DO : luka tampak baik, ku sedang
	2.2 Mengidentifikasi lokasi	DS : pasien mengatkan nyeri 6/10 DO : ku sedang pasien tampak sedikit menanggis
	2.3 memonitor tanda – tanda vital	DS : pasien mengatakan masih nyeri dikaki kiri DO : pasien tampak meringis td : 136/92 mmhg, hr : 75 x/I, rr : 21 x/m,t : 36,0°c, BAB 1x dan BAK 2x
	2.4 melakukan kolaborasi pemberian analgetik	DS : pasien mengatakan sedikit nyeri DO : pasien tampak sedikit meringis

14.00	2.5 visite keperawatan	Subjektive : 1) Pasien mengatakan masih nyeri 6/10 Objektive : 1) Ku sedang 2) Kes cm 3) Akral hangat 4) Nadi kuat 5) Td : 136/91 mmhg, hr : 75 x/i, rr : 21 x/m 6) Terpasang penflon 7) BAB 1x 8) BAK 2x Assesment : 1) Nyeri akut 2) Resiko jatuh Planing : Lanjutkan intervensi
	2.6 mengidentifikasi kebutuhan keselamatan	DS : pasien mengatakan sedikit – sedikit kegiatan di bantu suami dan susah menggerakkan kaki DO : pasien tampak sedikit meringis
	2.7 mengidentifikasi respon nyeri non verbal	DS : pasien mengatakan masih nyeri sedikit kadang – kadang DO : pasien tampak sedikit meringis
18.00	3.1 memonitor perubahan status keselamatan lingkungan	DS : pasien mengatakan kaki kiri tidak bisa bergerak DO : pasien tampak rileks sedikit meringis
	3.2 menyediakan alat bantu kursi roda terhadap keamanan lingkungan	DS : pasien mengatakan merasa terbantu dengan adanya alat bantu DO : pasien tampak rileks sedikit meringis
	3.3 memberikan teknik non farmakologis	DS : pasien mengatakan lebih enakan setelah teknik nafas dalam DO : pasien tampak lebih rileks

	3.4 menjelaskan tanda dan gejala infeksi	DS : pasien mengatakan paham dengan apa yang dijelaskan DO : pasien tampak rileks ku sedang kes cm
Kamis, 10 juni 2021	3.5 mengidentifikasi lokasi, karakteristik durasi	DS : pasien mengatakan masih nyeri sedikit di kaki kiri DO : skala nyeri 5/10, pasien tampak rileks sedikit
	3.6 mengajarkan individu, keluarga terhadap resiko tinggi cedera	DS : pasien mengatakan paham dengan apa yang di jelaskan tentang resiko cedera DO : pasien tampak rileks sedikit
	3.7 Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	DS : pasien mengatakan enak DO: pasien tampak rileks
	3.8 memberikan perawatan kulit pada area edema	DS : pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang ketika di bersihkan DO : pasien tampak rileks

Tabel 4.10 Implementasi keperawatan pada klien 2 dengan *post operatif Open Fraktur Metacarpal Digiti II Manus Sinistra Susp Trauma Vaskular Digiti II Manus Dextra Open Fraktur 1/3 Distal Radius Sinistra Vulnus Laserasi Genus Dextra*. Di ruangan Flamboyan B RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo

Waktu pelaksanaan	Implementasi	Evaluasi
Selasa, 29 juni 2021	1.1 Melakukan pengkajian	Subjektive : 1) Pasien mengatakan nyeri pada pergelangan kaki kanan 2) Pasien mengatakan nyeri pada bahu kanan sampai dengan jari tangan kanan 3) Pasien mengatakan belum bisa bergerak jika bergerak terasa sakit Objektive :

		<p>1) Pasien tampak meringis dan lemas</p> <p>2) Terpasang IVFD 500 ml 20 tpm</p> <p>3) Keadaan umum sedang</p> <p>4) Kesehatan <i>compos mentis</i></p> <p>5) Td : 110/63, N : 113 x/i, RR : 22x/m, S : 36,5°C</p> <p>6) Skala nyeri 6/10</p> <p>7) Hasil status fungsional/aktivitas dan mobilitas <i>barthel indeks</i> ketergantungan berat</p> <p>8) Penilaian resiko pasien jatuh dengan skala <i>morse</i> 95 adalah resiko jatuh</p> <p>9) Terdapat luka dilutut dan di jari sekitar 0,5 cm</p> <p>Assesment :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Nyeri akut 2) Gangguan mobilitas 3) Resiko jatuh 4) Gangguan integritas kulit/jaringan <p>Planing : Lanjutkan intervensi</p>
	1.2 berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	<p>DS : pasien mengatakan masih nyeri sedikit berkurang</p> <p>DO : pasien tampak rileks</p>
18.00	1.3 pemberian obat analgesik	<p>DS : pasien mengatakan masih nyeri tangan kanan dan kaki kanan</p> <p>DO : pasien tampak sedikit meringis</p>
	1.4 mengobservasi tanda-tanda vital	<p>DS : pasien mengatakan nyeri jika bergerak tambah sakit</p>

		DO : td : 131/74 mmhg, n: 107x/i, s : 36°C, rr : 20x/m terpasang ivfd RL 20 tpm
	1.5 menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri	DS : pasien mengerti apa yang dijelaskan DO : pasien tampak meringis
23.00	1.6 pemberian obat analgesik (cefotaxim dan ketrolak)	DS : pasien mengatakan nyeri post op pada tangan kanan dan kaki kanan terdapat luka robek pada lutut bagian kanan DO : observasi keadaan umum dan kesehatan pasien td : 124/78 mmhg, n : 114 x/i, t : 36°C, rr : 20x/m, spo2 :95% terpasang ivfd RL 20 tpm
	1.7 mengidentifikasi faktor resiko jatuh	DS : pasien mengatakan jika bergerak tambah sakit DO : pasien tampak meringis
	1.8 menghitung resiko jatuh dengan menggunakan skala (<i>mis. Fall morse scale</i>)	DS : pasien mengatakan pernah riwayat jatuh 3 bulan terakhir DO : hasil perhitungan <i>scale morse</i> 95 adalah resiko
Rabu, 30 juni 2021 08.36	2.1 mengobservasi tanda-tanda vital	DS : pasien mengatakan nyeri post op pada tangan kanan dan kaki kanan, terdapat luka robek pada lutut bagian kanan skala nyeri 3/10 DO : observasi keadaan umum dan kesehatan pasien td : 131/74 mmhg, n : 107 x/i, t : 36,1°C, rr : 20 x/m, spo2 : 99 % terpasang ivfd RL 20 tpm

11.00	2.2 pemberian obat analgesik (ketrolak)	DS : pasien mengatakan masih nyeri DO:pasien tampak meringis
12.00	2.3 Menganti balutan luka	DS : pasien mengatakan sakit di daerah luka pada saat dibuka balutan dan terasa nyeri DO : pasien tampak meringis, keadaan luka tidak terdapat tanda- tanda infeksi
	2.4 memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu	DS : pasien mengatakan masih belum bisa bergerak bebas DO : pasien tampak lemas dan meringis
	2.5 menghitung resiko jatuh dengan menggunakan skala (mis. <i>Fall morse scale</i>)	DS : pasien mengatakan pernah riwayat jatuh 3 bulan terakhir DO : hasil perhitungan scale morse 95 adalah resiko
	2.6 menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi	DS : pasien mengatakan mengerti dengan apa yang dijelaskan DO : pasien tampak sedikit rileks dan lemah
Kamis, 1 juli 2021 08.36	3.1 mengobservasi tanda – tanda vital	DS : pasien mengatakan nyeri post op pada tangan kanan dan kaki kanan terdapat luka robek pada lutut bagian kanan berkurang dengan skala nyeri 3/10 DO : observasi keadaan umum dan kesehatan pasien td : 116/63 mmhg, n : 113 x/i, t : 36°C, rr : 22x/m, spo2 : 99% terpasang IVFD

11.00	3.2 Pemberian analgesik (ketrolak)	DS : pasien mengatakan masih nyeri DO : pasien tampak sedikit meringis
	3.3 mengubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring	DS : pasien mengatakan bisa bergerak sedikit –dikit tapi dibantu oleh 2 orang DO : pasien tampak meringis terpasang IVFD RL 20 tpm
18.00	3.4 Mengobservasi tanda tanda vital	DS : pasien mengatakan nyeri 3/10 DO : observasi keadaan umum dan kesehatan pasien td : 147/76 mmhg, n: 97 x/i, t : 36°c,rr : 20 x/m, spo2 : 99% terpasang IVFD 20 tpm
	3.5 menganjurkan minum air yang cukup	DS : pasien mengatakan masih nyeri dan minum dengan baik DO : pasien tampak meringis

Berdasarkan tabel 4.9 Implementasi keperawatan dilakukan untuk mengatasi masalah –masalah yang ditemukan kepada klien sesuai dengan perencanaan intervensi keperawatan masing –masing diagnosa keperawatan yang telah disusun.pelaksanaan tindakan keperawatan *post operatif Orif fraktur* pada klien 1 dilakukan selama 3 hari perawatan yaitu 8 juni 2021 sampai tanggal 10 juni 2021. Pelaksanaan tindakan dilakukan secara komperhensif. Sedangkan pada klien 2 tindakan keperawatan *post operatif Orif Open Fraktur Metacarpal Digiti II Manus Sinistra Susp Trauma Vaskular Digiti II Manus Dextra Open Fraktur 1/3 Distal Radius Sinistra Vulnus Laserasi Genus Dextra*, dilakukan selama 3 hari perawatan yaitu 29 juni 2021 sampai tanggal 1 juli 2021.

e Evaluasi

Tabel 4.11 Evaluasi asuhan keperawatan Klien 1 (Ny. Y) di ruang anggrek hitam lantai 6 di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

No	Hari/ Tanggal	Diagnosa keperawatan	Evaluasi (SOAP)
1.	Selasa, 8 juni 2021	1.1 Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (mis prosedur operasi) dibuktikan dengan bersikap protektif (mis waspada) (D.0077)	<p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien mengatakan nyeri skala 9/10 2) Pasien mengatakan nyeri seperti kebas di bagian kaki kiri 3) Pasien mengatakan semua kebutuhan dibantu oleh suami <p>Objektive :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien tampak tegang dan sedikit meringis 2) Terpasang IV line RL 500 ml 3) Td : 127/73 mmhg, hr : 76 x/i, t : 36,5°C, rr ; 20 x/m. <p>Assesment : Nyeri akut belum teratasi</p> <p>Planing : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.3 monitor kualitas nyeri 1.4 monitor intensitas nyeri dengan skala 1.6 ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengontrol rasa nyeri 1.7 kolaborasi pemberian obat analgesik

		1.2 gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal nyeri dibuktikan dengan tentang regak (ROM) menurun (D.0054)	<p>Subjektive : Pasien mengatakan semua kebutuhan dibantu suami Objektive : Ku sedang kes cm Assesment : Gangguan mobilitas teratasi sebagian Planing : Lanjutkan intervensi</p> <p>2.2 identifikasi kemampuan klien beraktivitas 2.3 monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 2.8 anjurkan mobilisasi dini</p>
2.	Rabu, 9 juni 2021	1.3 Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (mis prosedur operasi) dibuktikan dengan bersikap protektif (mis. Waspada) (D.0077)	<p>Subjektive : 1) Pasien mengatakan nyeri 2) Pasien mengatakan nyeri hilang timbul Objektive : 1) Skala nyeri 6/10 2) Pasien tampak meringis Assesment : Nyeri akut belum teratasi Planing : Lanjutkan intervensi</p> <p>1.2 monitor kualits nyeri 1.4 monitor intensitas nyeri dengan menggunakan skala 1.6 ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengontrol rasa nyeri 1.7 kolaborasi pemeberian obat analgesik</p>

		1.4 resiko jatuh dibuktikan dengan kondisi pasca operasi (D.0143)	<p>Subjektive : Pasien mengatakan kaki kiri terasa kebas</p> <p>Objektive : Pasien tampak meringis</p> <p>Assesment : Resiko jatuh belum teratasi</p> <p>Planing : Lanjutkan intervensi 5.6 pastikan roda pada tempat tidur terkunci</p>
3.	Kamis, 10 juni 2021	1.5 nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik(mis prosedur operasi) dibuktikan dengan bersikap protektif (mis waspada) (D.0077)	<p>Subjektive : Pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang dikaki kiri</p> <p>Objektive : Ku sedang skala nyeri 5/10, pasien tampak sedikit rileks</p> <p>Assesment : Nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>Planing : Lanjutkan intervensi 1.2 monitor kualitas nyeri 1.4 monitor intensitas nyeri dengan menggunakan skala 1.6 ajarkan teknik nofarmakologis untuk mengontrol rasa nyeri 1.7 kolaborasi pemberian obat analgesik</p>
		1.6 Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif (D.0142)	<p>Subjektive : Pasien mengatakan pada saat dibersihkan luka pasien, nyeri sedikit berkurang</p> <p>Objektive : ku sedang skala nyeri 5/10, luka tampak bersih</p> <p>Assesment : Resiko infeksi teratasi</p> <p>Planing : Lanjutkan intervensi 4.13 monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik jelaskan tanda 4.16 gejala infeksi</p>

Pada tabel 4.11 setelah melakukan pelaksanaan tindakan keperawatan pada klien 1, dibuat evaluasi tindakan keperawatan selama 24 jam. Pada klien 1 saat melakukan evaluasi tindakan setiap diagnosa keperawatan, diagnosa nyeri akut masalah teratasi pada tanggal 8 juni 2021, gangguan mobilitas fisik teratasi pada tanggal 9 juni 2021, resiko jatuh teratasi pada tanggal 10 juni 2021

Tabel 4.12 Evaluasi asuhan keperawatan klien 2 (Tn. P) di ruang Flamboyan B RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

No	Hari /tanggal	Diagnosa keperawatan	Evaluasi (SOAP)
1.	Selasa, 29 juni 2021	1.1 nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (mis. Prosedur operasi) di buktikan dengan tampak meringis (D.0077)	<p>Subjektif : Pasien mengatakan skala nyeri 6/10 Pasien mengatakan nyeri di pergelangan kaki kanan dan bahu kanan, pasien mengatakan belum bisa bergerak seperti biasanya</p> <p>Objektif : Pasien tampak meringis Terpasang IVFD RL 20 tpm Td : 110/63 mmhg, n : 113 x/i, rr : 22 x/m, s : 36,5°c</p> <p>Assesment : Nyeri akut belum teratasi</p> <p>Planing : Lanjutkan intervensi 1.2 monitor kualitas nyeri 1.4 monitor intensitas nyeri dengan menggunakan skala 1.6 ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengontrol rasa nyeri 1.7 kolaborasi pemberian obat analgesik</p>

		1.2 resiko jatuh dibuktikan dengan kondisi pasca bedah (D.0143)	<p>Subjektive : Pasien mengatakan jika bergerak tambah sakit, pasien mengatakan pernah riwayat jatuh 3 bulan terakhir</p> <p>Objektive : Hasil perhitungan scale morse 95 adalah resiko, pasien tampak meringis</p> <p>Assesment : Resiko jatuh teratasi sebagian</p> <p>Planing : Lanjutkan intervensi 5.6 pastikan roda pada tempat tidur terkunci 5.7 pasang handrall 5.8 ajarkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan</p>
2.	Rabu, 30 juni 2021	2.1 Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (mis. Prosedur operasi) dibuktikan dengan meringis (D.0077)	<p>Subjektive : Pasien mengatakan skala nyeri 3/10, pasien mengatakan nyeri jika digerakan, pasien mengatakan nyeri di daerah post op</p> <p>Objektive : Terpsang IVFD RL 20 tpm, keadaan umum sedang kesehatan <i>compos mentis</i>, pasien tampak sedikit meringis td :131/74 mmhg, n : 107 x/i, t : 36,1°c rr : 20x/m, spo2 : 99%</p> <p>Assesment : Nyeri akut belum teratasi</p> <p>Planing : Lanjutkan intervensi 1.2 monitor kualitas nyeri 1.4 monitor intensitas nyeri dengan menggunakan skala 1.6 ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengontrol rasa nyeri 1.7 kolaborasi pemberian obat analgesik</p>

		2.2 gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal dibuktikan dengan kekuatan otot meurun (D.0054)	<p>Subjektive : Pasien mengatakan masih belum bisa bergerak bebas, pasien mengatakan jika digerakan masih nyeri</p> <p>Objektive : Pasien tampak meringis, pasien tampak lemah</p> <p>Assesment : Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>Planing : Lanjutkan intervensi 2.2 identifikasi kemampuan klien beraktivitas 2.3 monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 2.8 anjurkan mobilisasi dini</p>
3.	Kamis, 1 juli 2021	3.1 nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (mis. Prosedur operasi) dibuktikan dengan tampak meringis (D.0077)	<p>Subjektive : Pasien mengatakan masih nyeri</p> <p>Objektive : Observasi keadaan umum dan kesehatan pasien tld : 116/63 mmhg, n : 113x/i, t : 36°C, rr : 22x/m, spo2 : 99% terpasang IVFD RL 20 tpm</p> <p>Assesment : Nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>Planing : Lanjutkan intervensi 1.2 monitor kualitas nyeri 1.4 monitor intensitas nyeri dengan menggunakan skala 1.6 ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengontrol rasa nyeri 1.7 kolaborasi pemberian obat analgesik</p>

	<p>3.2 gangguan integritas kulit/jaringan dibuktikan dengan penurunan mobilitas dibuktikan dengan nyeri (D.0129)</p>	<p>Subjektive : Pasien mengatakan bisa bergerak sedikit tapi dibantu 2 orang Objektive : Pasien tampak meringis Assesment : Gangguan integritas kulit belum teratasi Planing : Lanjutkan intervensi 3.3 3.2 ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring 3.4 3.5 anjurkan menggunakan pelembab (mis. Lotion, serum) 3.5 3.6 anjurkan minum air yang cukup 3.6 3.7 anjurkan meningkat asupan nutrisi 3.7</p>
	<p>3.3 Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif (D.0142)</p>	<p>Subjektive : Pasien mengatakan ketika membersihkan luka masih nyeri Objektive : Luka tampak berwarna merah dan tidak ada edema Assesment : Resiko infeksi teratasi Planing : Lanjutkan intervensi 4.14 monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 4.17 jelaskan tanda gejala infeksi 4.18 Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</p>

Pada tabel 4.12 setelah melakukan pelaksanaan tindakan keperawatan pada klien 2, dibuat evaluasi tindakan keperawatan selama 24 jam. Pada klien 2 saat melakukan evaluasi tindakan setiap diagnosa keperawatan.

B. Pembahasan

Pada pembahasan ini, peneliti membahas tentang asuhan keperawatan pada kedua klien dengan fraktur sesuai dengan konsep – konsep teori yang ada. Asuhan keperawatan dilaksanakan selama 3 hari pada klien 1 dari tanggal 8 juni 2021 sampai 10 juni 2021 di ruangan Anggrek Hitam lantai 6 RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. Sedangkan pada klien 2 dari tanggal 29 juni 2021 sampai 1 juli 2021 di ruangan Flamboyan B di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. berikut ini akan di uraikan pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada klien *Post Operatif fraktur* di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan sesuai fase dalam proses keperawatan yang meliputi : pengkajian, menegakkan diagnosa keperawatan, membuat perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1. Pengkajian

Pada pengkajian klien 1 dan 2 menggunakan konsep pengkajian berdasarkan teori (Noor, 2017). Dimana pengkajian ini di fokuskan pada asuhan keperawatan pada klien dengan fraktur. Pengkajian pada klien 1 umur 45 tahun dilakukan pada tanggal 8 juni 2021 sampai 10 juni 2021 dan pada klien 2 umur 19 tahun dilakukan pada tanggal 29 juni 2021 sampai 1 juli 2021 hasil dari pengkajian sebagai berikut :

Berdasarkan hasil pengkajian pada klien 1 dengan diagnosa medis *Post Operatif Orif Close Fraktur Fibula* dan klien 2 *Post Operatif Orif Open Fraktur Metacarpal Digiti II Manus Sinistra Susp Trauma Vaskular Digiti II Manus Dextra Open Fraktur 1/3 Distal Radius Sinistra Vulnus Laserasi Genus*

Dextra. Pada kedua klien memiliki persamaan disgnosa sesuai teori yang ada yaitu nyeri akut pada daerah yang patah/luka, susah untuk melakukan aktivitasnya.

Berdasarkan teori yang ada menurut (Nurarif,Huda Amin. Kusuma, 2016) menyatakan bahwa nyeri merupakan 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. Menurut peneliti bahwa nyeri yang dirasakan klien 1 dan klien 2 merupakan tanda dan gejala fraktur yang terjadi karena adanya kontinuitas pada tulang sehingga menimbulkan rasa nyeri.

Pada riwayat penyakit sekarang ditemukan data klien 1 ditemukan pasien mengatakan terjatuh dari tangga di tempat kerja sehingga terjadi fraktur di kaki kiri dan dibawa pertama kali ke IRD dan langsung ke ruangan untuk perawatan. Pasien juga mengatakan sebelumnya pada tahun 2014 pernah dirawat di RS karena mau transfusi darah sekarang 2021 di rawat karena kaki kiri terasa nyeri, kebas kadang malah susah tidur karena nyeri hilang timbul kadang tiba – tiba muncul. Sedangkan pada klien 2 di temukan data dari riwayat penyakit sekarang yaitu, klien dan keluarga mengatakan pertama kali kejadian setelah pulang kerja motor yang dibawa menabrak truk didepan perumahan puri residence sepinggan sekitar pukul jam 13.00 lalu di bawa ke IRD dan langsung operasi, keluarga mengatakan 8 jam lamanya operasi dan pasien langsung di bawa ke ruangan pasien mengatakan nyeri pada pergelangan kaki kanan dan terdapat luka robek perdarahan aktif sekitar 3 cm nyeri pada bahu kanan sampai dengan jari tangan

kanan dan luka robek di telunjuk sekitar 0,5 cm, luka di telunjuk tangan kiri luka robek di lutut kanan.

Berdasarkan teori menurut Wahid (2013) dalam Krisyanti (2019) menyatakan bahwa, berdasarkan sifat *fraktur* (luka yang ditimbulkan) yaitu *fraktur* tertutup (*simple fracture*), bila tidak terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar sedangkan, *fraktur* terbuka (*compound fracture*), bila terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar. Karena adanya perlukaan di kulit. Pada klien 1 diagnosa medisnya adalah *Post Operatif Orif close fracture fibula* sedangkan pada klien 2 diagnosa medisnya adalah *Post Operatif Orif Open Fraktur Metacarpal Digiti II Manus Sinistra Susp Trauma Vaskular Digiti II Manus Dextra Open Fraktur 1/3 Distal Radius Sinistra Vulnus Laserasi Genus Dextra*. Jadi berdasarkan data tersebut pada klien 1 memiliki *fraktur* tertutup sedangkan pada klien 2 *fraktur* terbuka terpapar langsung dengan lingkungan luar.

Pada bagian pemeriksaan fisik, keadaan umum klien 1 yaitu sedang terpasang IVFD di tangan kanan dan terpasang elastis perban di kaki kiri sedangkan keadaan umum pada klien 2 yaitu sedang terpasang IVFD di tangan kiri terpasang elastis perban di tangan kanan dan balutan luka di lutut dan perban di kaki kanan. Menurut (Noor, 2017) keadaan umum yaitu baik atau buruknya yang dicatat adalah tanda-tanda seperti, kesadaran klien yaitu apatis, sopor, koma, gelisah dan komposmentis dan kesakitan, keadaan penyakit yaitu akut, kronik, ringan, sedang, berat, dan pada kasus fracture biasanya akut. Menurut penulis terdapat sedikit perbedaan antara pengkajian yang dilakukan

oleh peneliti dan teori yang ada, dimana pemeriksaan fisik bagian keadaan umum pada kedua klien hanya menjelaskan kesakitan yang dialami klien sedangkan pada teori baik atau buruknya yang di catat dalam keadaan umum adalah kesadaran klien (sopor, apatis, koma dan compos mentis) dan kesakitan keadaan penyakit yaitu akut, kronik, ringan sedang dan berat.

Pada pengkajian status fungsional atau aktivitas dan mobilisasi *barthel indeks* pada klien 1 didapatkan sudah bisa duduk dengan bantuan orang total score barthel indeks 12 ketergantungan ringan. Sedangkan pada klien 2 didapatkan data kurang lengkap dimana peneliti hanya memasukan data mobilisasi *barthel indeks* adalah 5 ketergantungan berat.

Pada pengkajian bagian mata pada klien 1 dan klien 2 mata lengkap dan simetris kanan dan kiri, tidak ada pembengkakan pada kelopak mata, kornea mata jernih, konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, pupil isokor. Pada pengkajian bagian telinga, data yang didapatkan oleh peneliti terhadap kedua klien kurang lengkap, dimana peneliti pada klien 1 dan klien 2 hanya melakukan pengkajian pada telinga bagian kanalis tengah pada klien 1 dan 2 Pada pengkajian bagian pemeriksaan thorak : sistem pernafasan, data yang di dapatkan oleh peneliti terhadap klien 1 kurang lengkap. Dimana peneliti pada klien 1 tidak mencantumkan pengkajian secara perkusi untuk menentukan batas hepar paru klien.

Pada pengkajian pemeriksaan sistem pencernaan dan status nutrisi data yang didapatkan terhadap klien 1 berat badan 56 kg, tinggi badan 160 cm hasil IMT 20 kg m² kategori normal dan bab terakhir pada tanggal 7 juni 2021 jenis

diet berupa nasi dengan porsi makan 1/3 susah untuk menghabiskan. Sedangkan pada klien 2 berat badan 57 kg, tinggi badan 173 cm hasil IMT 37 kg m² kategori normal belum ada bab dari sakit jenis diet berupa nasi.

Pada pengkajian sistem persyarafan, pengkajian yang dilakukan oleh peneliti terhadap klien 1 memori panjang, perhatian dapat mengulang, bahasa baik, kognisi baik orientasi pada orang, waktu dan tempat saraf sensoris dengan sentuhan refleksi fisiologis patella normal, achilles normal, bisep normal, trisep normal, brakioradialis normal, refleksi patologis babinsky tidak adanya keluhan pusing istirahat tidur jam 23.00 pemeriksaan 12 syaraf kranial normal. Sedangkan pada klien 2 kurang lengkap. Dimana peneliti tidak melakukan pengkajian refleksi fisiologis (achile, bisep, trisep, dan brankoradialis terhadap klien 1).

Pada pengkajian sistem *musculoskeletal* dan integument didapatkan, data pada klien 1 dan klien 2 bahwa pergerakan sendinya terbatas. Hal ini sesuai dengan teori menurut (Nurarif, Huda Amin.Kusuma, 2016) dimana manifestasi klinis nya yaitu tidak dapat menggerakkan anggota gerak, nyeri pembengkakan, terdapat trauma (kecelakaan lalu lintas, jatuh dari keringgian atau jatuh dikamar mandi pada orang tua, penganiayaan, tertimpa benda berat, kecelakaan kerja, trauma olahraga), gangguan fungsi anggota gerak, deformitas, kelainan gerak dan *krepitasi* dengan gejala- gejala lain.

Pada pengkajian seksualitas dan reproduksi tidak menggambarkan kondisi seksualitas dan genetalia. Pada pengkajian personal hygiene, menurut penulis data yang didapatkan oleh peneliti dari pengkajian terhadap 2 klien kurang

lengkap, pada data pengkajian tersebut tidak ada gambaran kondisi personal hygiene klien selama di rawat di rumah sakit.

Hasil pemeriksaan rontgen pada klien 1 didapatkan *close fracture fibula*, sedangkan pada klien 2 didapatkan hasil *Open Fraktur Metacarpal Digiti II Manus Sinistra Susp Trauma Vaskular Digiti II Manus Dextra Open Fraktur 1/3 Distal Radius Sinistra Vulnus Laserasi Genus Dextra*. Berdasarkan teori yang ada menurut (Nurarif, Huda Amin.Kusuma, 2016) menyatakan bahwa gangguan fungsi anggota gerak merupakan salah satu manifestasi klinis dari fraktur. Faktor yang mempengaruhi gangguan fungsi anggota gerak adalah terputusnya kontinuitas tulang dan jaringan akibat adanya benturan serta adanya tekanan yang berlebihan pada tulang. Menurut penulis pada klien 1 dan 2 ditemukan gangguan fungsi anggota gerak yang diakibatkan oleh terputusnya kontinuitas tulang dan jaringan.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (Nurarif,Huda Amin. Kusuma, 2016). Berdasarkan data hasil pengkajian asuhan keperawatan didapatkan 4 masalah keperawatan yang sama pada dua pasien dan 1 diagnosa berbeda yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan system *muskuloskeletal*, resiko jatuh dibuktikan dengan faktor resiko penurunan kekuatan otot dan 1 masalah keperawatan yang berbeda yaitu gangguan integritas kulit berhubungan dengan

penurunan mobilitas. Menurut (Nurarif, Amin Huda & Kusuma, 2016) dengan menggunakan standar diagnosis keperawatan indonesia (PPNI,2017).

Ada 6 diagnosa keperawatan yang sering ditegakkan pada *pre operasi fracture* yaitu nyeri akut berhubungan dengan agenpencedera fisik (trauma), perfusi perifer tidak efektif berhuungan dengan penurunan aliran arteri dan atau vena, gangguan integritas kulit/ jaringan berhubungan dengan faktor mekanis, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang, resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (kerusakan integritas kulit) dan resiko syok berhubungan dengan kekurangan volume cairan.

Dan ada 4 diagnosa keperawatan yang sering ditegakkan pada *post operatif fracture* yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi), gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, resiko cedera behubungan dengan ketidakamanan transportasi, resiko cedera berhubungan dengan efek prosedur infasif dan gangguan integritas kulit dibuktikan dengan penurunan mobilitas dengan 1 diagnosa tambahan menurut peneliti. Berikut pembahasan diagnosa yang muncul sesuai teori pada kasus pasien 1 (Ny. Y) dan pasien 2 (Tn. P) yaitu :

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Ditemukan bahwa pasien 1 (Ny.Y) mengeluh nyeri pada kaki bagian kiri dengan skala nyeri 9 dan pasien 2 (Tn.P) mengeluh nyeri dengan skala nyeri 7. Menurut (PPNI, 2017) nyeri 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.

b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan system *Musculoskeletal*

Pasien 1 (Ny. Y) dan pasien 2 (Tn.P) mengeluh kesulitan melakukan aktivitas normal sehari-hari karena sulit menggerakkan kaki kiri pada pasien 1 dan kaki kanan serta tangan kanan pada pasien 2 yang mengalami gangguan keterbatasan. Gangguan mobilitas fisik di definisikan oleh (PPNI, 2017) keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

c. Resiko jatuh dibuktikan dengan faktor resiko penurunan kekuatan otot

ditemukan kesamaan antara pasien 1(Ny. Y) dan pasien 2 (Tn.P) dimana terjadi kelemahan anggota gerak sehingga meningkatkan resiko jatuh pasien. Skala morse pada kedua pasien sama- sama dalam kategori resiko tinggi, dalam teori penulis tidak mencantumkan tentang resiko jatuh.

d.Gangguan integritas kulit/jaringan dibuktikan dengan penurunan mobilitas

Pasien 2 (Tn .P) mengeluh pada saat melakukan mengganti balutan luka, daerah luka terasa nyeri dan kondisi luka pada kaki kanan berwarna merah muda kedalaman luka 3cm. dalam teori penulis tidak mencantumkan tentang gangguan integritas kulit/jaringan.

e. Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasife

ditemukan kesamaan antara pasien 1 (Ny.Y) dan pasien 2 (Tn.P) dimana keadaan luka berwarna merah muda pada pasien 1 dan berwarna merah pada pasien 2 terasa nyeri terhadap luka yang dibersihkan.

3. Intervensi keperawatan

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada kedua pasien dengan masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan tautan nyeri meningkat dengan kriteria hasil melaporkan nyeri meningkat, kemampuan menggunakan teknik nafas dalam meningkat, dan keluhan nyeri penggunaan analgetik menurun.

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada kedua pasien dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan *musculoskeletal* adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak meningkat, dan kelemahan fisik menurun.

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada pasien dengan masalah resiko jatuh yang dibuktikan dengan faktor penurunan kekuatan otot adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil jatuh dari tempat tidur menurun, jatuh saat berdiri menurun, dan jatuh saat berjalan menurun. Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada pasien dengan masalah gangguan integritas kulit/jaringan yang dibuktikan dengan penurunan mobilitas adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan gangguan integritas kulit/jaringan dapat menurun dengan kriteria hasil elastisitas meningkat, hidrasi meningkat, perfusi jaringan meningkat,

kerusakan jaringan membaik, dan kerusakan lapisan kulit meurun.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi yang dilakukan pada pasien 1 (Ny.Y) dan pasien 2 (Tn.P) selama 3 hari perawatan akan dijabarkan sebagai berikut. Pada pasien 1 (Ny.Y) pada hari pertama dilakukan menanyakan pada pasien faktor pencetus dan pereda nyeri. Mengukur skala nyeri pasien, melihat kemampuan pasien dalam beraktivitas, menanyakan pada pasien tentang perawatan diri, menghitung resiko jatuh pasien menggunakan skala morse, memberikan injeksi tramadol 1 amp melalui IV sesuai resep dokter, dan memastikan pagar tempat tidur terpasang.

Pada hari kedua yaitu menanyakan tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu menanyakan kualitas nyeri yang dirasakan pasien, menanyakan skala nyeri yang dirasakan pasien, mengajarkan pasien teknik nafas dalam, mengajarkan pasien mobilisasi dini, menganjurkan pasien melakukan perawatan diri sesuai dengan kemampuan, dan memberikan injeksi obat tramadol 1 amp melalui IV sesuai resep dokter.

Pada hari ketiga menanyakan kualitas nyeri yang dirasakan, mengukur skala nyeri pasien, melihat tingkat kemandirian pasien, menganjurkan pasien memanggil perawat jika membutuhkan bantuan. Pada pasien 2 (Tn.P) pada hari pertama menanyakan faktor pencetus dan pereda nyeri, menanyakan kualitas nyeri yang dirasakan, melihat dan menanyakan kemampuan pasien beraktivitas, mengajarkan pasien teknik nafas dalam, mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan, memberikan obat injeksi cefotaxim dan ketrolak, menghitung

Pada hari kedua menanyakan kualitas nyeri, mengukur skala nyeri yang dirasakan pasien, menganjurkan pasien melakukan mobilisasi dini, memeriksa kondisi umum pasien, menganjurkan pasien melakukan perawatan diri sesuai kemampuan, mengganti balutan luka pada pasien, memberikan injeksi obat ketrolak melalui IV sesuai resep dokter. Pada hari ketiga menanyakan kualitas nyeri, menanyakan dan mengukur skala nyeri, melihat kemampuan pasien beraktivitas, melihat tingkat kemandirian pasien, memberikan injeksi obat ketrolak melalui IV sesuai resep dokter.

5. Evaluasi keperawatan

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (mis. Prosedur operasi).

Setelah dilakukan penatalaksanaan nyeri, pada pasien 1 penurunan skala nyeri dan peningkatan rasa nyaman terjadi secara bertahap mulai dari hari pertama dengan skala nyeri 9 pada hari ketiga skala nyeri berkurang hingga skala nyeri 5 dan pada pasien 2 skala nyeri berkurang mulai dari hari pertama dengan skala nyeri 6 hingga pada hari terakhir skala nyeri berkurang hingga skala 3. Kolaborasi pemberian analgesik dan pengaruh terapi relaksasi nafas dalam terhadap penurunan tingkat nyeri, yang menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan pada pemberian analgetik dan teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan tingkat nyeri, yang menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan pada pemberian analgetik dan teknik nafas dalam terhadap penurunan persepsi nyeri. Berdasarkan teori dan penelitian terkait penulis berasumsi bahwa selain penatalaksanaan farmakologis, penatalaksanaan nyeri dengan teknik relaksasi nafas dalam dapat menciptakan

kenyamanan, pasien merasa rileks dengan kegiatan tersebut dan mampu mengurangi rasa nyeri yang ada. Penurunan skala nyeri pada kedua pasien berbeda dimana pasien 1 mengalami penurunan skala nyeri dari skala 9 menjadi 5 sedangkan pada pasien 2 menurun dari skala nyeri 6 hingga 3.

b. gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan *muskuloskeletal*

Hasil yang didapatkan dari teknik ambulasi dan latihan mobilisasi kedua pasien mengalami peningkatan dalam aktivitas dimana yang sebelumnya pasien sulit membolak balikan posisi dan sulit untuk duduk dengan latihan mobilisasi secara rutin pasien dapat membolak balikan posisi dan kedua pasien meningkat dalam aktivitas fisik. Berdasarkan teori dan hasil penelitian terkait penulis berasumsi bahwa gangguan mobilitas fisik dapat meningkat setelah melakukan teknik ambulasi dan mobilisasi ini secara rutin.

c. Risiko jatuh dibuktikan dengan faktor penurunan kekuatan otot

Hasil evaluasi yang didapatkan pada pasien 1 (Ny.Y) setelah perawatan selama 3 hari adalah pasien terjaga keamanan lingkungannya dan tidak terjadi jatuh. Dengan ini masalah teratasi dan intervensi dihentikan. Hasil evaluasi yang didapatkan pada pasien 2 setelah perawatan 3 hari adalah pasien terjaga keamanannya dan tidak ada jatuh, dengan ini masalah teratasi dan hentikan intervensi.

d. gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas

hasil evaluasi yang didapatkan pada pasien 2 (Tn.P) setelah dilakukan tindakan selama 3 hari adalah kondisi dan keadaan luka membaik, keluarga

mampu membantu pasien untuk memenuhi kebutuhan dasarnya. Dengan ini masalah teratasi sebagian dan lanjutkan intervensi.

- e. Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif hasil evaluasi yang didapatkan pada pasien 1 (Ny.Y) dan pasien 2 (Tn.P) setelah dilakukan tindakan selama 3 hari adalah kondisi dan keadaan luka membaik keluarga mampu membantu pasien untuk memenuhi kebutuhan dasarnya. Dengan ini masalah teratasi sebagian dan lanjutkan intervensi.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian penerapan asuhan keperawatan pada klien 1 dengan *post operatif close fraktur fibula sinistra* di ruangan Anggrek Hitam lantai 6, dan klien 2 dengan *post operatif Open Fraktur Metacarpal Digiti II Manus Sinistra Susp Trauma Vaskular Digiti II Manus Dextra Open Fraktur 1/3 Distal Radius Sinistra Vulnus Laserasi Genus Dextra* di ruangan Flamboyant B di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan, peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian

Pengkajian yang dilakukan oleh peneliti pada klien 1 dan peneliti pada klien 2 sesuai dengan teori. Salah satu fokus utama pengkajian pada klien dengan *post operatif* adalah pengkajian nyeri dengan menggunakan metode PQRST (*provokes/palliates, quality, region/radian, scale/severity, time*), pengkajian kondisi luka/balutan luka, menilai adanya infeksi pada klien dan status mobilisasi klien.

2. Diagnosa keperawatan

Menurut teori yang dikemukakan oleh penulis pada bab sebelumnya diagnosa keperawatan yang biasanya muncul pada klien *post operatif* sebanyak 4. Namun pada klien 1 ditemukan hanya 4 diagnosa keperawatan, sedangkan pada klien 2 ditemukan

5 diagnosa keperawatan 4 sama dengan teori yang ada dan 1 tidak sama dengan teori.

3. Perencanaan

Perencanaan yang digunakan dalam kasus pada kedua klien dirumuskan berdasarkan prioritas masalah dengan teori yang ada, intervensi setiap diagnosa dapat sesuai dengan kebutuhan klien dan memperhatikan kondisi klien serta kesanggupan keluarga dalam kerjasama. Intervensi yang dilakukan oleh peneliti yaitu intervensi yang dilakukan secara mandiri maupun kolaborasi.

4. Pelaksanaan tindakan

Pelaksanaan tindakan pada kasus ini dilaksanakan sesuai dengan intervensi yang sudah dibuat, sesuai dengan kebutuhan kedua klien dengan *fakture*.

5. Evaluasi keperawatan

Akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Evaluasi yang dilakukan oleh peneliti pada klien 1 selama 3 hari dan pada klien 2 selama 3 hari perawatan oleh peneliti dan dibuat dalam bentuk (SOAP).

B. Saran

1. Bagi subjek penelitian

Bagi pasien yang mengalami patah tulang dan harus menjalani operasi, dapat menggunakan tindakan – tindakan keperawatan berupa relaksasi

nafas dalam dan mobilisasi pasif fleksi dan ekstensi jari secara mandiri sehingga nyeri yang dirasakan dapat berkurang.

2. Bagi perkembangan ilmu keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan agar selalu menambah dan memperdalam ilmu pengetahuan dalam bidang keperawatan khususnya dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien *fraktur* dengan menggunakan literatur- literatur terbaru.

3. Bagi peneliti selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya diharapkan untuk kesempurnaan penelitian lebih lanjut, melakukan asuhan keperawatan baik pengkajian, perumusan diagnosa, penyusunan rencana asuhan keperawatan, pemberian tindakan keperawatan, dan evaluasi dilakukan dengan tepat dan berkesinambungan.

DAFTAR PUSTAKA

- Alvinanta, N. P. (2019). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Post Op Fraktur Ekstremitas Bawah Di Ruang Cempaka Rsud Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. *Karya Tulis Ilmiah*, 6–22. <http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/295/> Budiono. (2016). Page Not Found | Patient | Page Not Found! In I. Farida *KONSEP DASAR KEPERAWATAN* (Cetakan Pe, pp.26) <http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2017/08/Konsep-dasar-keperawatan-Komprehensif.pdf><http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2017/08/Konsep-dasar-keperawatan-Komprehensif.pdf>
- Gani Maisyaroh, S., Rahayu, U., & Yuyun Rahayu, S. (2015). ingkat Kecemasan Pasien Post Operasi yang Mengalami Fraktur Ekstremitas. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, v3(n2), 77–87. <https://doi.org/10.24198/jkp.v3n2.3>
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). Laporan Riskesdas 2018. In *Laporan Nasional Riskesdas 2018* (Vol. 53, Issue 9, pp.181–222 [http://www.yankes.kemkes.go.id/assets/downloads/PMK No. 57 Tahun 2013 tentang PTRM.pdf](http://www.yankes.kemkes.go.id/assets/downloads/PMK_No_57_Tahun_2013_tentang_PTRM.pdf)
- Mahartha, G. R. A., Maliawan, S., & Kawiyana, K. S. (2017). Manajemen Fraktur Pada Trauma Muskuloskeletal. *E-Jurnal Medika Udayana*, 2(3), 548–560.

- Nurarif,Huda Amin. Kusuma, H. (2016). *Asuhan Keperawatan Praktis berdasarkan penerapan diagnosa Nanda, NIC, NOC dalam berbagai kasus*. 225.
- Pratama, H. H. (2019). *KTI HARY HANDIKA PRATAMA-dikonversi [POLTEKKESKEMENKES KALTIM]*. http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/1060/1/KTI_HARY_HANDIKA_PRATAMA.pdf
- Purwanti Ririn, W. P. (2013). Pengaruh Latihan Range Of Motion (ROM) Aktif Terhadap Kekuatan Otot Pada Pasien Post Operasi Fraktur Humerus Di RSUD Dr. Moewardi. *Gaster*, 10(2), 42–52.
- Purnamasari, E., Ismonah, & Supriyadi. (2014). Intensitas Nyeri Pada Pasien Fraktur Di Rsud Ungaran. *Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan (JIKK)*,000,1–8.<http://182.253.197.100/e-journal/index.php/ilmukeperawatan/article/view/216/241#>
- Rice, R. (2006). *Home Care Nursing Practice concepts and application*, St. Louis Missouri: Mosby, Inc.
- Ramadhani, R. P., Romadhona, N., Djojosugito, M. A., Dyana, E. H., & Rukanta, D. (2019). Hubungan Jenis Kecelakaan dengan Tipe Fracture pada Fracture

Lampiran



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KALTIM

PRODI D-III KEPERAWATAN



LEMBAR KONSULTASI

BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA : windani dwi urliana
NIM : P07220118109
PEMIMBING I : Ns.Asnah,S.Kep.,M.Pd
PEMBIMBING II : Ns.Rahmawati Shoufiah,S.ST,M.Pd

NO	TGL	MATERI YANG DIKONSULKAN	SARAN PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING	
				P1	P2
1.	26/1 2021	BAB I	P1 & P2 - membahas latar belakang - rumusan masalah dan par braikan judul		
2.	8/2 2021	BAB I	P1 & P2 - penerapan konsep u/k LBM - mengidentifikasi masalah pada kasus		
3.	18/2 2021	BAB I BAB II	P1 & P2 - penerapan konsep menggunakan metode konsep		

4.	19/2 2014	Judul	P1 & P2 - perbaiki judul berkaitan linear - menggunakan piramida terbalik sesuai buku panduan		
5.	22/2 2014	BAB I BAB II BAB III	P1 & P2 - tambahkan konsep dan tambahkan uraian di definisi operasional		
6.	28/juni 2014	BAB 4	P1 - perbaiki tentang tindakan dan langkah yang benar dan pasien		
7.	12/juni 2014	BAB 4	P2 - gambaran tenaga kesehatan diks diperbaiki - buku yang dirujuk ga untuk di tulis semua - data asuhan yang paling akhir		

Ketua Program Studi D III Keperawatan
PoltekkesKemenkes Kalimantan Timur

Ns. Andi Lis Arming Gandini, M.Kep

NIP : 196803291994022001