

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN *POST OPERATIF*
***FRACTURE* DI RSUD dr. KANUJOSO DJATIWIWOWO**
BALIKPAPAN TAHUN 2021



Oleh :

Nama : Iqramullah.N

NIM : P07220118086

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

2021

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN *POST OPERATIF*
***FRACTURE* DI RSUD dr. KANUJOSO DJATIWIWOWO**
BALIKPAPAN TAHUN 2021

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



Oleh :

Nama : Iqramullah.N

NIM : P07220118086

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN JURUSAN
KEPERAWATAN PRODI D-III 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 akan bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku .

Samarinda, 29 juli 2021

Yang menyatakan



Nama : Iqramullah.N
NIM : P07220118086

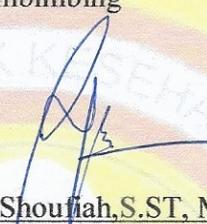
LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI UNTUK DIUJIKAN

TANGGAL, 29 juli 2021

Oleh

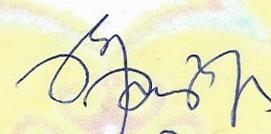
Pembimbing



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

NIDN. 4020027901

Pembimbing Pendamping



Ns. Asnah, S.Kep, M.Pd

NIDN. 4008047301

Mengetahui,

Ketua Program Studi D-III Keperawatan

Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim

Ns. Andi Lis Arming Gandini, M.Kep

NIP. 196803291994022001

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan *post operatif fracture*

Di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

Telah diuji

Pada tanggal 29 juli 2021.

PANITIA PENGUJI

Ketua Penguji :

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

(.....)

NIDN. 4023126901

Penguji Anggota :

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

(.....)

NIDN. 4020027901

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

(.....)

NIDN. 4008047301

Mengetahui,

Ketua Jurusan Keperawatan

Ketua Program Studi D-III Keperawatan

Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur,

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

NIP. 19650825198503200

Ns. Andi Lis Arming Gandini, M.Kep.

NIP. 196803291994022001

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

1. Nama : Iqramullah.N
2. Jenis Kelamin : Laki-Laki
3. Tempat, Tanggal Lahir : Ujung Pandang, 08 April 1997
4. Agama : Islam
5. Pekerjaan : Mahasiswa
6. Alamat : Jl. Sultan Hasanuddin RT 33
7. Email : ikra777212@gmail.com

B. Riwayat Pendidikan

1. SDN 009 balikpapan barat tahun 2005-2011
2. SMPN 21 balikpapan barat tahun 2011-2014
3. SMK Keperawatan harapan bahakti 2014-2017
4. Mahasiswa Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim Tahun 2018 sampai sekarang.

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kepada Allah Subhanahu wata'ala, shalawat dan salam selalu tercurahkan kepada Baginda Rasulullah Shallallahu 'alaihi wasallam, atas berkat dan karunia-Nya yang telah diberikan kepada saya sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dalam rangka memenuhi persyaratan ujian akhir program Diploma III Keperawatan Politeknik Kesehatan Jurusan Keperawatan dengan judul "Asuhan keperawatan pada klien *post operatif fracture* di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

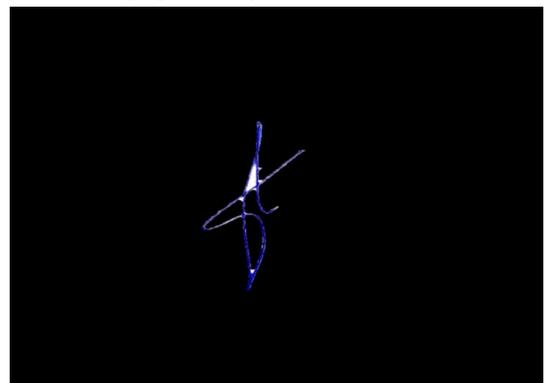
Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah saya banyak mengalami kesulitan dan hambatan akan tetapi semuanya bisa dilalui berkat bantuan dari berbagai pihak. Bersama ini perkenankan saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Dr.H.Supriadi B, S.Kp., M.Kep, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim.
2. Hj.Umi Kalsum, S.Pd., M.Kes, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
3. Ns.Andi Lis Arming G, M.Kep, selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Samarinda Jurusan Keperawatan Politeknik Kesel Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
4. Ns. Grace Carol Sipasulta, M.Kep., Sp. Kep. Mat, selaku penanggung jawab prodi D-III Keperawatan Kelas Balikpapan Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim.

5. Ns. Rahmawati Shoufiah, S.ST,M.Pd selaku Dosen Pembimbing I dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah.
6. Ns. Asnah, S. Kep, M.Pd selaku Dosen Pembimbing II dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah.
7. Dosen-dosen dan seluruh staf Keperawatan Politeknik Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur yang telah membimbing dan mendidik penulis dalam masa pendidikan.
8. Bapak Nurdin dan ibu Kurniyati yang telah mendidik, membesarkan, dan memotivasi penulis hingga sampai ketahap ini.
9. Ardiyansah, Ikshan Efendi, Siti Nur Fadillah, Harry andika dan Samudra Nur Khalid yang selalu mendukung penulis dan selalu memberikan semangat.
10. Rekan-rekan mahasiswa/i Poltekkes Kemenkes Kaltim Jurusan Keperawatan Prodi D-III Keperawatan Kelas Balikpapan.

Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, untuk itu masukan, saran, serta kritik sangat diharapkan guna kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Balikpapan 29 juli 2021



ABSTRAK

“ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN POST OPERATIF FRACTURE DI RSUD dr. KANUJOSO DJATIWIWOWO BALIKPAPAN 2021

Fracture merupakan terputusnya kontinuitas tulang, retak atau patahnya tulang yang utuh yang biasanya disebabkan oleh trauma/ruda paksa atau tenaga fisik yang ditentukan jenis dan luasnya trauma. Kecelakaan di jalan raya merupakan penyebab terbesar ke tiga diseluruh dunia setelah penyakit jantung dan depresi. Menurut hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 Kasus kecelakaan lalu lintas di Indonesia sebanyak 20.829 kasus, dan yang mengalami *fracture* sebanyak 1.770 orang (8,5%). Prinsip penanganan *fracture* meliputi antara lain reduksi dan imobilisasi. Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran asuhan keperawatan pada klien dengan post operatif fracture di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

Penelitian ini menggunakan metode deskriptif kualitatif dengan pendekatan Asuhan Keperawatan dengan melaksanakan asuhan sebagai unit analisis. Unit analisis adalah klien dewasa dengan fracture. Metode pengambilan data adalah dengan wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, studi dokumentasi dan pemeriksaan penunjang. Instrumen pengumpulan data menggunakan format pengkajian Asuhan Keperawatan sesuai ketentuan yang berlaku di Prodi Keperawatan Poltekkes Kaltim.

Hasil dan Pembahasan: Berdasarkan pada pengkajian, penegakkan diagnosa, intervensi, implementasi dan hasil evaluasi, pada klien pertama ditemukan 5 diagnosa keperawatan yang muncul dimana 3 tersebut dapat teratasi yaitu nyeri akut, resiko jatuh, resiko infeksi serta 2 teratasi sebagian yaitu gangguan mobilitas fisik, deficit perawatan diri, dan pada klien kedua ditemukan 5 diagnosa keperawatan yang muncul dimana 3 tersebut dapat teratasi yaitu nyeri akut, resiko jatuh, resiko infeksi dan 2 teratasi sebagian yaitu gangguan mobilitas fisik, deficit perawatan diri.

Kesimpulan dan Saran: Masalah keperawatan yang dialami kedua pasien ada yang teratasi sebagian sesuai rencana yang telah dibuat dan ada yang sudah teratasi. Bagi instansi rumah sakit perlu adanya pengawasan secara konsisten dalam pemberian tindakan keperawatan, Bagi instansi pendidikan sebagai bahan acuan dan referensi serta Bagi peneliti dapat mengelola data yang lebih teliti lagi sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan pada pasien secara maksimal.

Kata kunci: *Fracture, Asuhan Keperawatan*

ABSTRAK

"NURSING CARE IN CLIENTS WITH POST OPERATIVE FRACTURE IN HOSPITAL dr. KANUJOSO DJATIWIWOWO BALIKPAPAN

2021

Fracture is a continuous disconnection of bones, cracks or fractures that are usually caused by trauma / forced ruda or physical exertion determined the type and extent of trauma. Road accidents are the third largest cause worldwide after heart disease and depression. According to the results of Basic Health Research in 2018 Cases of traffic accidents in Indonesia as many as 20,829 cases, and fractures as many as 1,770 people (8.5%). Fracture handling principles include reduction and imobilisas. This study aims to get an overview of nursing care in clients with post operative fracture in hospital dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

This study uses qualitative descriptive method with nursing care approach by carrying out foster care as an analysis unit. The analysis unit is an adult client with a fracture. The method of data retrieval is by interview, observation, physical examination, documentation study and supporting examination. Data collection instruments using the format of assessment of Nursing Care in accordance with the applicable provisions in the Nursing Program Poltekkes Kaltim.

Results and Discussion: Based on assessment, diagnosis enforcement, intervention, implementation and evaluation results, in the first client found 5 nursing diagnoses that appeared where 3 can be resolved, namely acute pain, risk of infection and 2 partially resolved physical mobility disorders, self-care deficits, and in the second client found 5 nursing diagnoses that appear where 3 can be resolved, namely acute pain, Risk of falls, risk of infection and 2 partially overcome, namely impaired physical mobility, deficit of self-care.

Conclusions and Suggestions: Nursing problems experienced by both patients are resolved in part according to the plan that has been made and some have been resolved. For hospital agencies there needs to be consistent supervision in the provision of nursing actions, for educational institutions as reference and reference materials and for researchers can manage more thorough data so as to provide nursing care to patients to the maximum.

Keywords: Fracture, Nursing Care

DAFTAR ISI

SURAT PERNYATAAN	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	iii
KATA PENGANTAR.....	v
ABSTRAK	vii
DAFTAR BAGAN.....	xi
DAFTAR TABEL	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan Penelitian	7
1. Tujuan Umum	7
2. Tujuan Khusus	7
D. Manfaat Penelitian	8
1. Bagi peneliti	8
2. Bagi tempat penelitian	8
3. Bagi perkembangan ilmu keperawatan	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	10
A. Konsep Dasar Medis	10
1. Definisi.....	10
2. Patofisiologi	10
3. Etiologi.....	10
4. Manifestasi klinis	12
5. Penatalaksanaan	12
6. Pathway.....	14
B. Konsep asuhan keperawatan pada klien <i>post operatif fracture</i>	15
1. Pengkajian.....	15
2. Diagnosa keperawatan	19
3. Intervensi.....	27
4. Implementasi keperawatan.....	32
5. Evaluasi keperawatan.....	33

BAB III METODE PENELITIAN	36
A. Pendekatan (Desain Penelitian)	36
B. Subyek Penelitian.....	36
D. Lokasi dan Waktu Penelitian	38
C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)	37
E. Prosedur Penelitian	38
F. Teknik dan Instrument Pengumpulan Data.....	39
G. Keabsahan Data	40
H. Analisis Data.....	41
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	43
A.Hasil.....	43
1) Pengkajian.....	44
2) Diagnosa Keperawatan	65
3) Perencanaan	67
4) Pelaksanaan.....	73
5) Evaluasi.....	84
B,Pembahasan	109
1). Pengkajian	109
2) Diangosa keperawatan.....	111
3) Perencanaan.....	119
4) Implementasi	124
5) Evaluasi	125
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	123
A. Kesimpulan	123
B. Saran	123
DAFTAR PUSTAKA	127
LAMPIRAN	

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 <i>Pathway pre operatif fracture</i>	1
--	---

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi <i>Post Operatif Fracture</i> Nyeri Akut.....	27
Tabel 2.2 Intervensi <i>Post Operatif Fracture</i> Defisit Perawatan Diri.....	28
Tabel 2.3 Intervensi <i>Post Operatif Fracture</i> Gangguan Mobilitas Fisik.....	28
Tabel 2.4 Intervensi <i>Post Operatif Fracture</i> Gangguan Integritas Kulit/jar..	29
Tabel 2.5 Intervensi <i>Post Operatif Fracture</i> Risiko Infeksi	30
Tabel 2.6 Intervensi <i>Post Operatif Fracture</i> Risiko Cedera	31
Tabel 4.1 Hasil Anamnesis klien dengan post op fracture	44
Table 4.2 Hasil Observasi Dan Pemeriksaan Fisik.....	48
Tabel 4.3 Hasil Pemeriksaan Penunjang.....	58
Tabel 4.4 Hasil Penatalaksanaan Terapi	59
Tabel 4.5 Analisa Data klien 1	60
Tabel 4.6 Analisa Data Klien 2.....	62
Tabel 4.7 Diagnosa Keperawatan Klien 1 & 2.....	65
Tabel 4.8 Perencanaan Keperawatan klien 1 & 2.....	67
Tabel 4.9 Penatalaksanaan Keperawatan Klien 1.....	73
Tabel 4.10 Penatalaksanaan Keperawatan klien 2.....	78
Tabel 4.11 Evaluasi Keperawatan Klien 1.....	84
Tabel 4.12 Evaluasi Keperawatan Klien 2.....	96

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Definisi sehat yang dikemukakan oleh *World Health Organization (WHO)* merupakan keadaan lengkap fisik, mental dan kesejahteraan sosial dan tidak hanya tidak adanya penyakit atau kelemahan. Batasan (*WHO*) tentang kesehatan ini menjelaskan bahwa yang dimaksud sehat bukan hanya sekedar bebas dari penyakit atau kelemahan, melainkan hadirnya tiga kriteria sehat yaitu: terbebas dari kekurangan (complete) secara fisik, mental dan sejahtera social (Utami, 2017).

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 kehati-hatian dalam beraktivitas. Hal ini umumnya memicu terjadinya kecelakaan dalam bekerja maupun kecelakaan bermotor yang akan menyebabkan cedera (Ririn Purwanti, 2017).

Cedera yaitu dampak dari agen eksternal yang menimbulkan kerusakan fisik maupun mental. Cedera termasuk salah satu dari beberapa penyebab utama morbiditas dan mortalitas di dunia. Prevalensi cedera pada tahun 2007 mencapai 7,5% dan mengalami peningkatan tahun 2013 yaitu 8,5%. Melihat karakteristik perkembangannya toddler lebih beresiko mengalami cedera. Hal ini dapat berdampak pada psikologis, terganggunya proses pertumbuhan dan perkembangannya dikemudian hari, menimbulkan kecacatan bahkan lebih fatal bisa menyebabkan kematian (Hastuti, 2017) cedera yang sering kita jumpai dari kejadian tersebut adalah penyakit *musculoskeletal*, seperti *tendinitis*, *osteoarthritis* dan *fracture* (Ririn Purwanti, 2017).

Penyakit *muskuloskeletal* merupakan salah satu penyakit dan cedera yang banyak ditemukan di hampir seluruh dunia, bahkan WHO sudah menetapkan bahwa dalam 10 tahun terakhir sebagai “*The Bone and Joint Decade*” (Ramadhani et al., 2019).

Cedera adalah kondisi seseorang yang mempunyai gangguan fisik seperti hilangnya sebagian atau kurang berfungsinya anggota badan sebagai akibat dari trauma yang pernah dialami (Kemenkes RI, 2018).

Trauma merupakan suatu cedera atau rudapaksa yang dapat mencederai fisik maupun psikis. Trauma jaringan lunak *muskuloskeletal* dapat berupa luka (*vulnus*), 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* merupakan istilah dari hilangnya kontinuitas tulang, baik yang bersifat total maupun sebagian. *Fracture* disebabkan oleh trauma dan bisa terjadi akibat adanya tekanan yang berlebihan dibandingkan dengan kemampuan tulang dalam menahan tekanan (Anjaswati Buana, 2019).

Kasus *fracture* menurut *World Health Organization* (WHO) terjadi di dunia kurang lebih 13 juta orang pada tahun 2008, dengan angka prevalensi sebesar 2,7%. Sementara pada tahun 2009 terdapat kurang lebih 18 juta orang dengan angka prevalensi sebesar 4,2%. Tahun 2010 meningkat menjadi 21 juta orang dengan angka prevalensi 3,5%. Terjadinya *fracture* tersebut termasuk didalamnya insiden kecelakaan, cedera olahraga, bencana kebakaran, bencana alam dan lain sebagainya (Mardiono dalam Djamal et al., 2015).

Menurut hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2018, di Indonesia *fracture* terjadi diakibatkan oleh cedera seperti terjatuh, kecelakaan lalu lintas dan trauma benda tajam/tumpul. Riset Kesehatan Dasar 2018 menemukan ada sebanyak 45.987 peristiwa terjatuh yang mengalami *fracture* sebanyak 1.775 orang (3,8%). Kasus kecelakaan lalu lintas sebanyak 20.829 kasus, dan yang mengalami *fracture* sebanyak 1.770 orang (8,5%), dari 14.127 trauma benda tajam/tumpul sebanyak 236 orang (1,7%) (Kemenkes RI, 2018).

Proporsi jenis cedera berupa *fracture* (patah tulang) di Indonesia 5,5%. Sedangkan proporsi jenis cedera *fracture* (patah tulang) menurut provinsi di Indonesia pada tahun 2018 di provinsi Kalimantan Timur proporsi jenis cedera *fracture* adalah 3.5% (Kemenkes RI, 2018).

Hasil data di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan tahun 2021 dari bulan Januari sampai April di ruangan Flamboyan B, kasus *fracture* mencapai sebanyak 84 orang yang mengalami *fracture*, penyebab terjadinya *fracture* disebabkan oleh cedera seperti terjatuh, kecelakaan lalu lintas dan trauma benda tajam/tumpul.

Terjadinya suatu *fracture* ditentukan oleh kekuatan, sudut dan tenaga, keadaan tulang, serta jaringan lunak di sekitar tulang. Tipe *fracture* berdasar atas 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. Masalah yang sering muncul pada klien *fracture* yang berada di rumah sakit yaitu *edema* atau bengkak, nyeri, kurangnya defisit perawatan diri, penurunan kekuatan otot (Nurarif Huda, 2015).

Menurut (Brunner & Suddarth dalam Aini & Reskita, 2018) nyeri merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang didapat terkait dengan kerusakan jaringan actual atau potensial, atau menggambarkan kondisi terjadinya kerusakan. Nyeri sangat mengganggu

dan menyulitkan lebih banyak orang dibanding suatu penyakit manapun. Klasifikasi nyeri ada dua, yaitu nyeri akut dan nyeri kronis.

Nyeri akut biasanya timbul tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat, dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung kurang dari enam bulan. Nyeri kronis biasanya timbul dengan tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat, terjadi secara konstan atau berulang tanpa akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung lebih dari enam bulan. Nyeri sehubungan dengan fraktur sangat berat dan dapat dikurangi dengan menghindari gerakan fragmen tulang dan sendi sekitar *fracture* (Brunner & Suddarth dalam Aini & Reskita, 2018).

Fracture dapat menyebabkan kecacatan pada anggota gerak yang mengalami *fracture*, untuk itu diharuskan segera dilakukan tindakan untuk menyelamatkan klien dari kecacatan fisik. Prinsip penanganan *fracture* meliputi antara lain reduksi dan imobilisasi. Reduksi *fracture* berarti mengembalikan fragmen tulang pada kesejajarannya dan rotasi anatomis. Reduksi tertutup mengembalikan fragmen tulang ke posisinya dengan manipulasi dan traksi manual. Sedangkan imobilisasi dapat dilakukan dengan metode eksternal dan internal (Nurarif Huda, 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 operatif* guna mengembalikan kekuatan otot klien (Ririn Purwanti, 2017).

Tindakan operasi merupakan pengalaman menegangkan bagi sebagian klien, hal ini dikarenakan oleh takut pada anastesi, takut terhadap nyeri dan kematian, takut tentang ketidaktahuan atau takut tentang *deformitas* atau ancaman lain terhadap citra tubuh sehingga menyebabkan kecemasan. Pada periode *post operatif* klien dapat mengalami kecemasan kemungkinan karena merupakan suatu respon antisipasi terhadap suatu pengalaman yang dapat dianggap klien sebagai suatu ancaman terhadap perannya dalam hidup, integritas tubuh, bahkan kelangsungan hidup klien itu sendiri (Trise & Nuriala, 2015).

Perawat mempunyai kontak paling lama dalam menangani persoalan klien dan peran perawat dalam upaya penyembuhan klien menjadi sangat penting. Seorang perawat dituntut bisa mengetahui kondisi dan kebutuhan klien. Termasuk salah satunya dalam perawatan klien saat *post operatif*. Perawatan dapat mengurangi resiko *post operatif*. Pada periode *post operatif* dibutuhkan peran perawat dalam proses penyembuhan dengan perawatan yang tepat dalam melakukan tahapan-tahapan asuhan keperawatan (Arif Kurniawan, Yunie Armiyati, 2017).

Berdasarkan uraian diatas dan kejadian fraktur yang banyak memberi dampak terhadap ke semua orang, peneliti tertarik melakukan studi kasus penelitian tentang **“Asuhan Keperawatan pada kilen dengan**

post operatif Fracture di wilayah kerja rsud dr.kanujoso djatiwibowo balikpapan”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang masalah, maka rumusan masalah 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

Tujuan umum dalam penelitian ini adalah untuk mendapatkan gambaran tentang Asuhan Keperawatan pada klien dengan *Post operatif Fracture* di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo tahun 2021 ?

2. Tujuan Khusus

- a. Mengkaji klien dengan *post operatif fracture* di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan.
- b. Menegakkan diagnosa keperawatan pada klien dengan *post opertif fracture* di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan.
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada klien dengan *post operatif fracture* di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan.

- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien dengan *post operatif fracture* di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan.
- e. Mengevaluasi asuhan keperawatan pada klien dengan *post operatif fracture* di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi peneliti

Hasil karya tulis ilmiah diharapkan dapat menjadikan pengalaman belajar di lahan praktik dan dapat meningkatkan pengetahuan peneliti tentang asuhan keperawatan klien dengan *Post Operatif fracture* yang dilakukan di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan.

2. Bagi tempat penelitian

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

3. Bagi perkembangan ilmu keperawatan

Hasil karya tulis ilmiah diharapkan dapat memperoleh gambaran tentang aplikasi teori Asuhan Keperawatan pada Klien dengan *Post Operatif Fracture* secara langsung.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medis

1. Definisi

Fraktur merupakan rusaknya kontinuitas struktur tulang yang menyebabkan pergeseran fragmen tulang hingga deformitas. Pada luka fraktur dan luka insisi dapat terjadi edema dan nyeri yang mengakibatkan keterbatasan lingkup gerak sendi, dan keterbatasan klien dalam menumpu berat badannya sehingga seringkali klien mengalami gangguan mobilitas fisik (Çelik et al., 2018).

Ada beberapa macam *fracture* berdasarkan hubungan tulang dengan jaringan di sekitarnya dibagi menjadi *fracture* terbuka dan *fracture* tertutup. *Fracture* terbuka merupakan *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. Patofisiologi

Fraktur disebabkan oleh beberapa hal di antaranya karena adanya traumatik pada tulang. Tulang yang telah melemah oleh kondisi sebelumnya terjadi pada fraktur patologis. Patah tulang tertutup atau terbuka akan mengenai serabut syaraf yang akan

menimbulkan rasa nyeri. Selain itu *fraktur* atau patah tulang yaitu terputusnya kontinuitas jaringan tulang atau tulang rawan yang umumnya disebabkan oleh rudapaksa tulang tidak mampu digerakkan sehingga mobilitas fisik terganggu dan juga dapat menyebabkan defisiensi perawatan dirinya kurang, intervensi medis dengan penatalaksanaan pembedahan menimbulkan luka insisi yang menjadi pintu masuknya organisme patogen serta akan menimbulkan masalah resiko tinggi infeksi pasca bedah, nyeri akibat trauma jaringan lunak (Adhi et al., 2015).

Intervensi pembedahan pada *fraktur* tertutup merupakan ORIF (*Open Reduction Internal Fixation*) merupakan tindakan bedah yang dilakukan guna untuk mempertemukan dan memfiksasi kedua ujung fragmen tulang yang patah serta untuk mengoptimalkan penyembuhan dan hasil dengan cara pemasangan *plate* dan *skrew* setelah tulang menyambung (satu-dua tahun) maka *plate* dan *skrew* akan dilepas, dirumah sakit pelepasan tersebut sering disebut dengan operasi ROI apabila tidak dilakukan maka dapat mengganggu pertumbuhan tulang serta reaksi penolakan dari tubuh seperti infeksi (Adhi et al., 2015).

3. Etiologi

Klasifikasi *fracture* (Nurarif Huda, 2015) :

- a. Klasifikasi etiologis

- 1) *Fracture traumatic*, terjadi pada tulang karena adanya trauma akibat benturan benda tumpul serta tekanan.
 - 2) *Fracture patologis*, terjadi pada tulang karena adanya kelainan/penyakit yang menyebabkan kelemahan pada tulang (infeksi, tumor, kelainan bawaan) dan dapat terjadi secara spontan atau akibat trauma ringan.
 - 3) *Fracture stress*, terjadi karena adanya stress yang kecil dan berulang-ulang pada daerah tulang yang menopang berat badan. *Fracture stress* jarang sekali ditemukan pada anggota gerak atas.
- b. Klasifikasi klinis
- 1) *Fracture tertutup (simple fracture)*, bila tidak terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar.
 - 2) *Fracture terbuka (compound fracture)* bila terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar. Karena adanya perlukaan kulit.
 - 3) *Fracture dengan komplikasi*, misal *malunion delayed union, non union*, infeksi tulang.
- c. Klasifikasi radiologis
- 1) Lokalisasi yaitu: *diaphisal, metafisial, intra-artikular, fracture* dengan dislokasi.
 - 2) Menurut ekstensi yaitu F. Total, F. tidak total, F. *buckle* atau *torus*.

- 3) Menurut hubungan antara fragmen dengan fragmen lainnya :
tidak bergeser, bergeser (*angulasi, rotasi, distraksi, over riding, impaksi*).

4. Manifestasi klinis

Menurut (Nurarif Huda, 2015) :

- a. Tidak dapat menggunakan anggota gerak
- b. Nyeri pembengkakan.
- c. Terdapat trauma (kecelakaan lalu lintas, jatuh dari ketinggian 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.

5. 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.

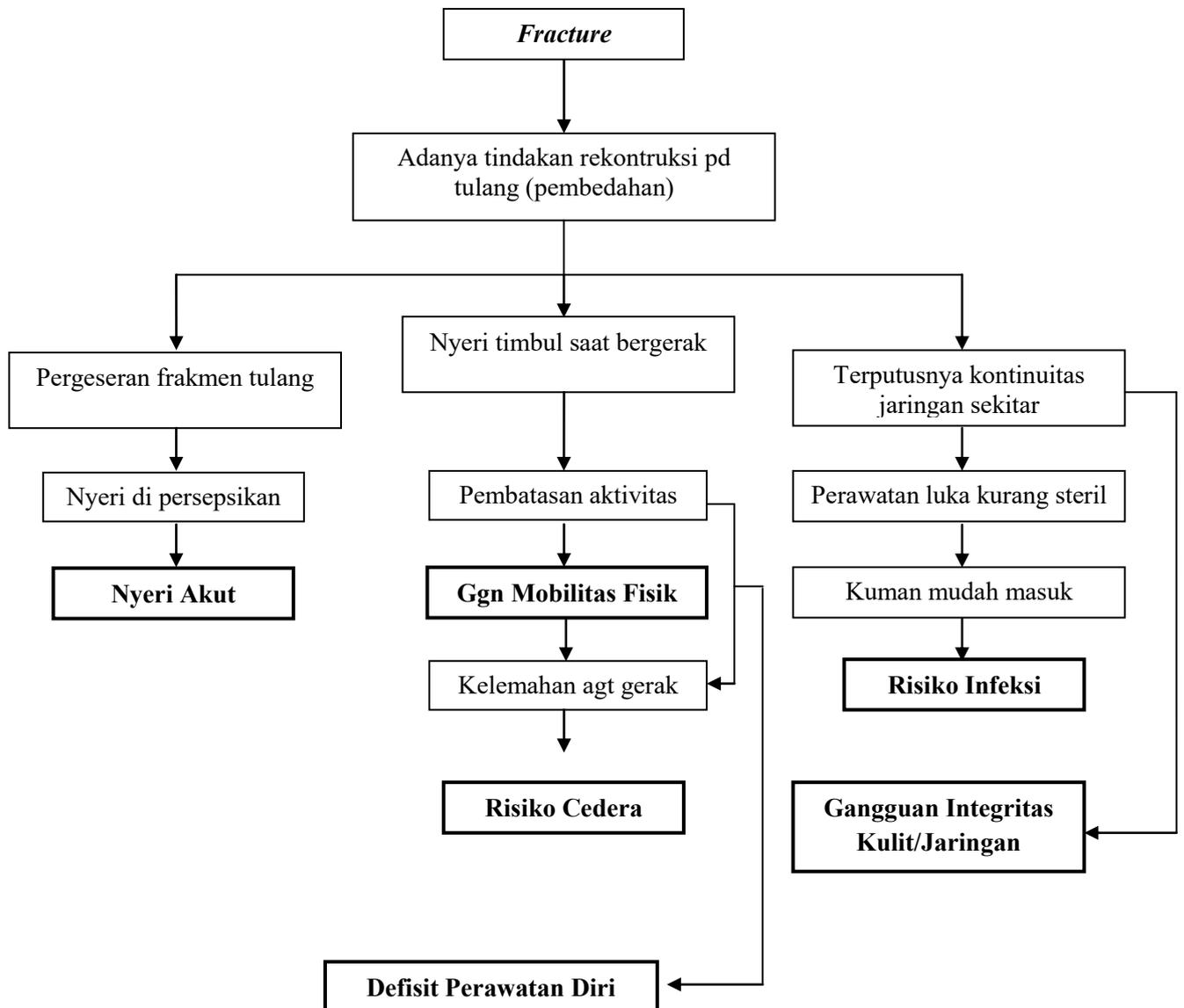
Redaksi terbuka,dengan pendekatan bedah.Alat fiksasi *internal* dalam bentuk pin,kawat,sekrup,plat,paku.

b. Imobilisasi

Imobilisasi dapat dilakukan dengan metode *eksternal* dan *internal* 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.

6. Pathway

Bagan 2.1 *Pathway Post Operatif Fracture*



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

B. Konsep asuhan keperawatan pada klien *post operatif 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 menurut (Tarwoto dan Wartonah dalam DEWI, 2020) :

- 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 perawatan di rumah sakit.

7) Pola persepsi dan konsep diri

Klien *fracture* akan timbul ketakutan akan kecacatan akibat *fracture*, rasa cemas, rasa ketidak mampuan 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 ketidak nyamanan, suhu disekitar trauma, fluktuasi pada pembengkakan, nyeri tekan (*tenderness*), krepitasi, letak kelainan (sepertiga proksimal, tengah atau distal).

- 3) *Move* yaitu gerakan abnormal ketika menggerakkan bagian 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 beransung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Berikut adalah diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada klien fracture menurut Nurarif, Amin Huda & Kusuma, (2016) dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia dalam (PPNI, 2017).

a. *Post Operatif Fracture*:

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (mis. prosedur operasi).
- 2) Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan *muskuloskeletal*
- 3) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri.
- 4) Gangguan Integritas Kulit/Jaringan berhubungan dengan factor mekanis
- 5) Risiko cedera berhubungan dengan ketidak amanan transportasi.
- 6) Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.

Berikut merupakan uraian dari diagnosa yang timbul bagi klien *post operatif fracture* menurut (Nurarif Huda, 2015), dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (PPNI, 2017):

Post 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. prosedur operasi).

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

4) Kondisi Klinis Terkait

- a) Kondisi pembedahan
- b) Cedera traumatis
- c) Infeksi
- d) Sindrom *coroner* akut
- e) *Glaucoma*

b. Defisit Perawatan Diri (D.0109)

4) Definisi

Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri

5) Penyebab

Gangguan *musculoskeletal*

6) Batasan Karakteristik

- c) Data Mayor

Data mayor yang dapat menunjang munculnya diagnosa defisit perawatan diri antara lain :

- (1) Menolak melakukan perawatan diri
- (2) Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/ kebutuhan KDM
- (3) Minat melakukan perawatan diri kurang

d) Data Minor

Data minor yang dapat menunjang munculnya diagnosa defisit perawatan diri.

5) Kondisi Klinis Terkait

- a) Strok
- b) Cedera *medulla spinalis*
- c) Depresi
- d) *Arthritis rheumatoid*
- e) *Retardasi* mental
- f) *Delirium*
- g) *Demensia*
- h) Gangguan *amnesic*
- i) *Skizofrenia* dan gangguan *psikotik* lain
- j) Fungsi penilaian terganggu

c. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

1) Definisi

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

2) Penyebab

Nyeri.

3) Batasan Karakteristik

f) Data Mayor

Data mayor yang dapat menunjang munculnya diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik antara lain :

(1) Klien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

(2) Kekuatan otot menurun

(3) *Range of motion* (ROM) 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

4) Kondisi Klinis Terkait

a) *Stroke*

- b) Cedera *medulla spinalis*
 - c) Trauma
 - d) Fracture
 - e) *Osteoarthritis*
 - f) *Ostemalasia*
 - g) Keganasan
- d. Gangguan Integritas Kulit/Jaringan (D.0129)
- 1) Definisi
Kerusakan kulit (dermis dan epidermis) atau jaringan (membran mukosa,kornea,fasia,otot,tendon,tulang,kartilago,kapsul sendi dan ligament)
 - 2) Penyebab
Faktor Mekanis.
 - 3) Batasan Karakteristik
 - a) Data Mayor
Data mayor yang dapat menunjang munculnya diagnosa Gangguan Integritas Kulit/Jaringan antara lain :
 - (1) Kerusakan jaringan dan lapisan kulit
 - b) Data Minor
Data minor yang dapat menunjang munculnya diagnosa Gangguan Integritas Kulit/Jaringan antara lain :
 - (1) Nyeri
 - (1) Perdarahan

(2) Kemerahan

(3) Hematoma

5) Kondisi Klinis Terkait

(1) *Imbolisasi*

(2) Gagal jantung *kongestif*

(3) Gagal ginjal

(4) *Diabetes melitus*

(5) *Imunodefisiensi*

e. Risiko Cedera (D.0136)

1) Definisi

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

2) Faktor Risiko

Ketidakamanan transportasi.

3) Kondisi Klinis Terkait

a) Kejang

b) *Sinkop*

c) *Vertigo*

d) Gangguan penglihatan

e) Gangguan pendengaran

f) Penyakit *Parkinson*

g) *Hipotensi*

h) Kelainan *nervus vestibularis*

- i) Retardasi mental
- f. Risiko Infeksi (D.0142)
- 1) Definisi
Beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.
 - 2) Faktor Risiko
Efek prosedur invasif.
 - 3) Kondisi Klinis Terkait
 - a) *AIDS*
 - b) Luka bakar
 - c) Penyakit paru obstruktif kronis
 - d) *Diabetes mellitus*
 - e) Tindakan *invasif*
 - f) Kondisi penggunaan terapi steroid
 - g) Penyalahgunaan obat
 - h) Kanker
 - i) Gagal ginjal
 - j) *Imunosupresi*
 - k) *Lymphedema*
 - l) *Leukositopenia*
 - m) Gangguan fungsi hati

3. Intervensi

Intervensi yang dapat dilaksanakan oleh perawat berdasarkan Standar

Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). (PPNI, 2018) :

Post Operatif Fracture

a. Nyeri Akut

Tabel 2.1 Intervensi *Post Operatif Fracture* Nyeri Akut

Tujuan	Intervensi
<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama Klien menyatakan nyeri hilang/berkurang, dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Keluhan nyeri menurun (L.08066) b. Meringis menurun (L.08066) c. Sikap protektif menurun (L.08066) d. Gelisah menurun (L.08066) e. Kesulitan tidur menurun (L.08066) f. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun (L.08066) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri (I.08238) 2. Identifikasi respon nyeri non verbal (I.08238) 3. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (I.08238) 4. Fasilitasi istirahat dan tidur (I.08238) 5. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri (I.08238) 6. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri (I.08238) 7. Ajarkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (I.08238) 8. Kolaborasi pemberian analgetik (I.08238)

b. Defisit Perawatan Diri

Tabel 2.2 Intervensi *Post Operatif Fracture* Defisit Perawatan Diri

Tujuan	Intervensi
<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama diharapkan Defisit Perawatan Diri dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Kemampuan mandi meningkat (L.11103)</p> <p>b. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat(L.11103)</p> <p>c. Melakukan perawatan diri meningkat (L.11103)</p> <p>d. Minat melakukan perawatan diri meningkat(L.11103)</p> <p>e. Mempertahakan kebersihan diri meningkat (L.11103)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia (I.11348) 2. Monitor tingkat kemandirian (I.11348) 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri,berpakaian,berhias dan makan (I.11348)

c. Gangguan Mobilitas Fisik

Tabel 2.3 Intervensi *Post Operatif Fracture* Gangguan Mobilitas Fisik

Tujuan	Intervensi
<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama diharapkan gangguan mobilitas fisik dapat teratasi, dengan kriteria hasil :</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya (I.06171) 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulansi (I.06171)

<ul style="list-style-type: none"> a. Pergerakan ekstremitas meningkat (L.05042) b. Kekuatan otot meningkat (L.05042) c. Rentang gerak (ROM) meningkat (L.05042) d. Nyeri menurun (L.05042) e. Kecemasan menuru (L.05042) f. Kaku sendi menurun(L.05042) g. Gerakan terbatas menurun (L.05042) h. Kelemahan fisik menurun (L.05042) 	<ul style="list-style-type: none"> 3. Fasilitasi aktivitas ambulansi dengan alat bantu (misalnya, tongkat, kruk) (I.06171) 4. Fasilitasi klien melakukan mobilisasi (I.06171) 5. Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan ambulansi (I.06171) 6. Jelaskan tujuan da prosedur ambulansi (I.06171) 7. Anjurkan melakukan ambunlasi dini (I.06171) 8. Ajarkan ambulansi sederhana yang harus dilakukan (misalnya, berjalan dari tempat tidur ke kursi roda) (I.06171)
--	---

d. Gangguan Integritas Kulit/Jaringan

Tabel 2.4 Intervensi *Post Operatif Fracture* Gangguan Integritas Kulit/Jaringan

Tujuan	Intervensi
<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama diharapkan gangguan integritas yerikulit/jarigan dapat teratasi, dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. kerusakan jarigan menurun (L.14125) b. kerusakan lapisan kulit menurun 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Indentifikasi penyebab gangguan integritas kulit (I.11353) 2. Monitor karakteristik luka (I.11353) 3. Monitor tanda-tanda luka (I.11353)

(L.14125)	
c. nyeri menurun (L.14125)	
d. perdarahan menurun (L.14125)	
e. Risiko Infeksi	

Tabel 2.5 Intervensi *Post Operatif Fracture* Risiko Infeksi

Tujuan	Intervensi
<p>Setelah diberikan tindakan asuhan keperawatan selama diharapkan klien dapat terhindar dari risiko infeksi, dengan kriteria hasil:</p> <p>a. Demam menurun (L.14137)</p> <p>b. Nyeri menurun (L.14137)</p> <p>c. Kemerahan menurun (I.14137)</p> <p>d. Bengkak menurun (L.14137)</p> <p>e. <u>Cairan</u> berbau busuk menuru (L.14137)</p> <p>f. Kultur dara meningkat (L.14137)</p> <p>g. Kadar sel darah putih meningka (L.14137)</p> <p>h. Kebersihan tangan meningkat (L.14137)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik (I.14539) 2. Batasi jumlah pengunjung (I.14539) 3. Berikan perawatan kulit pada area edema (I.14539) 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan klie (I.14539) 5. Pertahankan tehnik aseptik pada klien beresiko tinggi (I.14539) 6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi (I.14539) 7. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar(I.14539) 8. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan (I.14539) 9. Kolaborasi pemberian obat (I.14539)

f. Resiko cedera

Tabel 2.6 Intervensi *Post Operatif Fracture* Risiko Cedera

Tujuan	Intervensi
<p>Setelah diberikan tindakan asuhan keperawatan selama diharapkan klien dapat terhindar dari risiko cedera , dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Toleransi aktivitas meningkat (L.14136) b. Kejadian cedera menurun (L.14136) c. Luka/lecet menurun (L.14136) d. Fracture menurun (L.14136) e. Ekspresi wajah kesakitan menurun (L.14136) f. Gangguan mobilitas menurun (L.14136) g. Tekanan darah membaik (L.14136) h. Frekuensi nadi membaik (L.14136) i. Frekuensi nafas membaik (L.14136) j. Pola istirahat dan tidur membaik (L.14136) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebutuhan keselamatan (misal, kondisi fisik, fungsi kognitif, dan riwayat perilaku) (I.14513) 2. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bahaya dan resiko (I.14513) 3. Sediakan alat bantu keamanan lingkungan (misal, <i>commode chair</i> dan pegangan tangan) (I.14513) 4. Gunakan perangkat pelindung (misal, pengekangan fisik, rel samping, pagar asur) (I.14513) 5. Diskusikan bersama anggota keluarga yang dapat mendampingi klien (I.14513) 6. Anjurkan berganti posisi secara perlahan (I.14513) 7. Ajarkan individu, keluarga dan kelompok tentang resiko tinggi

	bahaya (I.14513)
--	--------------------

4. Implementasi keperawatan

Implementasi merupakan pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah di susun pada tahap perencanaan ukuran intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan, pengobatan,tindakan untuk memperbaiki kondisi,pendidikan untuk klien-keluarga atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari (Supratti & Ashriady, 2018).

Untuk kesuksesan pelaksanaan implementasi keperawatan agar sesuai dengan rencana keperawatan perawat harus mempunyai kemampuan kognitif (*intelektual*) kemampuan dalam hubungan interpersonal, dan keterampilan dalam melakukan tindakan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien,faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan (Supratti & Ashriady, 2018).

Komponen yang terdapat pada implementasi adalah :

a. Tindakan observasi

Tindakan observasi yaitu tindakan yang ditujukan untuk mengumpulkan dan menganalisis data status kesehatan klien.

b. Tindakan terapeutik

Tindakan terapeutik adalah tindakan yang secara langsung dapat berefek memulihkan status kesehatan klien atau dapat mencegah perburukan masalah kesehatan klien.

c. Tindakan edukasi

Tindakan edukasi merupakan tindakan yang ditujukan untuk meningkatkan kemampuan klien merawat dirinya dengan membantu klien memperoleh perilaku baru yang dapat mengatasi masalah.

d. Tindakan kolaborasi

Tindakan kolaborasi adalah tindakan yang membutuhkan kerjasama baik dengan perawat lainnya maupun dengan profesi kesehatan lainnya seperti dokter, analis, ahli gizi, farmasi

5. Evaluasi keperawatan

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 di berikan (Andi Parellangi 2017).

Terdapat dua jenis evaluasi menurut (Fitrianti, 2018):

a. Evaluasi *Formatif* (Proses)

Evaluasi *formatif* berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi *formatif* ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. 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 *Sumatif* (Hasil)

Evaluasi *sumatif* adalah evaluasi yang dilakukan setelah semua aktivitas proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi *sumatif* 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 (Desain Penelitian)

Penelitian ini menggunakan metode deskriptif kualitatif. Penelitian kualitatif adalah jenis penelitian yang temuan-temuannya tidak diperoleh melalui prosedur kuantifikasi, perhitungan statistik, atau bentuk cara-cara lainnya yang menggunakan ukuran angka. Penelitian kualitatif prinsipnya untuk memahami obyek yang diteliti secara mendalam. Tujuan penelitian kualitatif pada umumnya mencakup informasi tentang fenomena utama yang dieksplorasi dalam penelitian, partisipan penelitian dan lokasi penelitian (Rukajat, 2018).

Jenis penelitian ini merupakan deskriptif kualitatif dalam bentuk studi kasus untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada klien dengan *post operatif fracture* di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. Pendekatan yang digunakan merupakan pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi: pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

B. Subyek Penelitian

Subyek yang digunakan dalam penelitian adalah individu dengan kasus yang akan diteliti secara rinci dan mendalam. Adapun subyek penelitian yang akan diteliti yaitu dua orang klien dengan diagnosa medis *fracture* yang di rawat di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

1. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik atau persyaratan umum yang diharapkan peneliti untuk bisa memenuhi subjek penelitiannya (Sani, 2018).

Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah :

- a. Klien dengan post operatif *fracture*.
- b. Klien dewasa berjenis kelamin laki-laki maupun perempuan.
- c. Klien yang dirawat di ruang perawatan RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.
- d. Klien sadar penuh dengan tingkat kesadaran *composmentis*.
- e. Klien bersedia menjadi responden selama penelitian *study* kasus berlangsung.

2. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah suatu karakteristik dan populasi yang dapat menyebabkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi namun tidak dapat disertakan menjadi subjek penelitian (Sani, 2018).

Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah :

- a. Klien yang dirawat di ruang ICU (*Intensive Care Unit*).
- b. Klien yang sedang rawat jalan.

C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)

Fracture merupakan hilangnya kontinuitas tulang, baik yang bersifat total maupun sebagian, biasanya disebabkan oleh trauma atau

tenaga fisik. Salah satunya *fracture* berdasarkan diagnosa medis dan tercatat didalam rekam medik klien.

Asuhan keperawatan klien dengan *fracture* merupakan suatu proses tindakan keperawatan dilakukan oleh seorang perawat yang diberikan secara langsung kepada klien dengan post operatif *fracture*, baik pada *fracture* tertutup maupun *fracture* terbuka dalam tatanan pelayanan kesehatan meliputi pengkajian, menegakkan diagnosa keperawatan, menyusun intervensi, melaksanakan intervensi dan mengevaluasi asuhan keperawatan pada *fracture*.

D. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian pada *study* kasus ini dilakukan di ruang perawatan RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. Waktu penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 22 april tahun 2021.

E. Prosedur Penelitian

Prosedur penelitian ini dilakukan melalui tahap sebagai berikut:

1. Peneliti melakukan penyusunan proposal penelitian dengan menggunakan metode *study* kasus.
2. Peneliti melakukan ujian proposal, setelah proposal disetujui oleh penguji maka penelitian akan dilanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data.
3. Peneliti melapor kepada Kepala Ruangan dan CI (*Clinical Instructure*).
4. Bersama Kepala ruangan, CI serta penguji, mahasiswa menentukan klien *study* kasus sesuai dengan kriteria inklusi untuk dilakukan Asuhan Keperawatan.

5. Peneliti melakukan bina hubungan saling percaya kepada klien yang telah ditentukan.
6. Setelah bina hubungan saling percaya berhasil dilakukan, kemudian mahasiswa melakukan pengkajian kepada klien melalui pengisian format pengkajian, observasi, dan wawancara.
7. Setelah pengkajian telah dilakukan, peneliti mengumpulkan data fokus untuk menegakkan diagnosa.
8. Peneliti melakukan perencanaan asuhan keperawatan sesuai dengan perencanaan yang telah disusun.
9. Peneliti melakukan tindakan asuhan keperawatan sesuai dengan perencanaan yang telah disusun.
10. Peneliti melakukan evaluasi asuhan keperawatan yang telah diberikan kepada klien.
11. Kemudian mahasiswa melakukan dokumentasi keperawatan.

F. Teknik dan Instrument Pengumpulan Data

1. Teknik Pengumpulan Data

Adapun cara pengumpulan data pada penyusunan studi kasus ini antara lain:

a. Wawancara

Wawancara yaitu hasil anamnesa berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, dahulu, keluarga dan lain-lain. Sumber data yang didapat bisa dari klien, keluarga atau rekam medik.

b. Observasi dan pemeriksaan fisik

Observasi dan pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan tehnik inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi pada tubuh klien.

c. *Study* dokumentasi

Study dokumentasi merupakan data yang didapatkan dari pemeriksaan diagnostik.

2. *Instrument* Pengumpulan Data

Alat atau *instrument* pengumpulan data menggunakan format pengkajian Asuhan Keperawatan Medikal Bedah.

G. Keabsahan Data

Keabsahan data dimaksudkan untuk membuktikan kualitas data atau informasi yang diperoleh dalam penelitian sehingga menghasilkan data dengan validitas. Disamping integritas peneliti (karena peneliti menjadi instrument utama), keabsahan data dilakukan dengan memperpanjang waktu pengamatan atau tindakan, sumber informasi tambahan menggunakan *triangulasi* dari tiga sumber data utama yaitu klien, perawat dan keluarga klien yang berkaitan dengan masalah yang diteliti. *Triangulasi* diartikan sebagai teknik pengumpulan data yang bersifat menggabungkan data dari berbagai teknik pengumpulan data dan sumber data yang telah ada. Dalam penelitian menggunakan tiga teknik *triangulasi* yaitu :

1. *Triangulasi* sumber

Triangulasi sumber berarti untuk mendapatkan data dari sumber yang berbedabeda dengan teknik yang sama. Misalnya melalui observasi dan wawancara, peneliti bisa menggunakan observasi terlihat pada dokumen-

dokumen klien atau rekam medis, dan pemeriksaan penunjang yang dapat berupa foto atau gambar.

2. *Triangulasi teknik*

Triangulasi teknik berarti peneliti menggunakan teknik pengumpulan data yang berbeda-beda untuk mendapatkan data dari sumber data yang sama.

3. *Triangulasi waktu*

Triangulasi waktu juga dapat mempengaruhi kredibilitas data. Data yang dikumpulkan dengan teknik wawancara dipagi hari saat narasumber masih segar sehingga akan memungkinkan data yang lebih valid.

H. Analisis Data

Setelah mengumpulkan data melalui observasi, wawancara, dan *study* dokumentasi selanjutnya menggunakan analisis data. Analisis data dilakukan sejak di lahan penelitian, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Teknik analisis data dapat dilakukan dengan cara dengan mengumpulkan data-data dari penelitian yang diperoleh dari hasil wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah.

Kemudian dengan cara observasi oleh peneliti dan *study* dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya dikumpulkan oleh peneliti. Data yang dikumpulkan tersebut dapat berupa data subjektif dan data objektif. Data subjektif adalah data yang didapatkan dari klien berupa suatu pendapat terhadap situasi atau kejadian. Sedangkan data objektif adalah data yang dapat diobservasi dan diukur, yang diperoleh menggunakan panca indra (melihat,

mendengar, mencium, dan meraba) selama pemeriksaan fisik. Dari data tersebut, selanjutnya peneliti menegakkan diagnosa keperawatan, kemudian peneliti menyusun intervensi atau rencana keperawatan, melakukan implementasi atau pelaksanaan tindakan keperawatan serta mengevaluasi asuhan keperawatan yang telah diberikan kepada klien.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dilakukan pengkajian, analisa data, menegakan diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi, evaluasi dan akan dilakukan pembahasan dari kedua subjek penelitian dari mengenai asuhan keperawatan pada klien yang mengalami fraktur di ruangan Flamboyan B dan Angrek Hitam lantai 5 RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan pada tahun 2021. Adapun hasil dan pembahasannya diuraikan sebagai berikut :

A. Hasil

1. Gambaran Lokasi Penelitian

Penelitian klien 1 dan 2 dilakukan di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan yang terletak di Jalan MT Haryono No. 656 Balikpapan. RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo atau dahulu dikenal dengan Rumah Sakit Umum Balikpapan ini dibuka sejak tanggal 12 September 1949. Fasilitas yang tersedia antara lain: instalasi rawat jalan, instalasi farmasi, ruangrawat inap, fisioterapi, dan UGD 24 jam.

Flamboyan B meliputi kasus, keperawatan medikal bedah *post op fracture femur sinistra* Serta kasus yang dirawat di ruang Angrek Hitam lantai 5 meliputi kasus, keperawatan medikal bedah *post op fracture femur dextra*.

2. Data Asuhan Keperawatan

1) Pengkajian

Tabel 4.1 Hasil Anamnesis Klien 1 dan 2 dengan post op Fracture

Identitas Klien	Klien 1	Klien 2
Nama	Tn. R	Tn. RM
Jenis Kelamin	Laki-Laki	Laki-laki
Umur	54 Tahun	21 tahun
Status Perkawinan	Menikah	Menikah
Pekerjaan	Tidak bekerja	Swasta
Agama	Islam	Islam
Pendidikan Terakhir	SMA	SMA
Alamat	Jl. Kol syarifuddin yoes no 51 rt 93	Jl. Longikis desa karya bahagia RT 03
Diagnosa Medis	Post op Close fracture femur sinistra (ORIF)	Post op Close Fracture femur Dextra (ORIF)
Nomor Register	62.92.XX	82.81.XX
MRS / Tgl Pengkajian	MRS : 25 April 2021 Tgl pengkajian : 28 April 2021	MRS 23 Mei 2021 Tlg: pengkajian : 25 Mei 2021
Keluhan utama	Klien mengatakan nyeri pada kaki kiri yang di operasi.	Klien mengatakan Nyeri pada kaki kanan yang di operasi.
Riwayat penyakit sekarang	Klien mengatakan jatuh dari motor akibat menghindari kucing, lokasi kejadiannya di depan mall living plaza pukul 19: 00 kemudian kien di bawa IGD RSKD pada pukul 20:00 di IGD kien mendapatkan perawatan dan dilakukan ronsen kemudian kien Di pindahkan ke ruangan perawatan falmboyan B untuk menjadwalkan melakukan post op fraktur di rukan operasi. Kien mulai puasa pukul 22.30,klien mulai di pindahkan dari ruangan falmboyan B ke ruangan operasi pukul 14:00. kien selesai operasi pukul 15:10 P: klien mengatakan nyeri pada kaki kiri jika digerakkan	Klien mengatakan mengalami kecelakaan motor vs motor, kemudian klien dibawa ke IGD RSKD pada pukul 20:00. Di IGD klien mendapat perawatan dan dilakukan rontgen kemudian klien Di pindahkan ke ruangan perawatan angrek hitam lantai 5 untuk menjadwalkan melakukan post op fraktur di rukan operasi. Kien mulai puasa pukul 22.00 kien mulai di pindahkan dari ruangan angrek hitam lantai 5 ke ruangan operasi pukul: 13:00. kien selesai operasi pukul 14:00 P : kien mengatakan nyeri pada kaki kanan jika di

	<p>Q: klien mengatakana nyeri seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R:klien mengatakan nyeri pada kaki kiri yang di operasi</p> <p>S: klien mengatakan skala nyeri 5</p> <p>T: nyeri terasa saat digerakkan dan hilangsaat diistirahatkan.</p>	<p>gerkan</p> <p>Q : Klien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk</p> <p>R : Klien mengatkan nyeri pada kaki kanan yang di operasi</p> <p>S : Kilen mengatakan skala nyeri 5</p> <p>T : Hilang timbul</p>
Riwayat penyakit dahulu	Klien mengatakan belum pernah dirawat di rumah sakit sebelumnya, tidak ada riwayat penyakit kronik dan menular, tidak ada riwayat operasi sebelumnya.	Klien mengatakan tidak pernah dirawat dirumah sakit sebelumnya.tidak ada riwayat penyakit menular,tidak ada riwayat operasi sebelumnya
Riwayat penyakit keluarga	Klien mengatakan keluarga tidak ada yang memiliki riwayat penyakit.	Keluarga mengatakan tidak ada riwayat penyakit dalam keluarga
Psikososial	<p>a. Klien dapat berkomunikasi dengan perawat maupun orang lain sangat baik dan lancar serta menjawab pertanyaan yang diajukan oleh perawat.</p> <p>b. Ekspresi klien terhadap penyakitnya tidak terdapat gangguan.</p> <p>c. Reaksi saat berinteraksi klien dapat kooperatif</p> <p>d. tidak ada gangguan konsep diri citra tubuh persepsi klien terhadap kondisi kakinya tidak jadi masalah meskipun harus menggunakan tongkat saat berjalan, dari prilaku klien hanya harus mengikuti anjuran dari dokter dan perawat dan klien ingin cepat sembuh..</p>	<p>a. Klien dapat berkomunikasi dengan perawat maupun orang lain sangat baik dan lancar serta menjawab pertanyaan yang diajukan oleh perawat.</p> <p>b. Ekspresi klien terhadap penyakitnya adalah tidak terdapat gangguan.</p> <p>c. Klien kooperatif saat interaksi</p> <p>d. tidak ada gangguan konsep diri citra tubuh persepsi klien terhadap kondisi kakinya tidak jadi masalah meskipun harus menggunakan tongkat saat berjalan, dari prilaku klien hanya harus mengikuti anjuran dari dokter dan perawat dan klien ingin cepat sembuh..</p>

Spiritual	Sebelum sakit klien selalu beribadah. Selama di rumah sakit klien jarang untuk beribadah.	Kebiasaan beribadah a. Sebelum sakit klien sering beribadah b. Setelah sakit klien beribadah hanya kadang –kadang
-----------	---	---

Berdasarkan tabel 4.1 ditemukan data dari identitas klien. Pada klien 1 bernama Tn. R berusia 54 tahun, berjenis kelamin Laki-Laki, masuk rumah sakit pada tanggal 25 April 2021 dan dilakukan pengkajian pada tanggal 28 April 2021 dengan diagnosa medis *post op Close fracture femur sinistra (ORIF)*. Sedangkan pada klien 2 bernama Tn. RM berusia 21 tahun, berjenis kelamin Laki-Laki, masuk rumah sakit pada tanggal 23 Mei 2021 dan dilakukan pengkajian pada tanggal 25 Mei 2021 dengan diagnosa medis *post op fracture femur dextra (ORIF)*.

Pada pengkajian riwayat kesehatan dalam keluhan utama pada klien 1 dan klien 2 ditemukan ada persamaan seperti nyeri pada daerah yang di operasi. Pada riwayat kesehatan sekarang ditemukan data klien 1 pada tanggal 25 April 2021 mengalami kecelakaan tunggal dan jatuh dari motorakibat menghindari kucing,kaki kiri terasa nyeri kemudian kilen di bawa ke IGD kilen mulai puasa pukul 22: 30,kilen mulai operasi pukul 14:00 dan selesai operasi pukul 15.10 P: klien mengatakan nyeri pada kaki kiri jika digerakkan Q: klien mengatakana nyeri seperti ditusuk- tusuk.R:klien mengatakan nyeri pada kaki kiri yang di operasi,S: klien mengatakan skala nyeri 5 dan T: nyeri terasa saatdigerakkan dan hilangsaat diistirahatkan.

Sedangkan data klien 2, klien mengatakan mengalami kecelakaan tabrakan motor vs motor, klien dibawa ke IGD RSKD pada tanggal 23 Mei 2021 klien mulai puasa pukul 22:00, klien mulai operasi pukul 13:00 dan selesai operasi pukul 14:00 P : klien mengatakan nyeri pada kaki kanan jika di gerkan Q : Klien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk, R : Klien mengatakan nyeri pada kaki kanan yang di operasi, S : Klien mengatakan skala nyeri 5 dan T : Hilang timbul Data dari pengkajian data psikososial pada klien 1 dan klien 2, ekspresi ke dua klien pada penyakitnya yaitu tidak tampak tegang dan gelisah.

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 infus di tangan kanan, selang kateter dan terpasang elastis verban di kaki kiri.	Sedang Terpasang infus di tangan kanan, terpasang elastis verban di kaki kanan
2. Kesadaran	Tingkat kesadaran Compos Mentis (GCS) E4M6V5	Compos Mentis E4M6V5
3. Tanda-tanda vital	TD : 140/80 mmHg N : 80 x/menit S : 36°C RR : 20 x/menit	TD : 120/80 mmHg Nadi : 80 kali/menit RR : 20 kali/menit: 36. °C
4. Kenyamanan/nyeri	P: klien mengatakan nyeri pada kaki kiri jika digerakkan Q: klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk R:klien mengatakan nyeri pada kaki kiri yang di operasi S: klien mengatakan skala nyeri 5 T: nyeri terasa saat digerakkan dan hilang saat diistirahatkan.	P : klien mengatakan nyeri pada kaki kanan jika di gerakan Q : seperti mengatakan nyeri seperti tertusuk R : klien mengatakan nyeri pada kaki kanan yang di operasi S : klien mengatakan skala nyeri 5 T : Hilang timbul
5. Status Fungsional/ Aktivitas dan Mobilisasi Barthel Indeks.	Klien mengatakan susah untuk melakukan miring kanan dan miring kiri ,klien bisa duduk dengan bantuan.	Klien mengatakan susah untuk melakukan miring kanan dan miring kiri ,klien bisa duduk dengan bantuan klien bisa

	<p>Mengendalikan rangsang defekasi (BAB) : 2 (mandiri) Mengendalikan rangsang berkemih (BAK): 2 (mandiri) Membersihkan diri (cuci muka, sisir rambut, sikat gigi): 0 (butuh pertolongan orang lain) Penggunaan jamban, masuk dan keluar: 1 (Perlu pertolongan pada beberapa kegiatan tetapi dapat mengerjakan sendiri kegiatan yang lain) Makan: 1 (perlu diolong memotong makanan) Berubah sikap dari berbaring ke duduk: 2 (bantuan) Berpindah/berjalan: 1 (bisa pindah dengan kursi roda) Memakai baju: 1 (sebagian dibantu) Naik turun tangga: 1 (butuh pertolongan) Mandi: 0 (tergantung orang lain) Total Skor: 11 (Ketergantungan sedang).</p>	<p>berjalan menggunakan tongkat kruk. Mengendalikan rangsang defekasi (BAB) : 2 (mandiri) Mengendalikan rangsang berkemih (BAK): 2 (mandiri) Membersihkan diri (cuci muka, sisir rambut, sikat gigi): 0 (butuh pertolongan orang lain) Penggunaan jamban, masuk dan keluar: 1 (Perlu pertolongan pada beberapa kegiatan tetapi dapat mengerjakan sendiri kegiatan yang lain) Makan: 2 (mandiri) Berubah sikap dari berbaring ke duduk: 2 (bantuan) Berpindah/berjalan: 1 (bisa pindah dengan kursi roda) Memakai baju: 1 (sebagian dibantu) Naik turun tangga: 1 (butuh pertolongan) Mandi: 0 (tergantung orang lain) Total Skor: 11 (Ketergantungan sedang).</p>
6. Pemeriksaan kepala a. Rambut	<p>Finger print di tengah frontal terdehidrasi, kulit 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, kulit 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, konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, pupil isokor.</p>

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 ditengah.	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 ditengah.
d. Rongga Mulut	Tidak ada sianosis, tidak ada luka, gigi lengkap, warna lidah merah muda, mukosa bibir lembab, letak uvula simetris ditengah.	Tidak ada sianosis, tidak ada luka, gigi lengkap, warna lidah merah muda, mukosa bibir lembab, letak uvula simetris ditengah.
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.

<p>8. Pemeriksaan thorak :Sistem Pernafasan</p>	<p>Klien mengatakan tidak ada keluhan sesak nafas. Bentuk thorak simetris (normal <i>chest</i>), pola pernafasan normal dan teratur dengan frekuensi pernafasan 20x/menit, tidak terdapat penggunaan otot bantu pernafasan, tidak terdapat pernafasan cuping hidung. Pada pemeriksaan vocal premitus getaran paru kanan dan kiri teraba sama kuat, suara perkusi sonor, suara nafas vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan.</p>	<p>Klien tidak ada keluhan sesak nafas, nyeri waktu bernafas dan batuk. Bentuk dada simetris, frekuensi nafas 20 kali/menit, irama nafas teratur, pernafasan cuping hidung tidak ada, penggunaan otot bantu nafas tidak ada, klien tidak menggunakan alat bantu nafas. Vokal premitus teraba diseluruh lapang paru, Ekspansi paru simetris, pengembangan sama di paru kanan dan kiri, Tidak ada kelainan. Suara perkusi Sonor Suara nafas vesikuler dan tidak ada suara nafas tambahan.</p>
<p>9. Pemeriksaan jantung : Sistem Kardiovaskuler</p>	<p>Tidak ada nyeri dada, CRT < 2 detik. Ictus cordis tidak terlihat, ictus cordis teraba di ICS V linea midclavikula 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 midclavikula kiri suara perkusi redup. Bunyi jantung I terdengar lup dan bunyi jantung II terdengar dup. Tidak ada bunyi jantung tambahan.</p>	<p>Tidak ada nyeri dada, CRT < 2 detik. Ictus cordis tidak terlihat, ictus cordis teraba di ICS V linea midclavikula 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 midclavikula kiri suara perkusi redup. Bunyi jantung I terdengar lup dan bunyi jantung II terdengar dup. Tidak ada bunyi jantung tambahan.</p>

<p>10. Pemeriksaan Sistem Pencernaan dan Status Nutrisi</p>	<p>BB: 50 kg TB: 160 cm IMT: 19,5 kg/m² Kategori: berat badan ideal Tidak ada penurunan berat badan dalam 6 bulan terakhir dan nafsu makan baik.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Saat di rumah klien memiliki kebiasaan makan dengan nasi, sayur, dan lauk sejumlah 1 porsi sedang sekali makan dengan frekuensi 3 kali sehari pada pagi, siang, dan malam. - Saat di rumah, klien memiliki kebiasaan minum sejumlah ± 1500 ml, minuman yang diminum oleh klien berupa air putih. - Di rumah sakit, klien makan dengan nasi, sayur, lauk dan buah sejumlah 1 porsi sedang sekali makan dengan frekuensi 3 kali sehari pada pagi, siang, dan malam. - Saat di rumah sakit, klien minum sejumlah ± 1500 ml, minuman yang diminum oleh klien berupa air putih. - Klien tidak memiliki pantangan atau alergi, - tidak memiliki kesulitan dalam mengunyah dan menelan. - tidak ada mual dan muntah. <p>Semenjak sakit, klien dapat makan sendiri kadang di bantu.</p>	<p>BB : 66Kg TB : 165 Cm IMT : 24,2 kg/m² Kategori : kelebihan bobot Tidak ada penurunan berat badan dalam 6 bulan terakhir dan nafsu makan baik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Saat di rumah klien mengatakan untuk makan 3x sehari klien tidak memilikin riwayat alergi pada makanan - Saat di rumah juga klien memiliki kebiasaan minum air putih dalam 1 hari bisa sampe ± 1500 ml - Saat di rumah sakit klien mengatakan untuk makanan yang di berikan selalu habis - Untuk minum klien meminum air putih dalam 1 hari klien bias menghabiskan ± 1500 ml. - Klien tidak memiliki pantangan atau alergi - Tidak memiliki kesulitan dalam mengunyah dan menelan - Tidak ada mual muntah. - Sejak sakit klilen dapat makan sendiri kadang dibantu
---	---	--

11. Abdomen	<ul style="list-style-type: none"> - Bentuk abdomen datar - tidak ada benjolan atau massa - tidak ada bayangan pembuluh darah. - tidak ada nyeri tekan, - tidak ada pembesaran pada hepar. Pada titik <i>Mc. Burney</i> tidak ditemukan nyeri tekan, tidak ada acites. Suara abdomen timpani. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bentuk abdomen datar - tidak ada benjolan atau massa - tidak ada bayangan pembuluh darah. - tidak ada nyeri tekan, - tidak ada pembesaran pada hepar. Pada titik <i>Mc. Burney</i> tidak ditemukan nyeri tekan, tidak ada acites. Suara abdomen timpani.
12. Sistem Persyarafan	<ul style="list-style-type: none"> - Status memori panjang - perhatian dapat mengulang - Bahasa baik, - dapat berorientasi pada orang, tempat dan waktu, - tidak ada keluhan pusing - istirahat tidur 6-7 jam/hari. Klien tidak ada kesulitan dalam istirahat tidur. <p>Pada pemeriksaan saraf kranial :</p> <ul style="list-style-type: none"> - nervus I klien dapat membedakan bau – bau. - pada nervus II klien dapat melihat dan membaca tanpa menggunakan kacamata. - pada nervus III klien dapat menggerakkan bola mata ke bawah dan ke samping. - pada nervus IV pupil klien mengecil saat dirangsang cahaya - pada nervus V klien dapat merasakan sensasi halus dan tajam - pada nervus VI klien 	<ul style="list-style-type: none"> - Status memori panjang - perhatian dapat mengulang - Bahasa baik, - dapat berorientasi pada orang, tempat dan waktu, - tidak ada keluhan pusing - istirahat tidur 8 jam/hari. Klien tidak ada kesulitan dalam istirahat tidur. <p>Pada pemeriksaan saraf kranial :</p> <ul style="list-style-type: none"> - nervus I klien dapat membedakan bau – bau. - pada nervus II klien dapat melihat dan membaca tanpa menggunakan kacamata. - pada nervus III klien dapat menggerakkan bola mata ke bawah dan ke samping. - pada nervus IV pupil klien mengecil saat dirangsang cahaya - pada nervus V klien dapat merasakan sensasi halus dan tajam - pada nervus VI klien mampu melihat benda tanpa menoleh

	<p>mampu melihat benda tanpa menoleh</p> <ul style="list-style-type: none"> - pada nervus VII klien bisa senyum dan mengangkat alis mata. - pada nervus VIII klien dapat mendengar gesekan jari. - pada nervus IX Klien mampu membedakan rasa manis dan asam - pada nervus X klien dapat menelan - pada nervus XI klien bisa melawan tahanan pada bahu dan menggerakkan. - pada nervus XII kliendapat menjulurkan lidah dan menggerakkan lidah keberbagai arah. 	<ul style="list-style-type: none"> - pada nervus VII klien bisa senyum dan mengangkat alis mata. - pada nervus VIII klien dapat mendengar gesekan jari. - pada nervus IX Klien mampu membedakan rasa manis dan asam - pada nervus X klien dapat menelan - pada nervus XI klien bisa melawan tahanan pada bahu dan menggerakkan. - pada nervus XII klien dapat menjulurkan lidah dan menggerakkan lidah keberbagai arah.
13. Sistem Perkemihan	<ul style="list-style-type: none"> - Kebersihan : Bersih. - tidak ada keluhankencing. - Klien terpasang kateter ukuran nomor 18, produksi urine 1000 ml/hari, warna kuning dan bau khas. - Tidak ada nyeri tekan \dan pembesaran padakandung kemih. 	<ul style="list-style-type: none"> - Kebersihan : Bersih - Tidak ada keluhan kencing. - Kemampuan berkemih : tidak Menggunakan alat bantu - Produksi urine 1000ml/hari - Warna : Kuning cerah - Bau : Khas urine - Tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih

<p>14. Sistem muskuloskeletal dan Integumen</p>	<p>- Pergerakan sendi terbatas, otot simetris kanan dan kiri.</p> <p>- Kekuatan otot : Pada pemeriksaan tangan kanan, tangan kiri dan kaki kanan didapatkan kekuatan otot 5, sedangkan pada kaki kiri didapatkan kekuatan otot 3. Klien masih bisa menggerakkan jari-jari dan pergelangan kaki.</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">3</td> </tr> </table> <p>Tidak ada kelainan tulang belakang Turgor kulit baik Pada penilaian risiko decubitus, persepsi sensoris 4 yaitu tidak ada gangguan, kelembaban 4 yaitu jarang basah, aktivitas 1 yaitu bedfast, mobilisasi 1 yaitu imobile sepenuhnya, nutrisi 4 yaitu sangat baik, gesekan dan pergeseran 2 yaitu potensial bermasalah, total nilai 16 yaitu <i>low risk</i>.</p>	5	5			5	3	<p>- Pergerakan sendi bebas</p> <p>- Kekuatan otot : Pada pemeriksaan tangan kanan, tangan kiri dan kaki kiri didapatkan kekuatan otot 5, sedangkan pada kaki kanan didapatkan kekuatan otot 3. Klien masih bisa menggerakkan jari-jari dan pergelangan kaki.</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">3</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> </table> <p>Tidak ada kelainan tulang belakang Turgor kulit baik Nilai risiko dekubitus, persepsi sensoris 4 yaitu tidak ada gangguan, kelembaban 4 yaitu jarang basah, aktivitas 1 yaitu bedfast, mobilisasi 1 yaitu imobile sepenuhnya, nutrisi 4 yaitu sangat baik, gesekan dan pergeseran 2 yaitu potensial bermasalah, total nilai 16 yaitu <i>low risk</i>.</p>	5	5			3	5
5	5													
5	3													
5	5													
3	5													
<p>15. Sistem Endokrin</p>	<p>Tidak ada pembesaran pada kelenjar tyroid dan kelenjar getah bening dan trias DM. Tidak terdapat riwayat luka sebelumnya dan riwayat amputasi sebelumnya.</p>	<p>Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, getah bening dan trias DM Tidak terdapat riwayat luka sebelumnya dan riwayat amputasi sebelumnya</p>												
<p>16. Seksualitas dan Reproduksi a. Payudara</p>	<p>Bentuk payudara simetris kanan dan kiri, warna aerola kehitaman, tidak ada benjolan pada axilla dan <i>clavikula</i>.</p>	<p>Bentuk payudara simetris kanan dan kiri, warna aerola kehitaman, tidak ada benjolan pada axilla dan <i>clavikula</i>.</p>												
<p>b. Genitalia</p>	<p>Genetalian klien normal klien mengatakan tidak ada luka</p>	<p>Genetalia klien normal, tidak ada luka.</p>												

17. Keamanan Lingkungan	Penilaian risiko klien jatuh dengan skala morse. Riwayat jatuh yang baru atau 3 bulan terakhir yaitu 25 (ya), diagnosa sekunder lebih dari 1 diagnosa yaitu 0 (tidak), menggunakan alat bantu yaitu 0 (<i>bedrest</i>), menggunakan IV dan kateter yaitu 20 (ya), kemampuan berjalan yaitu 10 (lemah), status mental yaitu 0 (orientasi sesuai kemampuan diri), total skor yaitu 55 (Risiko).	Penilaian risiko klien jatuh dengan skala morse. Riwayat jatuh yang baru atau 3 bulan terakhir yaitu 25 (ya), diagnosa sekunder lebih dari 1 diagnosa yaitu 0 (tidak), menggunakan alat bantu yaitu 0 (<i>bedrest</i>), menggunakan IV dan kateter yaitu 20 (ya), kemampuan berjalan yaitu 10 (lemah), status mental yaitu 0 (orientasi sesuai kemampuan diri), total skor yaitu 55 (Risiko).
18. Pengkajian psikososial	Persepsi kien terhadap penyakit : kien mengatakan coban tuhan Ekpresi kien terhadap penyakit : kien tampak tegang Reaksi saat interaksi : kooperatif	Persepsi kien terhadap penyakit : kien mengatakan coban tuhan Ekpresi kien terhadap penyakit : kien tampak tegang Reaksi saat interaksi : kooperatif
19. Personal hygiene	Saat di rumah klien memiliki kebiasaan mandi sebanyak 2 kali sehari, sikat gigi sebanyak 2 kali sehari dan keramas sebanyak 1 kali sehari, memotong kuku seminggu sekali saat panjang. Di rumah sakit, klien jarang untuk di seka menggosok gigi jarang Klien terlihat tampak kotor. Klien tidak memiliki kebiasaan merokok dan meminum minuman beralkohol.	Saat di rumah klien memiliki kebiasaan mandi sebanyak 2 kali sehari, sikat gigi sebanyak 2 kali sehari dan keramas sebanyak 1 kali sehari, memotong kuku seminggu sekali saat panjang. Di rumah sakit, klien di seka 2 x sehari (pagi dan sore) menggosok gigi 1x sehari mengganti pakaian 2x sehari (pagi dan sore) Klien terlihat tampak bersih. Klien tidak memiliki kebiasaan merokok dan meminum minuman beralkohol.

berdasarkan tabel 4.2 ditemukan data dari pemeriksaan kenyamanan dan nyeri pada klien 1 didapatkn nyeri pada kaki kiri yang di operasi jika digerakkan, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri ada kaki kiri yang patah, skala nyeri 5, nyeri terasa saat digerakkan da hilang saat diistirahatkan.

Sedangkan pada klien 2 didapatkan nyeri pada kaki kanan yang di operasi, nyeri seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 5 dan nyeri yang dirasakan hilang timbul.

Pemeriksaan status *fungsi* dan aktivitas dan mobilisasi *barthel indeks* pada klien 1 total skor nya adalah 11 (ketergantungan sedang) sedangkan pada klien 2 total skornya adalah 11 (ketergantungan sedang).

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 3. Terpasang spalk pada kaki kiri. Sedangkan pada klien 2 pemeriksaan tangan kanan, tangan kiri, kaki kiri didapatkan kekuatan otot 5, sedangkan kaki kanan didapatkan kekuatan otot 3 terpasang spalk pada kaki kanan.

Pemeriksaan keamanan lingkungan pada klien 1 dengan skala morse didapatkan total skor yaitu 55 (resiko), sedangkan klien 2 penilaian keamanan lingkungan dengan skala morse didapatkan total skor yaitu 55 (Risiko).

Pengkajian psikososial pada klien 1 persepsi klien terhadap penyakit yaitu cobaan dari tuhan, ekspresi klien terhadap penyakit tenang dan reaksi saat interaksi produktif, sedangkan klien 2 persepsi klien terhadap penyakit yaitu cobaan dari tuhan, ekspresi klien terhadap penyakit tenang dan reaksi saat interaksi produktif.

Pengkajian *personal hygiene* dan kebiasaan pada klien 1 tidak ditemukan masalah selama di rumah sakit. *Personal hygiene* pada klien 1, saat dirumah sakit klien jarang diseka oleh keluarganya kuku klien tampak panjang, sedangkan Pengkajian *personal hygiene* dan kebiasaan pada klien 2 didapatkan data bahwa klien di seka 2 kali sehari (pagi dan sore), tidak pernah keramas, Ganti pakaian 2 kali sehari (pagi dan sore) dan sikat gigi 1 hari sekali.

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 28 April 2021 a. Hemoglobin: 13.25 (13.0 – 18.0) b. Leukosit: 9.48 (4.00 - 10.00) c. Hematokrit: 41,2 (40.0 – 54.0) d. Trombosit: 296 (150-450)	Pada tanggal 25 Mei 2021 a. Hemoglobin: 16.00 (13.0 – 18.0) b. Leukosit: 9.53 (4.00 - 10.00) c. Hematokrit: 47,00 (40.0 – 54.0) d. Trombosit: 363 (150-450)
Rontgen	Pada tanggal 25 April 2021 Pada hasil pemeriksaan ditemukan <i>Close fracture femur sinistra</i>	Pada tanggal 23 Mei 2021 Pada hasil pemeriksaan ditemukan <i>Close fracture femur dextra</i>
EKG	Tidak ada	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 dan 2 didapatkan nilai semua normal. Hasil pemeriksaan rontgen didapatkan pada klien 1 ditemukan *Close fracture femur sinistra*,

sedangkan pada klien 2 ditemukan *Close fracture pada femur dextra*.

Tabel 4.4

hasil penatalaksanaan terapi pada Klien 1 dan 2 di RSUD
dr.Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Klien 1	Klien 2
<ol style="list-style-type: none"> 1. Ringer laktat (RL) 16 TPM pemberian lewat iv (jenis cairan infus golongan kristaloid yang dapat digunakan oleh pasien dewasa dan anak-anak sebagai sumber elektrolit dan air) 2. Ketorolac 3x1 mg iv Golongan obat antiinflamasi nonsteroid Ketorolac bekerja dengan cara menghambat produksi senyawa kimia yang bisa menyebabkan peradangan dan rasa nyeri. 3. Metoklopromid 2x10 mg iv Golongan obat antiemetik yang bekerja dengan mempercepat pengosongan lambung. 4. Cefazolin 1x1 mg iv Golongan obat sefalosporin Bekerja Mengobati infeksi bakteri dan mencegah infeksi bakteri sebelum dan pascaoperasi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. NS 0,9% 20 TPM Natrium sodium 0,9% 16Tpm : komposisi Natrium sodium digunakan sebagai pengganti cairan tubuh. 2. Ketorolac 2x1 mg iv Golongan obat antiinflamasi nonsteroid Ketorolac bekerja dengan cara menghambat produksi senyawa kimia yang bisa menyebabkan peradangan dan rasa nyeri 3. Cefoperazone 2x1 iv Golongan obat sefalosporin bekerja dengan cara mengganggu pembentukan dinding sel bakteri, sehingga akan membunuh dan menghambat perkembangan bakteri penyebab infeksi

Berdasarkan tabel 4.4 ditemukan data penatalaksanaan terapi pemberian obat pada klien 1 yaitu ringer lakta,ketorolac metoklopromid,cefazolin,. Sedangkan pada klien 2 yaitu NS 0.9%, Ketorolac,Cefoperazon.

Tabel 4.5
Analisa Data Pada Klien 1 dengan *Post Op Close fracture femur sinistra* di ruang flamboan B RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo

No.	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
1.	<p>Data Subjektif :</p> <p>a. Klien mengatakan nyeri pada kaki sebelah kiri mulai terasa P: nyeri post op operasi Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk R: nyeri pada kaki kiri di area operasi S: skala nyeri 5 T: nyeri yang dirasakan ketika digerkan dan hilang saat di istirahatkan</p> <p>Data Obyektif:</p> <p>a) Ekspresi wajah sesekali meringis menahan nyeri b) Klien tampak bersikap protektif c) TTV: TD: 140/80 mmHg N: 88x/menit S: 36⁰C RR: 20x/menit</p>	Agen pencedera fisik (prosedur operasi)	Nyeri akut (D.0077)
2.	<p>Subyektif</p> <p>a) Klien mengatakan kaki kirinya belum bisa digerakkan tetapi masih bisa merasakan sentuhan dan jari-jari kaki bisa digerakkan. b) Klien mengatakan susah untuk melakukan miring kiri dan miring ke kanan c) Klien mengatakan nyeri pada kaki sebelah kiri pasca post op</p> <p>Obyektif</p>	Gangguan <i>Musculoskeletal</i>	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)

	<p>a) Kekuatan otot</p> $\begin{array}{r} 5 \quad 5 \\ \\ \hline 5 \quad 3 \end{array}$ <p>b) Total skor pada Mobilisasi barthel indeks: 11 (ketergantungan sedang) Pergerakan sendi terbatas Terpasang balutan perban</p>		
3.	<p>Subjektif : kilen mengatakan semenjak masuk rumah sakit kilen belum ada mandi/ di seka,sikat gigi,memotong kuku.</p> <p>Objektif : Kilen tampak kotor kilen tampak terpasang kateter dan terpasang pampers</p>	Kelemahan dan gangguan <i>musculoskeletal</i>	Defisit perawatan diri (D.0109)
4.	<p>Subyektif a. Kilen mengatakan masih lemah</p> <p>Obyektif</p> <p>a) Terpasang infus di tangan kanan,terapi cairan RL</p> <p>b) gerakan sendi terbatas</p> <p>c) Kekuatan otot</p> $\begin{array}{r} 5 \quad 5 \\ \\ \hline 5 \quad 3 \end{array}$ <p>d) Total skor risiko jatuh dalam skala morse: 55 (risiko)</p>	kondisi pasca operasi	Risiko jatuh (D.0143)
5.	<p>Subjektif : a) Kilen mengatakan belum tau tentang tanda dan gejala infeksi</p> <p>Objektif: a) Kilen terpasang kateter b) Kondisi luka baik dan bersih c) Kilen mendapatkan terapi antibiotik</p>	Prosedur tindakan invasif (pemasangan Pen)	Risiko infeksi (D.0142)

Tabel 4.6
 Analisa data klien 2 (Tn. RM) dengan *post fracture femur dextradi*
 ruang Angrek Hitam lantai 5 RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo

No.	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
1.	Data Subjektif : a. Klien mengatakan nyeri pada kaki kanan P : nyeri post op operasi Q : nyeri yang dirasakan klien seperti ditusuk tusuk R : nyeri pada paha kanan di area operasi S : dengan skala nyeri 5 T : nyeri yang dirasakan hilang timbul Data Objektif : a. Wajah klien terlihat meringis b. Terpasang perban dikaki kanan c. Klien menderita fracture femur dextra d. TTV : TD: 120/80 mmhg N : 80x/mnt,RR : 20 x/mnt T : 36 °C	Agen pencedra fisik (prosedur operasi)	(D. 0077) Nyeri akut

2.	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien mengatakan sulit bergerak karena keadaan kakinya yang di operasi b. Klien mengatakan tidak bisa beraktivitas normal seperti biasanya di akibatkan pasca post op Tersebut c. Klien mengatakan belum biasa menapakkan telapak kaki kanannya d. Klien mengatakan masih kesulitan berpindah dari baring ke duduk <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien menderita fracture pada kaki kanan b. Aktivitas klien terlihat dibantu oleh keluarga c. Klien terlihat kesulitan membolak balikan posisi d. Kekutan otot pada kaki kanan 3 selain itu 5 e. Tepasang balutan perban pada paha Kanan 	Gangguan Muskulosekletal	(D.0054) Gangguan mobilitas fisik
3.	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien mengatakan sulit untuk merawat diri karena keterbatasan pergerakan b. Klien mengatakan sehari hanya 2 kali di seka <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien dalam memenuhi kebutuhan personal hygiene dibantu oleh keluarga b. Klien untuk kebutuhan bab/bak menggunakan 	Kelemahan dan gangguan musculoskeletal	(D.0109) Defisit Perawatan Diri

	<p>pispot</p> <p>c. Klien tidak terpasang kateter</p> <p>d) Skor barthel indeks dengan kategori tingkat ketergantungan sedang dengan skor 11</p>		
4.	<p>Subjektif :</p> <p>a) Klien mengatakan masih lemah</p> <p>Objektif :</p> <p>a) Skala morse klien 55 (resiko tinggi)</p> <p>b) klien terpasang infus.</p> <p>c) Pagar tempat tidur terpasang</p> <p>d) Roda tempat tidur terkunci</p>	Kondisi pasca operasi	Risiko Jatuh (D.0143)
5.	<p>Subjektif :</p> <p>a) Klien mengatakan belum tau tentang tanda dan gejala infeksi</p> <p>Objektif:</p> <p>a) Klien tidak terpasang kateter</p> <p>b) Kondisi luka pasca post op baik</p> <p>c) Klien mendapatkan terapi antibiotik</p>	Prosedur tindakan invasif (pemasangan Pen)	Resiko infeksi (D.0142)

2) Diagnosa Keperawatan

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

No.	Klien 1		Klien 2	
	Hari/ tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Hari/ tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan
Post Operatif				
1	Rabu,28 April 2021	(D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) dibuktikan dengan wajah klien tampak meringis dan klien mengeluh nyeri pada kaki kiri yang di operasi dengan skala nyeri 5 dan durasi nyeri nyeri saat di gerkan dan hilang saat di istirahatkan.	Selasa,25 Mei 2021	(D.0077) Nyeri akut berhubungan denganagen pencedera fisik (prosedur operasi) di buktikan dengan wajah klien tampak meringis dan klien mengeluh nyeri pada kaki kanan yang di operasi dengan sekala nyeri 5 dan durasi nyeri hilang timbul.
2	Rabu,28 April 2021	(D.0054) Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan <i>musculoskeletal</i> yang dibuktikan dengan mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, dan Rentang Gerak (ROM) menurun.	Selasa,25 Mei 2021	(D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal yang dibuktikan dengan mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, dan Rentang Gerak (ROM)menurun
3	Rabu,28 April 2021	(D.0109) Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dan gangguan musculoskeletal yang dibuktikan klien tidak mampu mandi,menggunakan pakaian,makan, ke toilet, dan berhias secara mandiri, dan minat untuk melakukan perawatan diri kurang	Selasa,25 Mei 2021	(D.0109) Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dan gangguan musculoskeletal yang dibuktikan klien tidak mampu mandi,menggunakan pakaian,makan, ke toilet, dan berhias secara mandiri, dan minat untuk melakukan perawatan diri kurang

4.	Rabu,28 April 2021	(D.0143) Risiko jatuh di tandai dengan kondisi pasca operasi yang dibuktikan dengan sekala morse pada klien 55 (resiko tinggi) dan klien menggunakan atau terpasang selang kateter dan infus	Selasa,25 Mei 2021	(D.0143) Risiko Jatuh di tandai dengan kondisi pasca operasi yang dibuktikan dengan sekala morse pada klien 55 (resiko tinggi) dan klien terpasang selang infus.
5.	Rabu 28 April 2021	(D.0142) resiko infeksi di tandai dengan prosedur invasif (pemasangan pen) di buktikan dengan kelen belum mengerti tanda dan gejala infeksi.	Selasa 25 Mei 2021	(D.0142) resiko infeksi di tandai dengan prosedur invasif (pemasangan pen) di buktikan dengan kelen belum mengerti tanda dan gejala infeksi

Berdasarkan tabel 4.6 setelah melakukan pengkajian dan menganalisis data pada klien 1 dan klien 2, ditemukan diagnosa keperawatan *Post* operasi Fracture yang muncul pada klien 1 tanggal ,28 April 2021 dan klien 2 tanggal 25 Mei 2021. Pada klien 1 muncul 5 diagnosa keperawatan dan pada klien 2 muncul 5 diagnosa keperawatan.

3) Perencanaan

Tabel 4.8 Perencanaan pada klien 1 dan 2 dengan *Post Operatif* Fracture di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Hari/ Tanggal	Dx Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Perencanaan
Klien 1			
Senin, 28 April 2021	Nyeri akut b.d. agen pencedera fisik (prosedur operasi)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x5 jam di harapkan tingkat nyeri menurun (L.08066) dengan kriteria hasil : a. Keluhan nyeri menurun b. Merigis menurun c. Mampu mengontrol nyeri (mampu menggunakan tehnik non farmakologi)	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1.1 Identifikasi lokasi , karakteristik,durasi , frekuensi ,kualitas dan intesitas nyeri 1.2 Identifikasi skala nyeri 1.3 Identifikasi respon nyeri non verbal 1.4 Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 1.5 Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 1.6 Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri Edukasi 1.7 Ajarkan teknik nonfarmakologi (nafas dalam) Kalaborasi 1.8 Kalaborasi pemberian analgetik,jika perlu

Senin, 28 April 2021	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan muskuloskeletal	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 5 jam di harapkan tingkat mobilisasi fisik (L.05042) meningkat dengan kriteria hasil : 1) Pergerakan ekstremitas meningkat 2) Kekuatan otot meningkat 3) Rentang gerak (ROM) meningkat 4) Kecemasan menurun 5) Kelemahan fisik menurun 6) Nyeri menurun	Dukungan mobilisasi (I.05173) Observasi 2.1 Identifikasi kemampuan klien dalam mobilisasi 2.2 Monitor ttv Terapeutik 2.3 Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 2.4 Anjurkan Melakukan mobilisasi dini 2.5 Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan(mis.duduk tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
Senin 28 april 2021	Deficit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dan gangguan musculoskeletal (D.0109)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x5 jam di harapkan tingkat perawatan diri meningkat (L.111030) dengan kriteria hasil : 1) Kemampuan mandi meningkat 2) Minat melakukan perawatan diri meningkat 3) Mempertahakan kebersihan diri meningkat 4) Mempertahakan kebersihan mulut meningkat	Dukungan perawatan diri (I.11348) Observasi: 3.1 identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 3.2 monitor tingkat kemandirian 3.3 identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri,berpakaian,berhias,dan makan Terapeutik : 3.4 siapkan keperluan pribadi (mis.parfum,sikat gigi,dan sabun mandi 3.5 dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 3.6 jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi : 3.7 anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

<p>Senin, 28 April 2021</p>	<p>Risiko jatuh d.d kondisi pasca operasi</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 5 jam diharapkan maka tingkat jatuh menurun (L.14138) dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) jatuh dari tempat tidur menurun 2) jatuh saat duduk menurun 3) jatuh saat dipindahkan menurun 4) jatuh saat di kamar mandi menurun 	<p>Pencegahan jatuh (I.14540) Observasi 4.1 Identifikasi factor resiko jatuh. 4.2 Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis. fall morse scale). Terapeutik 4.3 Pasang handrall tempattidur. 4.4 Atur tempat tidur mekanis posisi rendah. Edukasi 4.5 Anjurkan memanggil perawat jika</p>
<p>Senin,28 April 2021</p>	<p>(D.0142) Risiko infeksi d.d prosedur invasif (pemasangan pen)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan selama 1x 5 jam keperawatan di harapkan maka tingkat infeksi menurun (L.14137) Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) kebersihan tangan meningkat 2) kebersihan badan meningkat 3) nyeri menurun 	<p>membutuhkan bantuan untuk berpindah. Pencegahan infeksi (I.14539) Observasi 5.1 Monitor tanda dan gejala infeksi Terapeutik: 5.2 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Edukasi : 4 Jelaskan tanda dan gejala infeksi 5 Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 6 Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 7 Anjurkan meningkatkan</p>

Klien 2			
Selasa, 25 Mei 2021	(D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 5 jam di harapkan tingkat nyeri menurun (L.08066) dengan kriteria hasil : a. Keluhan nyeri menurun b. Merigis menurun c. Mampu mengontrol nyeri (mampu menggunakan tehnik non farmakologi)	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1.1 Identifikasi lokasi , karakteristik,durasi , frekuensi ,kualitas danintesitas nyeri 1.2 Identifikasi skala nyeri 1.3 Identifikasi respon nyerinon verbal 1.4 Identifikasi factor yangmemperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 1.5 Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 1.6 Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri Edukasi 1.7 Ajarkan teknik nonfarmakologi (nafas dalam) Kalaborasi 1.8 Kalaborasi pemberian analgetik,jika perlu
selasa, 25 Mei 2021	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskulosekel etal	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x5 jam di harapkan tingkat mobilisasi fisik meningkat (L.05042) dengan kriteria hasil : 1) Pergerakan ekstremitas meningkat 2) Kekuatan otot meningkat 3) Rentang gerak (ROM) meningkat 4) Kecemasan menurun 5) Kelemahan fisik menurun 6) Nyeri menurun	Dukungan mobilisasi(I.05173) Observasi 2.1 Identifikasi kemampuanklien dalam mobilisasi 2.2 Monitor ttvTerapeutik 2.3 Libatkan keluarga untukmembantu klien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 2.4 Anjurkan Melakukan mobilisasi dini 2.5 Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan(mis.duduk tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindahdari tempat tidur ke kursi)

Selasa, 25 Mei 2021	Deficit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dan gangguan musculoskeletal	Setelah dilakukan tindakan keperawatan di selama 1x5 jam diharapkan tingkat perawatan diri meningkat (L.111030) dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1) Kemampuan mandi meningkat 2) Minat melakukan perawatan diri meningkat 3) Mempertahakan kebersihan diri meningkat 4) Mempertahakan kebersihan mulut meningkat 	Dukungan perawatan Diri (I.11348) Observasi 3.1 Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan dirisesuai usia 3.2 Monitor tingkat kemandirian 3.3 Identifikasi kebutuhanalat bantu kebersihan diri, berpakaian, dan berhias. Terapeutik 3.4 Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. Privasi klien) 3.5 Dampingi dalam melakukan perawatandiri sampai mandiri. 3.6 Bantu jika tidak mampumelakukan perawatan Diri 3.7 Jadwalkan rutinitasperawatan diri Edukasi 3.8 Anjurkan melakukan perawatan diri secarakonsisten sesuai kemampuan
Selasa , 25 Mei 2021	(D.0143) Risiko jatuh d.d kondisi pasca operasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 5 jam diharapkan maka tingkat jatuh menurun (L.14138) dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1) jatuh dari tempat tidur menurun 2) jatuh saat duduk menurun 3) jatuh saat dipindahkan menurun 4) jatuh saat di kamar mandi menurun 	. Pencegahan jatuh (I.14540) Observasi 4.1 Identifikasi factor resikojatuh. 4.2 Hitung risiko jatuh dengan menggunakanskala (mis. fall morse scale). Terapeutik 4.3 Pasang handrall tempattidur. 4.4 Atur tempat tidur mekanis posisi rendah. Edukasi 4.5 Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan

	(D.0142)		bantuan untuk berpindah.
Selasa 25 Mei 2021	Risiko infeksi d.d prosedur invasif (pemasangan pen)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x5 jam di harapkan maka tingkat infeksi menurun (L.14137) Dengan kriteria hasil : 1) kebersihan tangan meningkat 2) kebersihan badan meningkat 3) nyeri menurun	Pencegahan infeksi (I.14539) Observasi 5.1 Monitor tanda dan gejala infeksi Terapeutik: 5.2 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Edukasi : 5.3 Jelaskan tanda dan gejala infeksi 5.4 Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 5.5 Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 5.6 Anjurkan meningkatkan asupan cairan

Berdasarkan tabel 4.7 setelah membuat perencanaan tindakan asuhan keperawatan sesuai dengan masing-masing diagnosa yang ditemukan pada klien 1 dan klien 2, selanjutnya melakukan pelaksanaan tindakan keperawatan pada klien 1 dan klien 2.

4) Pelaksanaan

Tabel 4.9
Implementasi Keperawatan Klien 1 dengan *Post Operatif* Operasi Fracture di
RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
Senin, 28 April 2021 16.00	<p>Melakukan pengkajian</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Mengidentifikasi lokasi , karakteristik,durasi , frekuensi ,kualitas dan intensitas nyeri 1.2 Mengidentifikasi skala nyeri 1.3 Mengidentifikasi respon nyeri non verbal 2.1 mengidentifikasi kemampuan klien dalam mobilisasi 2.2 Memonitor ttv 3.1 mengidentifikasi kemampuan dalam perawatan diri 4.1 Mengidentifikasi factor resiko jatuh. 4.2 Menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis. fall morse scale). 4.3 Memasang handrall tempat tidur. 5.1 mengidentifikasi resiko infeksi 5.2 menjelaskan tanda dan gejala infeksi 	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan selesaioperasi sekitar jam 15.10 2) Klien mengatakan masih terasa nyeri pada kaki kiri yang di operasi P: nyeri pada kaki kiri jikadigerakkan Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk R: nyeri pada kaki kiri yangyang di operasi S: skala nyeri 5 T: nyeri terasa saat kaki digerakkan dan hilang saatdiistirahatkan 3) Klien mengatakan susah melakukan miring kanan dan miring kiri 4) Klien mengatakan kaki kirinya susah digerakkan dan jika digerakkan terasanyeri tetapi masih bisa merasakan sentuhan, jari-jari dan pergelangan kaki bisa digerakkan 5) Kilen mengatakan semenjakawal masuk rumah sakit kilen Cuma 1 kali di seka <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ekspresi wajah sesekalimeringis menahan nyeri 2) Klien tampak bersikapprotektif 3) Kilen tampak kotor 4) Kilen terpasang kateter daninfus. 5) Pergerakan sendi terbatas 6) Total sekor pada mobilisasi Barthel indeks: 11 (ketergantungan sedang)

18.10	<p>1.4 Mengajarkan teknik non farmakologi (nafas dalam)</p> <p>1.5 pemberian obat analgetik</p> <p>2.3 Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).</p> <p>3.2 Menjelaskan tentang kebersihan diri</p> <p>4.5 Mengajarkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah.</p> <p>5.2 menjelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>5.3 mengajarkan mencuci tangan</p>	<p>7) Kekuatan otot</p> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">3</td> </tr> </table> <p>8) TTV: TD: 140/80 mmHgN: 80x/menit S: 36⁰C RR: 20x/menit</p> <p>9) <i>Fall morse scall</i> 55 (resiko)</p> <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan paham cara melakukan tehnik nafas dalam 2) Klien mengatakan paham tentang kebersihan diri 3) Klien mengatakan paham bagaimana cara duduk ditempat tidur. 4) Klien mengatakan paham cara mencuci tangan 5) Klien mengatakan paham dengan anjuran perawat <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien tampak mengerti dengan apa yang diajarkan oleh perawat 2) Terdapat luka operasi dikaki kiri 3) Klien terpasang kateter dan infus <p>Kolaborasi obat analgetik yaitu ketorolax 3x1 mg dan metoklopramid 2x10 mg</p>	5	5	5	3
5	5					
5	3					

<p>Selasa, 29 April 2021 13.00</p>	<p>1.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri</p> <p>1.2 Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>1.3 Mengidentifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>1.4 Berikan teknik non farmakologi (nafas dalam)</p> <p>2.1 Mengidentifikasi kemampuan klien dalam mobilisasi</p> <p>2.2 Memonitor TTV</p> <p>3.1 Monitor kemampuan klien dalam perawatan diri</p> <p>4.1 Mengidentifikasi faktor risiko jatuh.</p> <p>3.2 Menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis. <i>fall morse scale</i>).</p> <p>3.3 Memasang handrall tempat tidur.</p> <p>5.3 mengajarkan mencuci tangan</p> <p>5.4 monitor tanda dan gejala infeksi</p>	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan nyeri pada kaki sebelah kiri masih terasa nyeri P: nyeri pada kaki kiri ketika digerakkan Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk R: nyeri pada paha kiri di area operasi S: skala nyeri 4 T: nyeri yang dirasakan hilang timbul 2) Klien mengatakan kaki kirinya sudah mulai bisa digerakkan tetapi belum terlalu kuat. 3) Klien mengatakan kaki kirinya bisa merasakan sentuhan dan jari-jari kaki bisa digerakkan 4) Klien mengatakan sudah bisa sedikit-sedikit untuk miring ke kiri tetapi untuk miring ke kanan belum terlalu bisa dan untuk duduk belum terlalu bisa 5) Klien mengatakan untuk mengganti pakaian di bantu oleh keluarga <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ekspresi wajah sesekali meringis menahan nyeri 2) Terdapat luka jahitan operasi di paha kiri, tidak ada pembengkakan 3) Klien tampak melakukan teknik nafas dalam 4) Terpasang kateter dan infus 5) <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">3</td> </tr> </table> <p style="margin-left: 40px;">Kekuatan otot</p> 6) Pergerakan sendi terbatas 7) Total skor pada mobilisasi barthel indeks: 11 (ketergantungan sedang) 8) Total skor risiko jatuh dalam skala morse: 55 (risiko) 9) TTV : TD: 130/90 mmHgN: 83x/menit S: 36,6°C RR: 20x/menit 	5	5	5	3
5	5					
5	3					

17.00	<ul style="list-style-type: none"> 1.1 berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 1.2 kolaborasi pemberian analgetik 2.1 Mengajukan Melakukan mobilisasi dini 2.2 Melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan 3.1 Monitor tingkat perawatan Diri 4.1 Mengajukan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 5.1 monitor tingkat kebersihan badan 	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan setelah melakukan tehnik nafas dalam klien sedikit merasanyaman 2) Klien paham dan akan melaksanakan anjuranperawat . <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Klien tampak sedikit lebih tenang. 2) Klien tampak paham dengan apa yang dianjurkanoleh perawat. 3) Klien tampak melakukanperawatan diri 4) Pemberian obat ketorolac 3x1 mg dan metoklopramid 1x1 mg
Rabu, 30 April 2021 13.00	<ul style="list-style-type: none"> 1.1 Mengidentifikasi lokasi , karakteristik,durasi , frekuensi ,kualitas dan intensitas nyeri 1.2 Mengidentifikasi skala nyeri 1.3 Mengidentifikasi respon nyeri non verbal 2.1 Monitor ttv 2.2 Mengidentifikasi kemampuan klien dalam mobilisasi 3.1 Monitor tingkat perawatandiri 4.1 Mengidentifikasi factor resiko jatuh 4.2 Mengidentifikasi factor resiko jatuh 4.3 Memasang handrall tempat 	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan nyeri pada kaki sebelah kiriagakberkurang P: nyeri pada kaki kiriketika digerakkan Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk R: nyeri pada paha kiri di area operasi S: skala nyeri 3 T: nyeri yang dirasakanhilang timbul 2) Klien mengatakan sudah bias miring kiri dan kanan dan duduk dengan

17:00	<p>tidur.</p> <p>5.1 monitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>5.2 mengajarkan mencuci tangan</p> <p>1.1 Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>1.2 Kolaborasi pemberian analgetik</p> <p>1.3 Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi protein dan kalori</p> <p>2.1 Melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>3.1 Monitor tingkat perawatandiri</p> <p>4.1 Memasang handrall tempat tidur.</p> <p>5.1 monitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>5.2 mengajarkan mencuci tangan</p>	<p>bersandar</p> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien sesekali tampak meringis akibat nyeri 2) Klien masih tampak terpasang selang kateter 3) Klien tampak bersih dan tidak kotor lagi 4) Handrall tempat tidur tampak terpasang 5) TTV : TD: 130/90mmHgN: 80x/menit S: 36.2°C RR : 20x/menit <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan merasa lebih nyaman setelah melakukan teknik nafas dalam 2) Klien mengatakan paham dengan apa yang dianjurkan oleh perawat <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien tampak lebih tenang 2) Keluarga klien membantu dalam mengatur posisi klien 3) Keluarga membantu dalam perawatan diri seperti mengganti pakaian dan meseka kelen 4) Handrall tempat tidur tampak terpasang 5) Klien tampak tidak ada tanda-tanda infeksi 6) Klien tampak melakukan mencuci tangan dengan benar
-------	--	--

Berdasarkan tabel 4.9 Implementasi tindakan keperawatan dilakukan untuk mengatasi masalah-masalah yang ditemukan pada klien sesuai dengan perencanaan intervensi keperawatan masing-masing diagnosa keperawatan yang telah disusun. Pelaksanaan tindakan keperawatan *post operasi fracture sinistra* pada klien 1 dilakukan selama 3

hari perawatan yaitu dari tanggal 28 April 2021 sampai tanggal 30 April 2021. Pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan secara komprehensif.

Tabel 4.10 Implementasi Keperawatan Klien 2 dengan Post Operasi Fracturedi RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
<p>Selasa, 25 Mei 2021 15.00 Wita</p>	<p>Melakukan pengkajian</p> <p>1.4 Mengidentifikasi lokasi ,karakteristik,durasi , frekuensi ,kualitas dan intesitas nyeri</p> <p>1.5 Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>1.6 Mengidentifikasi respon nyerininon verbal</p> <p>2.3 mengidentifikasi kemampuanklien dalam mobilisasi</p> <p>2.4 Memonitor ttv</p> <p>3.1 mengidentifikasi kemampuan dalam perawatan diri</p> <p>4.3 Mengidentifikasi factorresiko jatuh.</p> <p>4.4 Menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala(mis. fall morse scale).</p> <p>3.1 Memasang handrall tempat tidur.</p> <p>5.1 mengidentifikasi resiko infeksi</p> <p>5.2 menjelaskan tanda dan gejala infeksi</p>	<p>DS:</p> <p>1) Klien mengatakan selesai operasi sekitar jam 14.00</p> <p>2) Klien mengatakan masih terasa nyeri pada kaki kanan P: nyeri pada kaki kanan jikadigerakkan Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk R: nyeri pada paha kanan yang di operasi S: skala nyeri 5 T: hilang timbul</p> <p>3) Klien mengatakan susah melakukan miring kanan dan miring kiri</p> <p>4) Klien mengatakan kaki kanannya susah digerakkan dan jika digerakkan terasanyeri tetapi masih bisa merasakan sentuhan, jari-jari dan pergelangan kaki bisa digerakkan</p> <p>5) Kilen mengatakan untuk mandi kalin di bantu oleh keluarganya</p> <p>DO:</p> <p>1) Ekspresi wajah sesekali meringis menahan nyeri</p> <p>2) Klien tampak bersikap protektif</p> <p>3) Kilen tampak tidak kotor</p> <p>4) Kilen terpasang infus.</p> <p>5) Pergerakan sendi terbatas</p> <p>6) Total sekor pada mobilisasi barthel indeks: 11 (ketergantungan sedang)</p> <p>7) Kekuatan otot</p>

18.00	<p>1.6 Mengajarkan teknik non farmakologi (nafas dalam)</p> <p>1.7 pemberian obatanalgetik</p> <p>2.3 Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan(mis.duduk tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).</p> <p>3.2 Menjelaskan tentang kebersihan diri</p> <p>4.5 Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah.</p> <p>5.2 menjelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>5.3 mengajarkan mencuci tangan</p>	$\begin{array}{c c} 5 & 5 \\ \hline 3 & 5 \end{array}$ <p>10) TTV: TD: 120/80 mmHg N: 80x/menit S: 36⁰C RR: 20x/menit</p> <p>11) <i>Fall morse scall</i> 55 (resiko)</p> <p>12) Terpasang gelang resiko jatuh</p> <p>13) Handrall tempat tidur terpasang</p> <p>14) Roda tempat tidur terkunci</p> <p>15) Belum ada tanda-tanda resiko infeksi</p> <p>16) Klien tampak mengerti dengan apa yang di jelaskan oleh perawat</p> <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan paham cara melakukan tehnik nafas dalam 2) Klien mengatakan paham tentang kebersihan diri 3) Klien mengatakan paham bagaimana cara duduk ditempat tidur. 4) Klien mengatakan paham cara mencuci tangan 5) Klien mengatakan paham dengan anjuran perawat 6) Klien mengatakan nyaman setelah di berikan injeksi obat <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien tampak mengerti dengan apa yang diajarkan oleh perawat 2) Terdapat luka operasi di kaki kanan 3) Klien terpasang infus 4) pemberian obat analgetik yaitu ketorolax 2x1 mg dan cefoperazone 2x1 mg
-------	--	---

<p>Rabu,26 Mei 2021 13.00</p>	<p>1.5 Mengidentifikasi lokasi , karakteristik,durasi , frekuensi ,kualitas dan intensitas nyeri 1.6 Mengidentifikasi skala nyeri 1.7 Mengidentifikasi respon nyeridon verbal 1.8 Berikan teknik non farmakologi (nafas dalam) 2.3 Mengidentifikasi kemampuan klien dalam mobilisasi 2.4 Memonitir TTV 3.1 Monitor kemampuan kilen dalam perawatan diri 4.1 Mengidentifikasi factor resiko jatuh. 3.2 Menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala(mis. <i>fall morse scale</i>). 3.3 Memasang handrall tempat tidur. 5.3 mengajarkan mencuci tangan 5.4 monitor tanda dan gejala infeksi</p>	<p>DS: 1) Klien mengatakan nyeri pada kaki sebelah kanan masih terasa nyeri P: nyeri pada kaki kanan ketika digerakkan Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk R: nyeri pada paha kanan di area operasi S: skala nyeri 4 T: nyeri yang dirasakan hilang timbul 2) Klien mengatakan kaki kanannya sudah mulai bisa di gerakkan tetapi belum terlalu kuat. 3) Klien mengatakan kaki kanannya bisa merasakan sentuhan dan jari-jari kaki bisa digerakkanserta pergelangan bisa di gerkan 4) Klien mengatakan sudah bisa sedikit-sedikit untuk miring ke kanan tetapi untukmiring ke kiri belum terlalu bisa dan untuk duduk belum terlalu bisa masih di bantu oleh perawat dan keluarga 5) Kilen mengatakan untuk mengganti pakaian di bantu oleh keluarga DO: 1) Ekspresi wajah sesekali meringis menahan nyeri 2) Terdapat luka jahitan operasi di paha kiri, tidak ada pembengkakan 3) Kilen tampak melakukan teknik nafas dalam 4) Terpasang infus 5) $\begin{array}{c c} 5 & 5 \\ \hline 3 & 5 \end{array}$ Kekuatan otot 6) Pergerakan sendi terbatas 7) Total skor pada mobilisasi barthel indeks: 11 (ketergantungan sedang) 8) Total skor risiko jatuh dalam skala morse: 55 (risiko)</p>
---------------------------------------	--	---

18:00	<p>1.3 berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>1.4 pemberian obat analgetik</p> <p>2.3 Menganjurkan Melakukan mobilisasi dini</p> <p>2.4 Melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>7.1 Monitor tingkat perawatan Diri</p> <p>4.1 Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</p> <p>5.4 monitor tingkat kebersihan tangan</p> <p>5.5 monitor tingkat resiko infeksi</p>	<p>9) TTV :</p> <p>TD: 120/80mmHg</p> <p>N: 87x/menit</p> <p>S: 36,5⁰C</p> <p>RR: 20x/menit</p> <p>DS:</p> <p>3) Klien mengatakan setelah melakukan tehnik nafas dalam klien sedikit merasa nyaman</p> <p>4) Klien paham dan akan melaksanakan anjuran perawat .</p> <p>DO:</p> <p>1) Klien tampak sedikit lebih tenang.</p> <p>2) Klien tampak paham dengan apa yang dianjurkan oleh perawat.</p> <p>3) Klien tampak melakukan perawatan diri</p> <p>4) Handrall tempat tidur terpasang</p> <p>5) Roda tempat tidur terkunci</p> <p>6) Pemberian obat ketorolax 2x1 mg dan cefoperazone 2x1mg</p> <p>7) Tidak ada tanda dan gejala resiko infeksi</p>
-------	---	---

<p>Kamis, 27 Mei 2021 13.00</p>	<p>1.4 Mengidentifikasi lokasi , karakteristik,durasi , frekuensi ,kualitas dan intensitas nyeri 1.5 Mengidentifikasi skala nyeri 1.6 Mengidentifikasi respon nyerininon verbal 2.3 Monitor ttv 2.4 Mengidentifikasi kemampuankilen dalam mobilisasi 3.1 Monitor tingkat perawatan diri 4.4 Mengidentifikasi factorresiko jatuh 4.5 Mengidentifikasi factorresiko jatuh 4.6 Memasang handrall tempattidur. 5.1 monitor tanda dan gejala infeksi 5.2 mengajarkan mencuci tangan</p>	<p>DS: 1) Klien mengatakan nyeri pada kaki sebelah kiriagak berkurang P: nyeri pada kaki kanan ketika digerakkan Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk R: nyeri pada paha kiri di area operasi S: skala nyeri 3 T: nyeri yang dirasakan hilang timbul 2) Kilen mengatakan sudah bias miring kiri dan kanan dan duduk dengan bersandar 3) Kilen mengatakan ingin melakukan berjalan menggunakan tongkat yang di anjurkan oleh dokter 4) Kilen mengatakan sudah bisa miring kiri dan kanan 5) Kilen mengatakan sudah bisa duduk dibantu oleh keluarga,serta berpegangan di pagar tempat tidur untuk duduk 6) Kilen mengatakan untuk personal hygiene kilen masih di bantu oleh keluarga seperti mengambilkan baju,menyiapkan alat untuk sikat gigi. DO: 1) Klien sesekali tampak meringis akibat nyeri dari pergerakan 2) Kilen masih tampak terpasang selang infus 3) Kilen tampak bersih 4) Hanndrall tempat tidur tampak terpasang 5) Roda tempat tidur terkunci 6) Tidak ada tanda-tanda resiko infeksi 7) TTV : TD: 125/80mmHg N: 85x/menit S: 36.0°C RR : 20x/menit</p>
---	--	--

17:00	1.4 Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 1.5 Pemberian obat 1.6 Mengajarkan mengkonsumsi makanan tinggi protein dan kalori 2.1 Melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan 3.1 Monitor tingkat perawatan diri 4.1 Memasang handrall tempat tidur. 5.1 monitor tanda dan gejala infeksi 5.2 mengajarkan mencuci tangan	DS: 1) Klien mengatakan merasa lebih nyaman setelah melakukan tehnik nafas dalam 2) Klien mengatakan paham dengan apa yang dianjurkan oleh perawat DO: 1) Klien tampak lebih tenang 2) Keluarga klien membantu dalam mengatur posisi klien 3) Klien tampak melakukan mobilisasi berjalan dengan di bantu menggunakan tongkat 4) Keluarga membantu dalam perawatan diri seperti mengganti pakaian dan meseka kelen 5) <i>Handrall</i> tempat tidur tampak terpasang 6) Roda pada tempat tidur terkunci 7) Klien tampak tidak ada tanda dan gejala infeksi 8) Klien tampak melakukan mencuci tangan dengan benar 9) Pemberian obat ketorolax 2x1 mg dan cefoperazone 2x1mg
-------	--	--

Berdasarkan tabel 4.10 Implementasi tindakan keperawatan dilakukan untuk mengatasi masalah-masalah yang ditemukan pada klien sesuai dengan perencanaan intervensi keperawatan masing-masing diagnosa keperawatan yang telah disusun. Pelaksanaan tindakan keperawatan pada klien 2 dilakukan selama 3 hari perawatan yaitu dari tanggal 25 Mei 2021 sampai tanggal 27 Mei 2021. Pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan secara komprehensif.

5) Evaluasi

Tabel 4.11 Evaluasi asuhan keperawatan Klien 1 dengan *Post Operasi Fracture* di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Hari	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
Senin, 28 April 2021	(D0077) Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi)	<p>S: P : Klien mengatakan nyeri dirasa ketika kakidigerakkan Q : Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk R : klien megatakan nyeri di bagian kaki kiri yang di operasi S : Klien mengatakan skala nyeri 5 T : klien mengatakan nyeri terasa saat kaki digerakan dan hilang saat di istirahatkan</p> <p>2) Killen mengatakan paham apa yang di ajarkan oleh perawat untuk mengurangi myeri</p> <p>O:</p> <p>1) Sese kali klien tampak meringis dan gelisah akibat nyeri 2) Kilen tampak paham apa yang di jelaskan oleh perawat. 3) Kilen melakukan tindakan teknik nafas dalam untuk mengurangi nyeri</p> <p>TTV: TD : 140/80 mmHgN : 80 x/menit R : 20 x/menitS : 36.°c</p> <p>A:Masalah nyeri belum teratasi P:Lanjutkan intervensi</p> <p>Observasi</p> <p>1.2 Identifikasi lokasi , karakteristik,durasi ,frekuensi ,kualitas dan intensitas nyeri</p> <p>1.1 Identifikasi skala nyeri</p> <p>1.2 Identifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>1.4 Identifikasi factor yang memperberat danmemperingan nyeri</p> <p>Terapeutik</p> <p>1.5 Berikan teknik nonfarmakologis untukmengurangi rasa nyeri</p> <p>1.6 Kontrol lingkungan yang memperberatnyeri</p> <p>Edukasi</p> <p>1.7 Ajarkan teknik non farmakologi (nafasdalam)</p> <p>Kalaborasi</p> <p>1.8 Kalaborasi pemberian analgetik</p>

<p>Senin 28 April 2021</p>	<p>(D.0054) gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskulosekletal</p>	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kilen mengatakan sulit bergerak karena keadaan kakinya yang fracture 2) Kilen mengatakan tidak bias beraktivitas normal seperti biasanya 3) Kilen mengatakan agak lebih nyama setelah di lakukan latihan room <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien menderita fracture femur sinistra pada kaki kiri 2) Kilen dilakukan tindakan operasi (ORIF) 3) Aktivitas kilen terlihat di bantu oleh keluarga 4) Kilen terlihat kesulitan membolak balik posisi 5) Kilen tampak mengikuti perintah yang di berikan oleh perawat saat melakukan latihan room\ <p>A : masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Identifikasi kemampuan kilen beraktivitas 2.2 Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.3 Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.4 Anjurkan mobilisasi dini 2.5 Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur)
--------------------------------	--	---

<p>Senin,28 April 2021</p>	<p>(D.0109) Deficit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan gangguan muskuloskeletal</p>	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kilen mengatakan semenjak masuk rumah sakit kilen baru 1 kali di seka 2) Kilen mengatakan sulit untuk merawatdiri karena keterbatasan pergerakan <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kilen dalam memenuhi kebutuhan personal hygiene di bantu oleh keluarga 2) Kilen terpasang cateter 3) Terpasang pampers <p>A : masalah deficit perawatan diri belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensiObservasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Monitor tingkat kemandirian 3.2 Identifikasi kebutuhan alat bantu 3.3 kebersihan diri,berpakaian,berhias,danmakan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.4 Dampingi dalam melakukan perawatandiri sampai mandiri 3.5 Jadwalkan rutinitas perawatan diri 3.6 Siapkan eperluan pribadi (mis: parfum,sikat gigi,sabun mandi) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.7 Anjurkan melakukan perawatan dirisecara konsisten sesuai kemampuan
--------------------------------	--	---

<p>Senin 28 April 2021</p>	<p>(D0143) Risiko Jatuh dibuktikan dengan penurunan kekuatan otot</p>	<p>S: 1) Kilen mengatakan kekuatan otot kakikiri masih melemah</p> <p>O: 4) Skala morse pada kilen 55 resiko tinggi, kilen terlihat kesulitan bergerak, pagar tempat tidur sudah terpasang dan sudah terpasang gelang resiko jatuh . 5) Tampak terpasang gelang resiko jatuh 6) Memasang handrall / pagar tempat tidur terpasang 7) Memastikan roda tempat tidur terkunci.</p> <p>A: masalah resiko jatuh teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>Observasi</p> <p>4.1 Identifikasi factor risiko jatuh</p> <p>Terapeutik</p> <p>4.2 Pastikan roda pada tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci.</p> <p>4.3 Pasang handrall tempat tidur</p> <p>Edukasi</p> <p>4.4 Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</p> <p>4.5 bantuan untuk berpindah</p>
<p>Senin 28 April 2021</p>	<p>(D.0142) Risiko infeksi dibuktikan dengan prosedur invasif (pemasangan pen)</p>	<p>S : 1) Kilen mengatakan belum paham tanda dan gejala infeksi</p> <p>O : 1) Kilen tampak mendegarkan apa yang di jelaskan oleh perawat 2) Belum ada tanda dan gejala infeksi akibat operasi</p> <p>A: masalah resiko infeksi teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>Observasi</p> <p>5.1 Monitor tanda gejala infeksi</p> <p>Terapeutik</p> <p>5.2 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>Edukasi</p> <p>5.3 Jelaskan tanda dan gejala resiko infeksi 5.4 Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</p>

<p>Selasa, 29 April 2021</p>	<p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi)</p>	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) P : Klien mengatakan nyeri dirasa ketikakaki digerakkan Q : Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk R : klien megatakan nyeri di bagian kakikiri yang di operasi S : Klien mengatakan skala nyeri 4 T : klien mengatakan nyeri dirasa hilangtimbul 2) Klien mengatakan suhu lingkungan sudahtidak terlalu dingin . <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Sese kali klien masih tampak meringis dangelisah 2) Kilen tampak melakukan teknik nafas dalam untuk mengurangi nyeri 3) TTV: TD: 130/90mmHg N: 83x/menit RR: 20x/menitS : 36°C <p>A: Masalah teratas sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Identifikasi lokasi , karakteristik,durasi ,frekuensi ,kualitas dan intesitas nyeri 1.2 Identifikasi skala nyeri 1.3 Identifikasi respon nyeri non verbal 1.4 Identifikasi factor yang memperberat danmemperingan nyeri <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.5 Berikan teknik nonfarmakologis untukmengurangi rasa nyeri 1.6 Kontrol lingkungan yang memperberatnyeri <p>Kalaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.8 Kalaborasi pemberian analgetik
----------------------------------	---	---

<p>Selasa, 29 April 2021</p>	<p>(D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal</p>	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kilen mengatakan mulai melakukan pergerakan-pergerakan 2) Kilen mengatakan untuk duduk kilen belum berani secara mandiri masih di bantu oleh keluarga. 3) Kilen mengatakan bias miring kiri tetapi miring ke kanan belum bisa 4) Kilen mengatakan ingin belajar duduk tetapi belum bias secara mandiri 5) Kilen mengatakan lumayan nyaman saat di lakukan latihan room <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kilen mengalami <i>post op fracture femur sinistra</i> pada kaki kiri 2) Kilen terlihat mulai beraktivitas akan tetapi masih di bantu 3) Kilen tampak bias mengikuti apa yang di perintah oleh perawat untuk latihan room <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisi teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Identifikasi kemampuan kilen beraktivitas 3.2 Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.3 Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.4 Anjurkan mobilisasi dini 2.5 Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur)
------------------------------	--	---

Selasa,29 April 2021	(D.0199) Deficit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan gangguan muskulo skeletal	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) kilen mengatakan tadi pagi sudah di seka akan tetapi di seka Cuma bagian tangan kanan tangan kiri, wajah dan dada menggunakan tisu basah oleh keluarga 2) kilen mengatakan lebih segar (memadikan di sore hari) <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) kilen dalam memenuhi kebutuha personal hygiene dibantu oleh keluarga dan perawat 2) kilen kebutuhan tolitet menggunakan pamper 3) kilen terpasang kateter 4) kilen tampak lebih bersih setelah melakukan perawatan diri yaitu memandikan pasien . <p>A: masalah deficit perawatan diri teratasi sebagian</p> <p>P:lanjutkan intervensi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Monitor tingkat kemandirian 4.2 Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri,berpakaiian,berhias,danmakan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.3 Dampingi dalam melakukan perawatandiri sampai mandiri 4.4 Jadwalkan rutinitas perawatan diri 4.5 Siapkan eperluan pribadi (mis: parfum,sikat gigi,sabun mandi) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.6 Anjurkan melakukan perawatan dirisecara konsisten sesuai kemampuan
----------------------	--	--

Selasa,29 April 2021	(D.0143) Risiko Jatuh yang di buktikan dengan factor risiko penurunan kekuatan otot	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kilen mengatakan kekuatan otot padakaki kiri yang di operasi masih melemah <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) tidak ada jatuh selama perawatan 2) tampak terpasang handrall di tempat tidur. 3) Roda tempat tidur terkunci <p>A : masalah resiko jatuh teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Identifikasi factor risiko jatuh Terapeutik Pastikan roda pada tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci. 4.3 Pasang handrall tempat idur Edukasi 4.2 Anjurkan memanggil perawat jikamembutuhkan bantuan untuk berpindah
Selasa,29 April 2021	(D.0142) Resiko infeksi di buktikan dengan prosedur infasif (terpasang pen)	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tidak ada tanda dan gejala resiko infeksi 2) Tidak ada bengkak pada area operasi 3) terpasang infus <p>A : masalah resiko infeksi teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.1 Monitor tanda gejala infeki <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.2 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.3 Jelaskan tanda dan gejala resikoinfeksi 5.4 Ajarkan cara memcuci tangan dengan benar

Rabu, 30 April 2021	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi)	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan nyeri di kaki kiri yang di operasi sudah mulai berkurang 2) Klien mengatakan skala nyeri 3 <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien tampak lebih tenang dan tidak gelisah lagi 2) Klien sudah tau cara mengontrol nyeri dengan cara teknik nafas dalam 3) TTV: TD: 130/90mmHgN: 80x/menit RR: 20x/menit S: 36,2°C <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi di rumah ajarkan keluarga dan pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 1.2 Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri 1.3 Kalaborasi pemberian analgetik
Rabu, 30 April 2021	(D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan musculoskeletal	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan sudah bisa miring kanan miring kiri dan duduk dengan bersandar akan tetapi masih di bantu 2) klien mengataakan nyama setelah di berikan latihan room 3) klien mengatakan akan belajar jalan ketika pulang di ruamh <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kekuatan otot klien sudah mulai membaik 2) Klien sudah mampu untuk miring Kanan dan kiri serta duduk masih di bantu oleh keluarga 3) Klien tampak lebih baik setelah di berikan latihan room 4) Klien tampak semangat ingin cepat sebuh <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi di rumah ajarkan keluarga dan pasien</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Identifikasi kemampuan klienberaktifitas

		<p>2.2 Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>Terapeutik</p> <p>2.3 Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alatbantu (mis: pagar tempat tidur)</p> <p>Edukasi</p> <p>2.4 Anjurkan mobilisasi dini</p> <p>2.5 Anjurkan mobilisasi sederhana yangharus dilakukan (mis:duduk di tempat tidur)</p> <p>2.6 Ajarkankeluarga untuk lakukan latihan room di rumah dan memberi tahu keluarga untuk melakukan berjalan menggunakan tongkat di rumah</p>
Rabu,30 April 2021	(D.0109) Deficit perawatan diri berhubungan dengankelemahan dan gangguan musculoskeletal	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kilen mengatakan mulai rutinmelakukan perawatan diri 2) Kilen mengatakan 2 kali di seka <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kilen tampak bersih dan tidak kotor lagi 2) Kilen dalam memenuhi kebutuhan personal hygiene akan tetapi masih membutuhkan bantuan 3) Kilen untuk kebutuhan toilet kilenmenggunakan pampers 4) Kilen sudah lepas kateter <p>A: masalah deficit perawatan diri teratasi sebagian</p> <p>PLanjutkan intervensi di rumah berikan penjelasan ke pada psien dan keluarga untuk melakukan perawatan diri di rumah</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Dampingi dalam melakukan perawatan dirisampai mandiri 3.2 Jadwalkan rutinitas perawatan diri 3.3 Siapkan keperluan pribadi (mis: parfum,sikat gigi,sabun mandi) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.4 Anjurkan melakukan perawatan diri secara mandiri

<p>Rabu, 30 RabuApril 30 2021</p>	<p>Risiko jatuh di buktikan dengan kondisi pasca operasi</p>	<p>S: 1) Klien mengatakan tidak pernah jatuh selama di rumah sakit 2) Klien mengatakan kaki kiri mulai bisa digerakan 3) Klien mengatakan selalu memastikanhandrall tempat tidur terpasang O: 1) <i>Handrall</i> tempat tidur terpasang 2) Rroda tempat tidur klienterkunci A: Masalah teratasi P: hentikan Intervensi Observasi 4.1 Identifikasi factor resiko jatuh.Terapeutik 4.2 Pasang handrall tempat tidur. 4.3 Pastikan roda pada tempat tidur dan kursiroda selalu terkunci Edukasi 4.4 Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpinda</p>
<p>Rabu 30 April 2021</p>	<p>(D.1042) Resiko infeksi di buktikan dengan prosedur invaasif (pemasangan pen)</p>	<p>S : 1) Kilen mengatkan sudah bisa melakukan cuci tangan dengan benar O : 1) Tidak ada tanda dan gejala resiko infeksi 2) Tidak ada bengkak pada area operasi 3) Tidak kemerahan 4) Tidak bau pad area operasi 5) terpasang infus 6) Kilen tampak melakukan cuci tangan dengan benar A : masalah teratasi P : hentikan intervensi ajarkan keluarga dan pasien untuk melakukan monitor tingkat infeksi di rumah : Observsi 5.1 Monitor tanda gejala infeki Terapeutik 5.2 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Edukasi 5.3 Jelaskan tanda dan gejala resikoinfeksi 5.4 Ajarkan cara memcuci tangan dengan benar</p>

Pada table 4.11 setelah pelaksanaan tindakan keperawatan pada klien 1, dibuat evaluasi tindakan keperawatan. Pada klien 1 saat melakukan evaluasi tindakan setiap diagnosa keperawatan *post operasi fracture femur sinistra*, diagnosa nyeri akut teratasi pada tanggal 30 April 2021, gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian pada 30 April 2021, deficit perawatan diri teratasi sebagian pada 30 April 2021, risiko jatuh teratasi pada 30 April 2021 dan risiko infeksi teratasi pada 30 April 2021.

Tabel 4.12 Evaluasi asuhan keperawatan Klien 2 dengan *Post Operasi Fracture* di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
Selasa , 25 Mei 2021	(D.0077) Nyeri akut berhubungandengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)	<p>S :</p> <p>P: kilen mengatakan nyeri di rasakn ketikakaki kanan di gerkan</p> <p>Q : kilen mengatkan nyeri seperti di tusku-tusuk</p> <p>R: kilen mengatakan nyeri di bagian kakikanan yang di operasi</p> <p>S: kilen mengatakandkala nyeri 5</p> <p>T: kilen mengatakannyeri di rasakan hilang timbul</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Wajah klien terlihatmeringis 2) Klien menderita post op fracture femur dextra dengan tindakan (ORIF) 3) TTV : TD: 120/80mmHgN: 80x/menit RR: 20x/menitT : 36°C <p>A : Masalah nyeri belumteratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensiObservasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Identifikasi lokasi ,karakteristik,durasi , frekuensi ,kualitas danintesitas nyeri 1.2 Identifikasi skala nyeri 1.3 Identifikasi respon nyeridon verbal 1.4 Identifikasi factor yangmemperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.5 Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 1.6 Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri 1.7 Kolaborasi pemberian obat

Selasa , 25 Mei 2021	(D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskulosekletal	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan sulit bergerak karena keadaankaknya yang habis di operasi/fracture 2) Klien mengatakan tidak bias beraktivitas normalseperti biasanya <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien menderita post op fracture femur dektrapada kaki kanan 2) Aktivitas klien terlihatdibantu oleh keluarga 3) Klien terlihat kesulitan membolak balikan posisi <p>A : Masalah gangguan mobilitas fisik belumteratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensiObservasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Identifikasi kemampuanklien beraktifitas 2.2 Monitor kondisi umumselama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.3 Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempattidur) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.4 Anjurkan mobilisasi dini 2.5 Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis:duduk ditempat tidur)
Selasa,25 Mei 2021	(D.0109) Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dan gangguan gangguan musculoskeletal	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan sulituntuk merawat diri karena keterbatasan pergerakan 2) Klien mengatakan baru 1kali di seka 3) Kilen mengatakan untuk buang air kecil dan buang air besar menggunakan tempat urindan pisopt <p>O : 1) Klien dalam memenuhikebutuhan personal hygiene dibatu oleh keluarga</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) Klien tidak terpasangateter <p>A : Masalah Defisit perawatan diri belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensiObservasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Monitor tingkatkemandirian 3.2 Identifikasi kebutuhanalat bantu kebersihan diri,berpakaian,berhias ,dan makanTerapeutik 3.3 Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 3.4 Jadwalkan rutinitasperawatan diri 3.5 Siapkan eperluan pribadi (mis: parfum,sikat gigi,sabun mandi) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.6 Anjurkan melakukanperawatan diri secarakonsisten sesuai kemampua

Selasa, 25 Mei 2021	(D.0143) Risiko Jatuh yang di buktikan dengan : Kondisi pasca operasi	<p>S :</p> <p>1) Klien mengatakan kekuatan otot kakinya masih melemah</p> <p>O :</p> <p>1) skala morse pada klien 55 resiko tinggi, klien terlihat kesulitan bergerak, pagar pada tempat tidur sudah terpasang dengan kuat</p> <p>A :Masalah resiko jatuh teratasi sebagian</p> <p>P :Lanjutkan intervensi Observasi</p> <p>4.1 Identifikasi factor resiko jatuh</p> <p>Terapeutik</p> <p>4.2 Pastikan roda pada tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci.</p> <p>4.3 Pasang handrall tempat tidur</p> <p>Edukasi</p> <p>4.4 Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</p>
Selasa, 25 Mei 2021	(D.0142) Resiko infeksi di buktikan dengan prosedur invasif (pemasangan pen)	<p>S :</p> <p>1) Klien mengatakan belum paham tanda dan gejala infeksi</p> <p>O :</p> <p>2) Klien tampak mendengar apa yang di jelaskan oleh perawat</p> <p>3) Belum ada tanda dan gejala infeksi</p> <p>A: masalah resiko infeksi belum teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>Observasi</p> <p>5.1 Monitor tanda gejala infeksi</p> <p>Terapeutik</p> <p>5.2 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>Edukasi</p> <p>5.3 Jelaskan tanda dan gejala resiko infeksi</p> <p>5.4 Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</p>

	(D.0077) Nyeri akut berhubungandengan agen pencedera fisik	<p>S :</p> <p>P : Klien mengatakan nyeri dirasa ketika kakidigerakkan</p> <p>Q : Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk- tusuk</p> <p>R : klien megatakan nyeri di bagian kakikanan</p> <p>S : Klien mengatakanskala nyeri 4</p> <p>T : klien mengatakannyeri dirasa hilang timbul</p> <p>Kieln mengatakan paham apa yang di ajarkan oleh perawat</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Wajah klien terlihatsekali mering 2) Klien menderita <i>post op fracturefemur dextra</i> 3) Kilen tampak bias melakukan teknik nafas dalam 4) TTV : TD: 120/80mmHgN : 87x/menit RR: 20x/menitT : 36,5°C <p>A : Masalah nyeri teratasisebagian</p> <p>P :</p> <p>lanjutkan intervensi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Identifikasi lokasi ,karakteristik,durasi , frekuensi ,kualitas danintesitas nyeri 1.2 Identifikasi skala nyeri 1.3 Identifikasi respon nyerininon verbal 1.4 Identifikasi factor yangmemperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.5 Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 1.6 Kontrol lingkungan yangmemperberat nyeri <p>Kalaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.7 Kalaborasi pemberiananalgetik,jika perlu
--	--	---

Rabu, 26 Mei 2021	(D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan mulai melakukan pergerakan ringan 2) Klien mengatakan mencoba belajar duduk secara mandiri dengan bantuan pagar tempat tidur <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien menderita fracture pada kaki kanan 2) Klien terlihat mulai beraktivitas lebih <p>A : Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Identifikasi kemampuan klien beraktivitas 2.2 Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.3 Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.4 Anjurkan mobilisasi dini 2.5 Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk ditempat tidur)
Rabu, 26 Mei 2021	(D.0109) Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dan gangguan musculoskeletal	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan mulai rutin melakukan perawatan diri 2) Klien mengatakan sehari 2 kali di seka 3) Klien mengatakan untuk buang air kecil dan buang air besar menggunakan tongkat tempat urin dan pispot yang disediakan <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien dalam memenuhi kebutuhan personal hygiene dibantu oleh keluarga 2) Tidak terpasang kateter <p>A : Masalah Defisit perawatan teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Monitor tingkat kemandirian 3.2 Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan 3.3 Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 3.4 Jadwalkan rutinitas perawatan diri 3.5 Siapkan keperluan pribadi (mis: parfum, sikat gigi, sabun mandi) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.6 Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

Rabu, 26 Mei 2021	(D.0143) Risiko Jatuh yang dibuktikan dengan : kondisi pasca operasi	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) klien mengatakan kekuatan otot kaki masih lemah 2) klien mengatakan dalam melakukan aktivitas masih di bantu oleh keluarga <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) , klien terlihat kesulitan bergerak, pagar pada tempat tidur sudah terpasang dengan kuat 2) Roda tempat tidur tampak terkunci dengan kuat 3) <p>A : Masalah resiko jatuh teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi Observasi</p> <p>4.1 Identifikasi faktor risiko jatuh</p> <p>Terapeutik</p> <p>4.2 Pastikan roda pada tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci.</p> <p>4.3 Pasang handrail tempat tidur</p> <p>Edukasi</p> <p>4.4 Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</p>
Rabu, 26 Mei 2021	(D.0142) Resiko infeksi di buktikan dengan prosedur infasif (pemasangan pen)	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan belum paham tentang tanda dan gejala infeksi <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) Klien tampak mendegarkan apa yang di jelaskan oleh perawat 3) Belum ada tanda dan gejala infeksi <p>A: masalah resiko infeksi teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi</p> <p>Observasi</p> <p>5.1 Monitor tanda gejala infeksi</p> <p>Terapeutik</p> <p>5.2 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>Edukasi</p> <p>5.3 Jelaskan tanda dan gejala resiko infeksi</p> <p>5.4 Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</p>

Kamis, 27 Mei 2021	(D.0077) Nyeri akut berhubungandengan agen pencedera fisik	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan nyeri di kaki sudah mulai berkurang 2) Klien mengatakan sekala nyeri turun menjadi 3 3) Kilen mengatakan jika nyeri terasa kilen melakukan teknik nafas dalam yang sudah di ajarkan oleh perawat <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Wajah klien terlihat tidak meringis lagi 2) Klien terlihat lebih rilex 3) Klien menderita <i>post op</i> fracture femur dextra 4) TD : 125/80mmHgN: 85x/menit RR: 20x/menitT : 36,0°C <p>A : Masalah nyeri teratasi P : lanjutkan intervensi Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Identifikasi lokasi ,karakteristik,durasi , frekuensi ,kualitas dan intensitas nyeri 1.2 Identifikasi skala nyeri 1.3 Identifikasi respon nyeri non verbal 1.4 Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.5 Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 1.6 Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri <p>Kalaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.7 Kalaborasi pemberian analgetik, jika perlu
Kamis, 27 Mei 2021	(D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan mulai melakukan pergerakan-pergerakan ringan 2) Klien mengatakan sudah bisa duduk dengan mandiri dengan berpegangan dengan pagar tempat tidur 3) Kilen mengatakan aga lebih nyaman setelah di lakukan latihan room <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien menderita <i>post op</i> fracture femur dextra pada kakikanan 2) Kilen tampak lebih nyaman 3) Klien terlihat mulaiberaktivitas lebih <p>A : Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi di rumah</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Identifikasi kemampuan kilen beraktivitas 2.2 Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 2.3 Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur) 2.4 Anjurkan mobilisasi dini Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk ditempat tidur)

Kamis, 27 Mei 2021	(D.0109) Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dan gangguan musculoskeletal	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan mulai rutin melakukan perawatan diri 2) Klien mengatakan sehari2 kali di seka di bantu oleh keluarga <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien dalam memenuhikebutuhan personal hygiene dibantu oleh keluarga 2) Klien tidak terpasangcateter 3) Kilen tampak bersih <p>A : Masalah Defisit perawatan diri teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>lanjutkan intervensi di rumah ajarkan keluarga dan pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Monitor tingkatkemandirian 3.2 Identifikasi kebutuhanalat bantu kebersihan diri,berpakaian,berhias ,dan makanTerapeutik 3.3 Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 3.4 Jadwalkan rutinitasperawatan diri 3.5 Siapkan eperluan pribadi (mis: parfum,sikat gigi,sabun mandi) <p>Edukasi</p>
Kamis 27 Mei 2021	(D.0143)Risiko Jatuh yang dibuktikan dengan Factor risiko penurunan kekuatan otot	<p>3.6 Anjurkan melakukanperawatan diri secara konsisten sesuai Kemampua</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan tidakpernh jatuh selama dirumah sakit 2) Kilen mengtakan kaki kiri mulai bisa di gerakan 3) Klien mengatakan selalumemastikan handrall tempat tidur terpasang <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>Handrall</i> dan rodatempat tidur klien terkunci <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Lanjutkan IntervensiObservasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Identifikasi factorresiko jatuh. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.2 Pasang handrall tempattidur. 4.3 Pastikan roda pada tempat tidur dan kursiroda selalu terkunci <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.6 Anjurkan memanggilperawat jika membutuhkan bantuanuntuk berpindah

Kamis 27 Mei 2021	(D.0142) Risiko infeksi di buktikan dengan prosedur invasif (pemasangan pen)	S : 1) Kilen mengatakan belum paham tentang tanda dan gejala infeksi O : 2) Kilen tampak mendegarkan apa yang di jelaskan oleh perawat 3) Belum ada tanda dan gejala infeksi A: masalah resiko infeksi teratasi P: Lanjutkan intervensi di rumah Observasi 5.1 Monitor tanda gejala infeksi Terapeutik 5.2 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Edukasi 5.3 Jelaskan tanda dan gejala resikoinfeksi 5.4 Ajarkan cara memcuci tangan dengan benar
-------------------	--	---

Pada tabel 4.12 setelah melakukan pelaksanaan tindakan keperawatan pada klien 2, dibuat evaluasi tindakan keperawatan. Pada klien 2 saat melakukan evaluasi tindakan setiap diagnosa keperawatan, diagnosa nyeri akut masalah teratasi pada tanggal 27 Mei 2021 , gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian pada tanggal 27 Mei 2021, defisit perawatan diri teratasi sebagian pada 27 Mei 2021, risiko jatuh sebagian teratasi pada tanggal 27 Mei 2021 dan risiko infeksi teratasi pada tanggal 27 Mei 2021.

B. Pembahasan

Pada pembahasan ini, peneliti membahas tentang asuhan keperawatan pada 2 klien dengan *post op Fracture* sesuai dengan konsep-konsep teori yang ada. Asuhan keperawatan dilaksanakan selama 3 hari pada klien 1 dari tanggal 28 April sampai 30 April 2021 di ruang Flamboyan B di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. Sedangkan pada klien 2 asuhan keperawatan dilaksanakan selama 3 hari mulai dari tanggal 25 Mei sampai 27 Mei 2021 di ruang Angrek Hitam Lantai 5 di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. Berikut ini akan diuraikan pelaksanaan Asuhan keperawatan pada klien dengan *post operatif fracture* di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan sesuai tiap 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 (Tarwono dan Wartonah dalam Dewi 2020). Dimana pengkajian ini difokuskan pada asuhan keperawatan pada klien dengan *post op fracture*. Pengkajian pada klien 1 umur 54 tahun dilakukan pada tanggal 28 April 2021 dan pada klien 2 umur 21 tahun dilakukan pada tanggal 25 Mei 2021. Hasil dari pengkajian sebagai berikut:

Berdasarkan dari hasil pengkajian pada klien 1 dengan diagnosa medis *Post Op Close Fracture Femur Sinistra* dengan tindakan operasi *ORIF* dan klien 2 dengan diagnosa medis *Post Op Close Fracture Femur*

Dextra dengan tindakan operasi *ORIF*. Pada kedua klien memiliki keluhan yang sama dengan teori seperti nyeri pada daerah yang di operasi, susah untuk melakukan aktivitasnya.

Berdasarkan teori yang ada menurut (Nurarif Huda, 2015) menyatakan bahwa nyeri, hilangnya fungsi, deformitas, pemendekan ekstermitas, krepitasi, pembengkakan dan perubahan warna local pada kulit merupakan tanda gejala dari fracture.

Menurut peneliti bahwa nyeri yang dirasakan pada klien 1 dan 2 merupakan tanda dan gejala dari *post op fracture* yang terjadi karena adanya diskontinuitas pada tulang sehingga menimbulkan rasa nyeri.

Pada riwayat penyakit sekarang ditemukan data klien 1 pada Klien masuk ke IRD pukul 20:00 tanggal 25 April 2021 dan klien mengatakan jatuh dari motor akibat menghindari kucing, kaki kiri terasa nyeri Di IRD klien dilakukan pemeriksaan rontgen dan pemeriksaan laboratorium, setelah mendapatkan hasil kemudian klien dipindahkan ke ruangan flamboyan B kilen mealakukan operasi di tanggal 28 April 2021 kilen masuk ruangan operasi pukul 14:00 dan selesai operasi 15:10 di dapatkan data PQRST, P: kilen mengatakan nyeri pada kaki kiri jika di gerkan,Q: kilen mengatkan nyeri seperti di tusuk-tusuk,R: kilen mengatakan nueri pada kaki kiri yang di operasi,S: kilen mengatakan skala nyeri 5 dan T : kilen mengatakan nyeri terasa jika di gerkan dan hilang saat di istirahatkan.

Sedangkan pada klien 2 didapatkan data dari riwayat penyakit sekarang yaitu Klien mengatakan mengalami kecelakaan motor vs motor, kemudian klien langsung di bawa keIGD pada tanggal 23 Mei 2021. Di IGD klien mendapat perawatan dan dilakukan pemeriksaan rontgen dan pemeriksaan laboratorium setelah mendapatkan hasil kemudian klien dipindahkan ke ruangan ankerk hitam lantai 5kilen melakukan operasi pada tanggal 25 Mei 2021 pada pukul 13:00 dan selesai operasi pukul 14:00 di dapatkan data PQRSST dengan P: kilen mengatakan nyeri pada kaki kanan jika di gerkan,Q:kilen mengatakan nyeri seperti tertusuk,R: kilen mengatakan nyeri pada kaki kiri yang di operasi,S:kilen mengatakan sakal nyeri 5 dan T: kilen mengatakan hilang timbul.

Berdasarkan teori menurut (Nurarif Huda, 2015) menyatakan bahwa klasifikasi pada fracture tertutup dimana fracture tertutup (simple fracture), bila tidak terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar. Fracture terbuka (compound fracture), bila terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar. Karna adanya perlukaan kulit.

Pada klien 1 diagnosa medisnya adalah *post op close fracture femur sinistra* dengan tindakan *operasi ORIF* sedangkan pada klien 2 diagnosa medisnya adalah *post op close fracture femur dextra* tindakan *operasi ORIF*. Jadi berdasarkan data tersebut pada klien 1 dan 2 memiliki *fracture* tertutup karena tidak terpapar langsung dengan lingkungan luar.

Pada bagian pemeriksaan fisik, keadaan umum pada klien 1 yaitu sedang, terpasang infus ditangan kanan, terpasang selang kateter dan di

kaki kiri terpasang elastis verban. Sedangkan keadaan umum pada klien 2 yaitu sedang terpasang infus di tangan kanan dan di kaki kanan terpasang elastis verban.

Menurut (Tarwono dan Wartolah dalam Dewi 2020) keadaan umum yaitu baik atau buruknya yang dicatat adalah tanda-tanda seperti kesadaran klien (apatis, sopor, koma, komposmentis) dan kesakitan (keadaan penyakit yaitu akut, kronik, ringan, sedang, berat).

Pada pengkajian bagian mata, data yang di dapatkan oleh peneliti dari klien 1 mata lengkap dan simetris kanan dan kiri tidak ada pembengkakan pada kelopak mata kornea mata jernih, konjungtiva tidak anemia, sclera tidak ikterik, pupil iskor, sedangkan klien 2 di mata lengkap dan simetris kanan dan kiri tidak ada pembengkakan pada kelopak mata kornea mata jernih, konjungtiva tidak anemia, sclera tidak ikterik, pupil iskor, sedangkan klien

Pada pengkajian bagian telinga, data yang didapatkan oleh peneliti dari klien 1 dan 2 dimana untuk daun telinga simetris kiri dan kanan ukuran sedang kanalis kedua telinga tidak kotor dan tidak ada benda asing ketajaman pendengaran baik.

Pada pengkajian hidung data yang di dapatkan oleh peneliti di dapatkan dari klien 1 dan 2 di mana tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada scert atau sumbatan pada lubang hidung pernafasan baik.

Pada pengkajian bagian pemeriksaan thorak : sistem pernafasan, data yang didapatkan oleh peneliti terhadap klien 1 di mana peneliti tidak ada

mendapatkan masalah untuk system pernafasan RR kilen 20x/menit sedangkan kilen 1 di mana peneliti tidak mendapatkan masalah untuk system pernafasan RR kilen 20x/menit.

Pada pengkajian pemeriksaan jantung :system kardiovaskuler data yang di dapatkan oleh peneliti terhadap kilen 1 di dapatkan hasil tidak ada nyeri dada,CRT <2 detik tidak ada masalah untuk system kardiovaskuler sedangkan kilen 2 di dapatkan hasil tidak ada nyeri dada,CRT <2 detik tidak ada masalah untuk system kardiovaskuler

Pada pengkajian bagian pemeriksaan sistem pencernaan dan status nutrisi data yang didapatkan oleh peneliti terhadap kilen 1 yaitu BB:50 kg TB:160 cm,IMT:19,5 kg/m² dengan kategori berat badan ideal untuk nafsu makan dan minum tidak ada masalah sedangkan kilen 2 di dapatkan data BB:66 kg TB:165 cm IMT 24,2 kg/m² kategori kelebihan bobot untuk nafsu makan dan minum kilen tidak ada masalah

Pada pengkajian abdomen data yang di dapatkan oleh peneliti terhadap kilen 1 yaitu tidak di temukan nyeri tekan,tidak ada actites suara abdomen timpani sedangkan kilen 2 di temukan nyeri tekan,tidak ada actites suara abdomen timpani.

Pada pengkajian bagian sistem persyarafan, pengkajian yang dilakukan oleh peneliti terhadap kilen 1 tidak ada masalah pada 12 sayarf kranial untuk memory dapat meningkat sedangkan pada kilen 2 tidak ada masalah pada 12 sayarf kranial untuk memory dapat meningkat.

Pada pengkajian system perkemihan data yang di dapatkan oleh peneliti terhadap kilen 1 kilen terpasang kater ukuran 18 tidak ada nyeri tekan dan pembesar pada kadung/kemih tidak ada keluhan kencing .sedangkan kilen 2 tidak terpasang kater,tidak ada nyeri tekan dan pembesar pada kadung kemih tidak ada keluhan kencing.

Pada pengkajian sistem *musculoskeletal* dan *integument*, didapatkan data pada klien 1 di dapatkan pergerakan sendi terbatas,otot simetris kanan dan kiri,kekuatan otot pada pemeriksaan tangan kanan,tangan kiri dan kaki kanan di dapatkan kekuatan otot 5 sedangkan kaki kiri di dapatkan kekuatan otot 3,kilen 2 di dapatkan pergerakan sedi terbatas otot simetris kanan dan kiri kekuatan otot pada pemeriksaan tangan kanan,tangan kiri dan kaki kiri 5 sedangkan kaki kanan 3.

Pada *system endokrin* data yang di dapatkan oleh peneliti pada kilen 1 dan 2 tidak ada pembesaran pada kelejar tyroid tidak ada riwayat luka sebelumnya dan riwayat amputasi.

Pada pengkajian seksualitas dan reproduksi,data yang di dapatkan oleh peneliti pada kilen 1 dan 2 di mana bentuk payudara simetris kanan dan kiri tidak ada benjolan,genetalia normal.

Pada pengkajian keaman lingkungan,data yang di dapatkan peneliti pada kilen 1 dan 2 kilen didapatkan penilaian pasien resiko jatuh 55 (resiko)

Pada pengkajian psikososial hasil data yang di dapatkan oleh peneliti di mana pada klien 1 dan 2 persepsi klien terhadap penyakit yang di alami,klien mengatakan coba dari tuhan.

Pada pengkajian personal hygiene,hasil data yang di dapatkan oleh peneliti pada klien 1 yaitu klien semenjak di rumah sakit klien jarang merawat dirinya dan klien hanya di seka 1 kali untuk personal hygiene klien di bantu oleh keluarga sedangkan pada kile 2 di daptatkan semenjak masuk rumah sakit klien di seka 2 kali dan untuk pernosal hyggien klien di bantu oleh keluarganya.

Hasil pemeriksaan rontgen pada klien 1 didapatkan hasil *Fracture femur sinistra*, sedangkan pada klien 2 didapatkan hasil *fracture femur dextra*. Berdasarkan teori yang ada menurut (Nurarif Huda, 2015) menyatakan bahwa gangguan fungsi anggota gerak merupakan salah satu manifestasi klinis dari fracture. Faktor yang mempengaruhi gangguan fungsi anggota gerak adalah terputusnya kontinuitas tulang dan jaringan akibat adanya benturan serta adanya tekanan yang berlebihan pada tulang. Menurut peneliti pada klien 1 dan 2 ditemukan gangguan fungsi anggota gerak yang diakibatkan oleh terputusnya kontinuitas tulang dan jaringan.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (PPNI, 2017). Berdasarkan hal tersebut peneliti dalam kasus asuhan keperawatan pada

klien dengan *post op fracture* menegakkan masalah keperawatan berdasarkan dari pengkajian yang didapatkan.

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

Pada kasus ini peneliti menegakan 5 diagnosa keperawatan yang ditegakkan pada kilen 1 dan 2 dengan *post operasi fracture ekstremitas bawah* yaitu Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi),Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal,deficit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dan gangguan musculoskeletal, Resiko jatuh dengan ketidakadekuatan kondisi pasca operasi dan Risiko infeksi dengan ketidakadekuatan prosedur operasi (pemasangan pen).

Berikut masalah keperawatan antara pasien 1 dan pasien 2 di tegakkan berdasarkan SDKI 2017 :

a. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur *operasi*)

Masalah keperawatan ini di temukan pada kedua kilen penegakan dilakukan berdasarkan SDKI (2017) dengan Data Subjektif : Kedua pasien mengatakan Nyeri di area operasi,nyeri seperti di tusuk-tusuk dan kedua pasien sama-sama mengeluh nyeri dengan skala nyeri 5 Data Objektif : Kedua pasien ekspresi wajah sesekali meringis menahan nyeri, pada pasien 1 tanda-tanda vital: TD: 140/80mmHg,N: 80x/menit,RR: 20x/menit dan S: 36°C sedangkan pasien 2 tanda-tanda vital: TD: 120/80mmHG,N: 80x/menit,RR: 20x/menit dan S: 36°C.

Masalah keperawatan nyeri akut sesuai dengan teori nyeri akut bisa muncul akibat adanya tindakan operasi pada pasien fraktur, namun rasa nyeri itu bisa dikontrol dengan cara pemberian/mengajarkan teknik non farmakologi (teknik nafas dalam). Menurut (Maliya, 2016) Teknik relaksasi nafas dalam adalah teknik yang dilakukan untuk menekan nyeri pada thalamus yang dihantarkan ke korteks cerebri dimana korteks cerebri sebagai pusat nyeri, yang bertujuan agar klien dapat mengurangi nyeri selama nyeri timbul. Adapun hal-hal yang perlu diperhatikan saat relaksasi adalah klien harus dalam keadaan nyaman, pikiran klien harus tenang dan lingkungan yang tenang. Suasana yang rileks dapat meningkatkan hormon endorphen yang berfungsi menghambat transmisi impuls nyeri sepanjang saraf sensoris dari nosiseptor saraf perifer ke kornu dorsalis kemudian ke thalamus, serebri, dan akhirnya berdampak pada menurunnya persepsi nyeri.

Penegakkan diagnosa didasarkan pada data mayor dan minor. Dimana dalam hal ini penulis berpendapat data pada pasien 1 dan 2 sudah menunjang untuk diangkat diagnosa ini antara lain : data mayor (mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif) dan data minor (menarik diri, berfokus pada diri sendiri) Penulis berasumsi bahwa gejala khas dari fraktur pasti terjadi nyeri karena di akibatkan dari prosedur *pos op* tersebut.

b. Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan muskulosekeletal

Masalah keperawatan ini ditemukan pada pasien 1 dan 2 penegakan dilakukan berdasarkan SDKI (2017) dengan keluhan pasien 1 Data Subjektif: kilen mengatakan kaki kirinya belum bisa di gerakkan tetapi masih bisa merasakan sentuhan dan jari jari kaki masih bisa di gerakkan,kilen mengatakan susah untuk melakukan miring kiri dan miring kanan Data Objektif: Penurunan kekuatan otot kilen pada kaki kiri,pergerakan sedi terbatas dan terpasang balutan perban.Sedangkan pada kilen 2 Data Subjektif : kilen mengatakan sulit bergerak karena keadan kaki yang di operasi,kilen mengatakan tidak bisa beraktivitas normal seperti biasanya di akibatkan pasca operasi,kilen mengatakan masih kesulitan berpindah dari baring ke duduk,Data Objektif: aktifitas kilen tampak di bantu oleh keluargakilen tampak kesulitan membolak balik posisi,penuruna kekuatan otot kilen,tampang terpasang balutan perban pada area yang di operasi.

Menurut teori (Prayitno & Haryati, dalam harry 2021) setelah 24 – 48 jam pertama paska bedah, klien dianjurkan untuk segera meninggalkan tempat tidur atau melakukan mobilisasi dini. masalah yang sering muncul segera setelah *operasi*, klien telah sadar dan berada di ruang perawatan dengan edema/bengkak, nyeri, keterbatasan lingkup gerak sendi, penurunan kekuatan otot serta penurunan kemampuan untuk ambulasi dan berjalan karena luka bekas operasi dan luka bekas trauma. Ambulasi dini merupakan tahapan kegiatan yang dilakukan segera pada klien paska

operasi dimulai dari bangun dan duduk disisi tempat tidur sampai klien turun dari tempat tidur, berdiri dan mulai belajar berjalan dengan bantuan alat sesuai dengan kondisi klien. Manfaat ambulasi dini adalah untuk memperbaiki sirkulasi, mengurangi komplikasi immobilisasi paska operasi, mempercepat pemulihan klien *pasca operasi*.

Penegakan diagnose didasarkan pada data mayor dan minor dalam SDKI dimana dalam hal ini penulis berpendapat pada pasien 1 dan 2 sudah menunjang untuk diangkat diagnose ini antara lain : data mayor (mengeluh sulit untuk menggerakkan ekstremitas,kekuatan otot menurun,rentang gerak ROM menurun) dan data minor : (nyeri saat bergerak,enggan melakukan pergerakan,merasa cemas saat bergerak,gerakan terbatas).

Penulis berasumsi bahwa gangguan mobilitas fisik kilen muncul dari akibat dari pasca operasi sehingga mengakibatkan penurunan kekuatan otot.

c. Deficit perawatan diri b.d kelemahan dan gangguan muskulosekeletal

Masalah keperawatan ini di temukan pada kilen 1 dan kilen 2 penegakan dilakukan berdasarkan SDKI (2017) Data subjektif pada kilen 1 : kilen mengatakan semenjak masuk rumah sakit kilen belum ada di seka,,sikat gigi Data Objektif: kilen tampak masih kontor dan kilen tampak terpassang kateter.Sedangkan pada kilen 2 kilen mengatakan sulit untuk melakukan perawatan diri karena keterbatasan pergerakan Data

Objektif : kilen dalam kebutuhan personalhygien di bantu oleh keluarga dan perawat,kilen untuk kebutuhan bab dan bak menggunakan pispot.

Penegakan diagnosa didasrkan pada data mayor dan data minor untuk kilen 1 dan kilen 2 dalam hal ini penulis sudah menunjang untuk diangkat diagnose ini antar lain : Data mayor (tidak mampu mandi/megenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri,minat melakukan perawatan diri kurang Data minor : tidak ada

Menurut (Pranata dkk, 2016) teori Kebersihan kullit dan membran mukosa sangatlah penting karena kulit merupakan garis pertahanan tubuh yang pertama dari kuman penyakit. Dalam menjalankan fungsinya, kulit menerima berbagai rangsangan dari luar dan pintu masuk utama kuman patogen ke dalam tubuh. Bila kulit bersih dan terpelihara, kita dapat terhindar dari berbagai penyakit, gangguan, atau kelainan yang mungkin muncul. Selain itu, kondisi kulit yang bersih akan menciptakan perasaan segar dan nyaman, serta membuat seseorang terlihat cantik.

Menurut penulis berasumsi seseorang yang mengalami *post op fraktur* maka untuk aktivitas perawatan diri sehari-hari terhambat sesuai dengan fakta dan teori yang dikemukakan. Maka kesimpulan peneliti mengenai beberapa keluhan yang terjadi pada kilen 1 dan 2 *post operasi fraktur* dengan teori menurut beberapa penelitian sesuai antara teori dan fakta.

d. Risiko jatuh d.d pasca operasi

Masalah keperawatan ini di temukan pada kilen 1 dan kilen 2 penegakan dilakukan berdasarkan SDKI (2017) dengan keluhan kilen 1 Data subjektif :kilen mengatakan masih lemah Data Objektif: terpasang infus di tangan kanan,gerakan sendi terbatas,kekuatan otot menurun pagar tempat tidur terpasang,roda tempat tidur terkunci skala morse 55.Sedangkan pada kilen 2 Data Subjektif: kilen mengatakan masih lemah Data Objektif : skala mores kilen 55,tampak pagar tempat tidur terpasang,roda tempat tidur terkunci.

Menurut (Laili & Tanoto, 2019) Faktor yang mempengaruhi resiko jatuh di tandai dengan kondisi pasien, termasuk kondisi psikologis, usia dimana dengan bertambahnya usia erat kaitannya dengan terjadinya penurunan fisiologis pada tubuhnya. perubahan yang signifikan terjadi pada sistem *muskuloskeletal, saraf, kardio-vaskuler-respirasi, indra* dan *integument sistem musculoskeletal* terkait perubahan yang terjadi meliputi perubahan pada jaringan penghubung, kartilago, tulang, otot dan sendi dan juga erat kaitannya denga faktor lingkungan. Komplikasi jatuh antara lain perlukaan (*injury*) mengakibatkan rusaknya jaringan lunak yang terasa sangat sakit berupa robekan tertariknya jaringan otot, robeknya arteri atau vena, patah tulang atau fraktur.

Menurut peneliti seseorang yang mengalami *post operasi faktur* maka untuk tingkat resiko jatuh itu ada dan untuk mengetahui tingkat resiko jatuh kilen bisa menggunakan skala morse.

Kilen di lakukan tindakan pencegahan jatuh bertujuan untuk tingkat resiko jatuh tidak ada dengan cara memasang handrall pada tempat tidur,memastikan roda tempat tidur terkunci,memasang gelang resiko jatuh,dan menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah.

e. Risiko infeksi d.d prosedur tindakan invasive (pemasangan pen)

Masalah keperawatan ini ditemukan pada kilen 1 dan kilen 2 penegakan dilakukan berdasar SDKI (2017) dengan keluhan kilen 1 Data Subjektif: kilen mengetahui tanda dan gejala infeksi Data Objektif : kilen tampak terpasang katetr,kondisi luka baik tidak ada tanda tanda infeksi.sedangkan pada kilen 2 di dapatkan Data Subjektif : kilen mengatakan belum tau tanda dan gejala infeksi Data Objektif : Tidak ada tanda tanda infeksi pada luka,luka baik tidak di temukan data mayor dan minor kilen.

Menurut (Yayat Rahmat Hidayat, 2015) Luka operasi dapat mengalami dehisiensi atau infeksi. Faktor penyebab dehisiensi adalah perdarahan (hemostasis kurang sempurna), infeksi luka, jahitan kurang baik dan teknik operasi kurang baik. Faktor penyebab lain adalah keadaan umum kurang baik (hipoalbuminemia, karsinomatosis, dan usia lanjut). Kebanyakan kontaminasi luka pasca operasi terjadi selama pembedahan sehingga dapat dikatakan bahwa umumnya infeksi berasal dari operasinya.Infeksi luka operasi pada operasi orthopedi termasuk masalah kesehatan serius. Infeksi pada luka operasi dapat menyebabkan

perpanjangan rawat inap pasien di rumah sakit, dilakukan operasi ulang, serta meningkatkan biaya pelayanan kesehatan.

Menurut peneliti seseorang yang mengalami *post op fraktur* maka untuk tingkat resiko infeksi itu ada dengan di tandai tanda gejala seperti bengkak pada area operasi, memar pada area operasi dan tingkat perawatan luka yang kurang steril.

3. Perencanaan

Intervensi keperawatan atau perencanaan keperawatan adalah perumusan tujuan, tindakan, dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada klien/klien berdasarkan analisa pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan klien dapat diatasi (Nurarif, Amin Huda & Kusuma, 2016).

Tahap ketiga dari proses keperawatan adalah perencanaan, perencanaan tindakan keperawatan pada klien 1 dan klien 2 disusun setelah semua data yang terkumpul selesai dianalisis dan diprioritaskan. Langkah-langkah dalam perencanaan keperawatan ini terdiri dari: menegakkan diagnosa keperawatan, menentukan sasaran dan tujuan, menentukan kriteria dan evaluasi, menyusun intervensi dan tindakan keperawatan.

4. Pelaksanaan

Implementasi merupakan pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah di susun pada tahap perencanaan ukuran intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan

dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, pendidikan untuk klien-keluarga atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari (Supardi & Ashriady 2018).

Untuk kesuksesan pelaksanaan implementasi keperawatan agar sesuai dengan rencana keperawatan perawat harus mempunyai kemampuan kognitif (*intelektual*) kemampuan dalam hubungan interpersonal, dan keterampilan dalam melakukan tindakan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan (Supratti & Ashriady, 2018).

Implementasi yang dilakukan pada klien 1 dan klien 2 dibagi dalam empat komponen yaitu tindakan observasi, tindakan terapeutik, tindakan edukasi, dan tindakan kolaborasi. Implementasi yang dilakukan peneliti disesuaikan dengan perencanaan yang telah disusun.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan suatu aktivitas tindakan keperawatan untuk mengetahui efektivitas tindakan yang telah dilakukan terhadap pasien evaluasi asuhan keperawatan merupakan fase akhir dari proses keperawatan terhadap asuhan keperawatan yang di berikan (andi paraellangi 2017).

Hasil evaluasi yang dilakukan oleh peneliti pada klien 1, pada *post operatif fraktur femur sinistra* terdapat lima masalah keperawatan yang ditegakkan, masalah yang teratasi yaitu nyeri akut, resiko jatuh dan resiko

infeksi sedangkan masalah yang teratasi sebagian yaitu gangguan mobilitas fisik,deficit perawatan diri. Pada diagnosa nyeri akut, masalah dapat teratasi ditandai dengan nyeri berkurang, skala nyeri 3 yaitu nyeri yang dirasakan hanya sedikit seperti cubitan ringan pada area jahitan, tanda-tanda vital normal, klien menyatakan nyaman setelah nyeri berkurang,pada diagnosa gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian ditandai dengan pasien bias miring kiri dan kanan bias duduk,pada diagnosa deficit perawatan diri teratasi sebagian ditandai dengan pasien mau melakukan perawatan diri akan tetapi masih di bantu oleh keluarga,pada diagnosa resiko jatuh masalah dapat teratasi ditandai dengan klien tidak ada mengalami jatuh selama dalam masa perawatan,handrall tempat tidur klien selalu terpasang,roda tempat tidur selalu terkunci dan pada diagnosa resiko infeksi masalah dapat teratasi ditandai dengan tidak ada tanda-tanda infeksi pasien seperti mengeluarkan bau yang khas pada area *operasi*,pasien selalu menjaga kebersihan dan pasien sudah paham tentang tanda dan gejala infeksi .

Hasil evaluasi yang dilakukan oleh peneliti pada klien 2, pada *post operatif fraktur femur dextra* terdapat lima masalah keperawatan yang ditegaskan, masalah yang teratasi yaitu nyeri akut,resiko jatuh dan resiko infeksi sedangkan masalah yang teratasi sebagian yaitu gangguan mobilitas fisik,deficitperawatan diri. Pada diagnosa nyeri akut, masalah dapat teratasi ditandai dengan nyeri berkurang, skala nyeri 3 yaitu nyeri yang dirasakan hanya sedikit seperti cubitan ringan pada area jahitan,

tanda-tanda vital normal, klien menyatakan nyaman setelah nyeri berkurang, pada diagnosis gangguan mobilitas fisik masalah teratasi sebagian ditandai dengan pasien bias miring kiri dan kanan bias duduk dan proses berjalan menggunakan tongkat, pada diagnosis deficit perawatan diri masalah teratasi sebagian ditandai dengan pasien mau melakukan perawatan diri, menjaga kebersihan diri pada diagnosis resiko jatuh, masalah dapat teratasi ditandai dengan klien tidak ada mengalami jatuh selama dalam masa perawatan, dan handrall tempat tidur klien selalu terpasang roda tempat tidur selalu terkunci dan pada diagnosis resiko infeksi masalah dapat teratasi ditandai dengan tidak ada tanda-tanda infeksi seperti bau yang khas pada area *operasi*, pasien selalu menjaga kebersihan dan pasien sudah paham tentang tanda dan gejala infeksi.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian penerapan asuhan keperawatan pada klien 1 dengan *post operasi fracture femur sinistra* di Ruang Flamboyan B di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Kalimantan Timur dan klien 2 dengan *post operasi fracture femur dextra* di Ruang Angrek hitam lantai 5 di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Kalimantan Timur berikut:

1. Pengkajian

Hasil pengkajian yang di dapatkan dari kedua pasien menunjukkan adanya tanda gejala yang sama yang di rasakan oleh kedua kasus. Keluhan yang di rasakan oleh pasien1 juga dirasakan pasien 2. Tanda dan gejala yang muncul yang di rasakan oleh kedua pasien yaitu adanya nyeri di anggota gerak ekstremitas bawah setelah di lakukan operasi, pasien di bantu dalam pemenuhan kebutuhannya, seperti mobilitas fisik,perawatan diri,pencegahan jatuh dan pencegahan infeksi jika seseorang terdiagnosa fraktur memiliki kemungkinan akan muncul masalah dan keluhan yang sama di rasakan oleh penderita.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien 1 dan pasien 2 adalah Nyeri berhubungan dengan Agen pencederaan fisik (prosedur operasi), gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskulosekeletal

Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dan gangguan muskuloskeletal, Resiko jatuh berhubungan dengan pasca operasi dan Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif (pemasangan pen).

3. Perencanaan

Hasil yang diperoleh dari intervensi yang dilakukan oleh peneliti, intervensi yang dilakukan yaitu mengukur Skala nyeri pasien dengan mengajarkan latihan Teknik relaksasi nafas dalam, yang bertujuan untuk mengurangi Skala nyeri pada pasien post op fraktur, membantu memenuhi kebutuhan mobilisasi fisik dengan mengajarkan latihan ROM, membantu memenuhi kebutuhan perawatan diri dengan membantu menyiapkan alat untuk mandi, memandikan pasien, membantu pencegahan jatuh dengan memasang handrall tempat tidur, memastikan roda tempat tidur terkunci, memasang gelang resiko jatuh, anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah dan membantu pencegahan infeksi dengan monitor tingkat tanda dan gejala infeksi, mengajarkan mencuci tangan, jelaskan tanda dan gejala infeksi.

4. Pelaksanaan tindakan

Implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah peneliti susun. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada pasien 1 dan pasien 2 sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan berdasarkan teori yang ada dan sesuai dengan kebutuhan pasien

5. Evaluasi

Hasil evaluasi yang dilakukan peneliti pada kedua kasus dilakukan selama 3 hari perawatan oleh peneliti. Hasil evaluasi yang dilakukan oleh peneliti pada pasien 1 menunjukkan bahwa masalah keperawatan yang dialami pasien 1 teratasi dapat dilihat dari menurunnya skala nyeri pasien dari 5 menjadi 3 . Hasil evaluasi keperawatan pasien 2 menunjukkan perkembangan kesehatan dan masalah keperawatan yang mulai teratasi juga dapat dilihat dari menurunnya skala nyeri 5 menjadi 3. Lalu pada pasien 1 dan pasien 2 untuk tingkat mobilisasi fisi teratasi sebagian dan dapat memenuhi kebutuhan kelen seperti menyeka,keadaan tingkat jatuh pada pasien 1 dan pasien 2 tidak ada dan pada pasien 1 dan pasien 2 tidak terdapat tanda-tanda infeksi.

B. Saran

1) Bagi Instansi Rumah Sakit

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

2) Bagi Instansi Pendidikan

Institusi pendidikan sebagai bahan acuan dan referensi untuk bahan penelitian lebih lanjut serta dapat diterapkan sebagai intervensi bagi

mahasiswa dalam penanganan masalah pada pasien *post op fraktur ekstremitas bawah* di Ruang Falmboyan B dan Angrek Hitam Lanti 5 di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

3) Bagi Penulis Selanjutnya

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

DAFTAR PUSTAKA

- Adhi, A., Prabowo, A. J. I., Studi, P., Keperawatan, D., Kesehatan, F. I., & Surakarta, U. M. (2015). *Remove of Inplate Fraktur Tibia Di Rsud*.
- Aini, L., & Reskita, R. (2018). *Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam terhadap Penurunan Nyeri pada Pasien Fraktur*. 9(2013), 262–266.
- Anjaswati Buana, R. (2019). *Deskripsi Pengetahuan Pasien Fraktur tentang perawatan selama penyembuhan di Poli Bedah*. 10(1).
- Ardian, V. (2015). *Asuhan keperawatan pra operatif pada pasien close fraktur femur*.
- Arif Kurniawan , Yunie Armiyati, R. A. (2017). *Pengaruh Pendidikan Kesehatan pre operasi terhadap tingkat kecemasan pada pasien pre operasi di RSUD Kudus*. 6(2), 139–148.
- Andi Parellangi, (2017). *HOME CARE NURSING* (ed. I-yogya). pustakaan nasional.
- Çelik,et.al 2018 ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST OP FRAKTUR* DENGAN MASALAH GANGGUAN MOBILITAS FISIK DI RUMAH SAKIT PANTI WALUYA MALANG 1(1), 1–8.
- DEWI, C. C. (2020). *ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN KEBUTUHAN AKTIVITAS PADA PASIEN FRAKTUR EKSTREMITAS BAWAH DI RUANG BEDAH RSUD JENDRAL AHMAD YANI METRO TAHUN 2020*. Poltekkes Tanjungkarang.
- Djamal, R., Rompas, S., & Bawotong, J. (2015). *Pengaruh Terapi Musik Terhadap Skala Nyeri Pada Pasien Fraktur Di Irina a Rsup Prof. Dr. R.D. Kandou Manado*. *Jurnal Keperawatan UNSRAT*, 3(2).
- Fitrianti, L. (2018). *Prinsip Kontinuitas dalam Evaluasi Proses Pembelajaran*. *Jurnal Pendidikan*, 10(1), 89–102.
<http://journal.staihubbulwathan.id/index.php/alishlah/article/view/68%0Ahttp://moraref.kemenag.go.id/documents/article/97874782241969537>

- Hastuti, D. (2017). Hubungan Pengetahuan Tentang Antisipasi Cedera Dengan Praktik Pencegahan Cedera Pada Anak Usia Toddler Di Rw 01 Kelurahan Manggahang Wilayah Puskesmas Jelegong Kabupaten Bandung. *Jurnal Keperawatan Komprehensif*, 3(1), 52. <https://doi.org/10.33755/jkk.v3i1.85>
- Kemenkes RI. (2018). *Laporan Nasional Riskesdas*. Kemenkes RI.
- Laili, N., & Tanoto, W. (2019). *Analisis Hubungan Tingkat Aktifitas Fisik Terhadap Kejadian Resiko Jatuh pada Pasien Fraktur di RSUD Mardi Waluyo Blitar STIKES Karya Husada Kediri Email : nurullaili230279@gmail.com Pendahuluan*. 14(2), 119–130.
- Maliya, A. (2016). *Pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan tingkat nyeri pada klien pasca operasi fracture femur di rumah sakit karima utama surakarta*. 191–199.
- Nurarif, Amin Huda & Kusuma, H. (2016). *Asuhan Keperawatan Praktis Berdasarkan Penerapan Diagnosa Nanda, NIC, NOC dalam Berbagai Kasus* (1st ed.). Mediaction Publishing.
- Nurarif Huda, A. & K. H. (2015). *Aplikasi aspek berdasarkan NANDA NIC-NOC*. MediAction.
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik* (1st ed.). DPP PPNI.
- PPNI, T. P. S. D. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*.
- PPNI, (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*.
- Prayitno, J., & Haryati, D. S. (2011). Hubungan ambulansi dini terhadap aktifasi peristaltik usus pada klien post operasi fracture ekstremitas bawah dengan anastesi umum di ruang mawar II RS dr. moewardi Surakarta. *Keperawatan*.
- Pranata dkk. (2016). ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN POST OPERASI FRAKTUR FEMUR DENGAN MASALAH KEPERAWATAN DEFISIT PERAWATAN DIRI (MANDI)

- Ramadhani, R. P., Romadhona, N., Djojosingito, M. A., Dyana, E. H., & Rukanta, D. (2019). Hubungan Jenis Kecelakaan dengan Tipe Fraktur pada Fraktur Tulang Panjang Ekstremitas Bawah. *Jurnal Integrasi Kesehatan & Sains*, 1(22), 32–35.
- Ririn Purwanti, W. P. (2017). Pengaruh latihan *Range Of Motion (ROM)* aktif pada pasien post operatif fraktur humerus. 10(2), 42–52.
- Rukajat, A. (2018). *Pendekatan Penelitian Kualitatif (Qualitative Research Approach)*. DEEPUBLISH.
- Sani, F. (2018). *Metodologi Penelitian Farmasi Komunitas dan Eksperimental*. DEEPUBLISH.
- Supratti, S., & Ashriady, A. (2018). Pendokumentasian Standar Asuhan Keperawatan Di Rumah Sakit Umum Daerah Mamuju. *Jurnal Kesehatan Manarang*, 2(1), 44. <https://doi.org/10.33490/jkm.v2i1.13>
- Trise, S. A., & Nuriala, I. (2015). RSUD SLEMAN Siti Arifah & Ida Nuriala Trise Poltekkes Kemenkes Semarang Prodi Keperawatan Magelang Rumah Sakit Jiwa Ghrasia Yogyakarta. IV(01), 40–49.
- Utami, T. N. (2017). Tinjauan Literatur Mekanisme Zikir Terhadap Kesehatan: Respons Imunitas. *Jurnal JUMANTIK*, 100(1).
- Yayat Rahmat Hidayat. (2015). Faktor Risiko Infeksi Luka Operasi Pasca-bedah. *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952., 4, 763–773.

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KALIMANTAN TIMUR



Direktorat: Jalan Karmia Makmur No. 64 RT. 24 Kelurahan Harapan Baru Kecamatan Loa Jananilir
 Jurusan Keperawatan, Jurusan Kebidanan, Jurusan Anlils Kesehatan
 Jalan Wolter Monginsidi No. 38 Samarinda - Kalimantan Timur, Kode Pos 75123, Telepon (0541) 738153, 768522 Fax: (0541) 768523
 Program Studi Diploma III Kebidanan Balikpapan, Jalan Sorong No. 9 RT.081 Gunung Pipo Balikpapan Utara Telepon: (0542) 424704
 Fax: (0542) 415551. Surat Elektronik: poltekkes_smd3@ yahoo.co.id Laman: http://poltekkes.kalim.ac.id

FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
PENGKAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

Tanggal MRS : 25 April 2021 Jam Masuk :
 Tanggal Pengkajian : 28 April 2021 No. RM : 62.92.xx
 Jam Pengkajian : Diagnosa Masuk : Postop Fraktur femur sinistra
 (Tindakan ORIF)

IDENTITAS

1. Nama Pasien : Tm.P. Penanggung jawab biaya :
 2. Tanggal lahir : 16/07/1967 Nama :
 3. Suku Bangsa : Jawa Alamat :
 4. Agama : Islam
 5. Pendidikan : sma
 6. Pekerjaan : Tidak bekerja
 7. Alamat : Jl. Koi Syaifuddin 4085 No. 5 rtg3.

RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

1. Keluhan Utama : Klien mengatakan nyeri pada karp karp yang di operasi

 2. Keluhan Penyakit Sekarang : Klien mengatakan jatuh dari motor akibat menghindari
 kucing, lokasi kesadannya di depan mall Iking Plaza pukul 19:00 kemudian
 klien di bawa IGD RSUD pada pukul 20:00 di IGD klien mendapatkan
 perawatan dan dilakukan rontgen kemudian klien di pindahkan ke ruangan
 Flambayan B. untuk mendapatkan melakukan Postop Fraktur
 di ruangan Operasi. Klien mulai puasa pukul 22:30, Klien mulai di
 pindahkan dari ruangan Flambayan B ke ruangan Operasi pukul 14:00
 klien selesai operasi pukul 15:10

RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

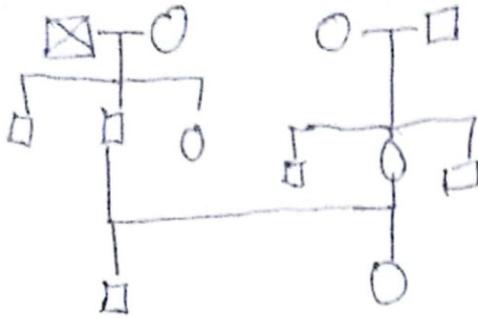
1. Pernah dirawat ya tidak kapan: diagnosa:
 2. Riwayat penyakit kronik dan menular ya tidak jenis:
 Riwayat kontrol :
 Riwayat penggunaan obat :
 3. Riwayat alergi ya tidak jenis:
 4. Riwayat operasi ya tidak kapan:
 5. Lain-lain :

RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA

ya tidak jenis:

GENOGRAM

GENOGRAM



PERILAKU YANG MEMPENGARUHI KESEHATAN

Perilaku sebelum sakit yang mempengaruhi kesehatan

- Alkohol ya Tidak
- Keterangan
- Merokok ya Tidak
- Keterangan
- Obat ya Tidak
- Keterangan
- Olahraga ya Tidak
- Keterangan

OBSERVASI DAN PEMERIKSAAN FISIK

1. Keadaan Umum :

Posisi pasien :
 Alat medis/ invasif yang terpasang : **Terpasang infus di tangan kanan dan terpasang selang kateter**
 Tanda klinis yang mencolok : () sianosis () perdarahan

- Sakit ringan Sakit sedang Sakit berat

2. Kesadaran:

Kualitatif :
 Compos Mentis Apatis Somnolen Sopor Koma

Kuantitatif : GCS : **E4M6V5**

Tabel 1: Skor Pemeriksaan GCS (Glasgow Coma Scale)

Parameter yang dinilai	Total/Max
1. Membuka Mata/Response (E) - Klien dapat membuka mata spontan - Klien dapat membuka mata dengan perintah - Klien dapat membuka mata dengan respon nyeri - Klien tidak berespon	4 3 2 1
2. Respon Motorik (M) - Klien dapat melakukan gerakan sesuai instruksi - Klien hanya mampu melokalisasi nyeri - Klien hanya mampu menghindari sumber nyeri - Adanya gerakan fleksi abnormal (ekstensi) - Adanya gerakan ekstensi abnormal (decerebrasi) - Klien tidak berespon	6 5 4 3 2 1
3. Respon Verbal (V) - Klien mampu menjawab dengan benar, orientasi sempurna - Klien mengalami disorientasi, bingung - Kata-kata tidak dapat dimengerti/tidak bermakna - Suara tidak jelas/hanya mengerang - Klien tidak berespon	5 4 3 2 1

Masalah Keperawatan :

- 3. Pemeriksaan Tanda-Tanda Vital**
 S: **36°C** N: **80x/mnt** TD: **140/80 mmHg** RR: **20x/menit**
 Tekanan sistolik + (2x tekanan diastolik)
 MAP: mmHg

4. Kenyamanan/nyeri

Nyeri ya Tidak

P : Provokatif dan palliatif :

Q : Quality dan Quantitas :

R : Regio :

S : Severity : klien mengatakan skala nyeri 2

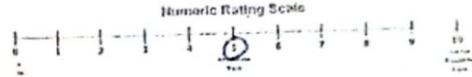
T : Time : nyeri terasa saat digaruk dan hilang saat diistirahkan

P: Klien mengatakan nyeri pada kaki jika digaruk

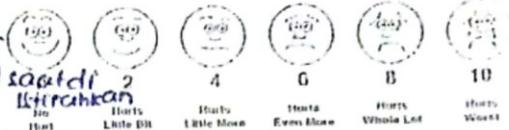
Q: klien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk

R: klien mengatakan nyeri pada kaki kiri yang di operasi nyeri akut

Masalah Keperawatan : Nyeri akut



Wong-Baker FACES® Pain Rating Scale



5. Status Fungsional/Aktivitas dan Mobilisasi Barthel Indeks

No	Fungsi	Skor	Uraian	Nilai Skor
1.	Mengendalikan rangsang defekasi (BAB)	0	Tak terkendali/tak teratur (perlu pencabar)	
		1	Kadang-kadang tak terkendali	
		2	Mandiri	2
2.	Mengendalikan rangsang berkemih (BAK)	0	Tak terkendali/pakai kateter	
		1	Kadang-kadang tak terkendali (1 x 24 jam)	
		2	Mandiri	2
3.	Membersihkan diri (cuci muka, sisir rambut, sikat gigi)	0	Butuh pertolongan orang lain	0
		1	Mandiri	
4.	Penggunaan jamban, masuk dan keluar (melepaskan, memakai celana, membersihkan, menyiram)	0	Tergantung pertolongan orang lain	
		1	Perlu pertolongan pada beberapa kegiatan tetapi dapat mengerjakan sendiri kegiatan yang lain	1
		2	Mandiri	
5.	Makan	0	Tidak mampu	
		1	Perlu ditolong memotong makanan	1
		2	Mandiri	
6.	Berubah sikap dari berbaring ke duduk	0	Tidak mampu	
		1	Perlu banyak bantuan untuk bisa duduk (2 orang)	
		2	Bantuan (2 orang)	2
7.	Berpindah/berjalan	0	Tidak mampu	
		1	Bisa (pindah) dengan kursi roda	1
		2	Berjalan dengan bantuan 1 orang	
8.	Memakai baju	0	Tidak mampu	
		1	Sebagian dibantu (misalnya mengancing baju)	1
		2	Mandiri	
9.	Naik turun tangga	0	Tidak mampu	1
		1	Butuh pertolongan	
		2	Mandiri	
10.	Mandi	0	Tergantung orang lain	0
		1	Mandiri	
Total skor				11

Kategori tingkat ketergantungan pasien: ketergantungan sedang

Keterangan:

20 = Mandiri

12 - 19 = Ketergantungan ringan

9 - 11 = Ketergantungan sedang

5 - 8 = Ketergantungan berat

0 - 4 = Ketergantungan total

Masalah Keperawatan : Gangguan mobilitas fisik

6. Pemeriksaan Kepala

Fungsi penciuman tengah frontal : Terhidrasi Dehidrasi
 Kulit kepala : Bersih Luka

Rambut :

Penyebaran : merata
 Warna : hitam
 Mudah patah : tidak
 Berecabang : tidak
 Cerah / kusam : cerah
 Kelainan :

Mata:

Sklera : Putih Ikterik tidak ikterik
 Konjungtiva : Merah muda Anemia tidak anemia
 Palpebra : Tidak ada edema Edema
 Kornea : Jernih Keruh
 Reflek cahaya : + -
 TIO :
 Pupil : Isokor anisokor diameter
 Visus : OS OD
 Kelainan :

Hidung :

Pernafasan Cuping hidung: Ada Tidak ada
 Posisi septum nasi: Ditengah Deviasi
 Lubang hidung: tidak ada sekret atau sumbatan pada lubang hidung
 Ketajaman penciuman: tidak ada masalah pada penciuman
 Kelainan : tidak ada

Rongga Mulut :

Bibir : Warna merah mudah
 Gigi geligi :  lengkap

Lidah : Warna merah mudah

Mukosa : Lembab Kering Stomatitis
 Tonsil : Ukuran
 Uvula : Letak Simetris Ditengah Deviasi

Telinga:

Daur/pina telinga : Simetris kanan dan kiri
 Kanalis telinga : tidak kotor dan tidak ada benda asing
 Membran Timpani : Cahaya politser
 Ketajaman pendengaran : baik klien dapat mendengarkan suara gerakan jari.
 Tes weber : 256 Hz
 Tes Rinne : 512 Hz
 Tes Swabach : 512 Hz
 Telinga kiri telinga kanan

Kesimpulan

Masalah Keperawatan :

7. Pemeriksaan Leher

Kelenjar getah bening : Teraba Tidak teraba
 Tiroid : Teraba Tidak teraba
 Posisi trakea : Letak di tengah Deviasi ke arah
 JVP :cmH₂O
 Masalah Keperawatan :

8. Pemeriksaan Thorak : Sistem Pernafasan

a. Keluhan : Sesak nyeri waktu bernafas (tidak ada keluhan sesak)
 Batuk : Produktif Tidak produktif
 Sekret : Konsistensi :
 Warna : Bau :

b. Inspeksi

Bentuk dada simetris asimetris barrel chest
 Funnel chest Pigeons chest

Frekuensi: 20x/mnt

Irama nafas: teratur tidak teratur

Pola pernafasan: Dispnoe Kusmaul Cheyne Stokes normal
 Bradipnae Takipnea Hyperventilasi

Pernafasan cuping hidung: Ada Tidak

Otot bantu pernafasan: Ada Tidak

Usaha nafas: Posisi duduk menunduk

Alat bantu nafas: Ya Tidak

Jenis Flow lpm

c. Palpasi

Vocal premitus : anterior dada teraba Posterior dada teraba

Ekspansi paru : anterior dada Posterior dada

Kelainan

Krepitasi Deviasi trakea Trakeostomy

d. Perkusi: Sonor Redup Pekak Hipersonor/timpani

Batas Paru Hepar :

e. Auskultasi:

Suara Nafas: Vesikuler Bronko vesikuler Rales
 Ronki Wheezing Suara nafas tambahan

lainnya:

Suara Ucapan:

f. Penggunaan WSD: tidak terpasang wsd

- Jenis :
- Jumlah Cairan :
- Undulasi :
- Tekanan :

Masalah Keperawatan :

9. Pemeriksaan Jantung : Sistem Kardiovaskuler

a. Keluhan: Nyeri dada Ada Tidak

P:
 Q:
 R:
 S:
 T:

b. Inspeksi :

CRT: 2 detik

Sianosis :

Ujung jari: Jari tabuh

c. Palpasi : ictus cordis

Akral () hangat () panas () dingin () Kering ()
 basah

d. Perkusi:

Batas Atas :

Batas Bawah :

Batas Kanan : Batas Kiri :

e. Auskultasi
 BJ II - Aorta :
 BJ II - Pulmonal :
 BJ I - Trikuspidalis :
 BJ I - Mitral :
 Bunyi jantung tambahan :
 Kelainan :

f. CVP :
 g. CTR :
 h. ECG & Interpretasinya :

 Lain-lain :
 Masalah Keperawatan :

10. Pemeriksaan Sistem Pencernaan dan Status Nutrisi

BB : 50 TB : 160 IMT : $\frac{BB}{(TB\ m)^2} = \frac{50}{160^2} = 19,5$ kg m² Kategori : berat badan ideal

Parameter	Skor
Apakah pasien mengalami penurunan BB yang tidak diinginkan dalam 6 bulan terakhir ?	
a. Tidak ada penurunan berat badan	0
b. Tidak yakin.. tidak tahu/ terasa baju lebih longgar	1
c. Jika ya, berapa penurunan BB tersebut:	2
1 - 5 kg	1
6 - 10 kg	2
11 - 15 kg	3
> 15 kg	4
Apakah asupan makanan berkurang karena tidak nafsu makan	
a. Ya	1
b. Tidak	0
Total Skor	0

Keterangan: Bila skor ≥ 2 dan atau pasien dengan diagnosis/kondisi khusus dilakukan pengkajian lebih lanjut oleh Dietisien, Bila skor ≤ 2 , skrining ulang 7 hari.

BAB : 1 x hari terakhir tanggal :
 Konsistensi : keras lunak cair lendir/darah
 padat lunak cair (tidak ada diet)
 Diet : tidak ada
 Jenis diet :
 Nafsu makan : baik menurun frekuensi :x/hari
 Porsi makan : habis tidak Keterangan lainnya :

Abdomen

Inspeksi : datar
 Bentuk :
 Bayangan vena : tidak ada
 Benjolan / massa : tidak ada benjolan

Luka operasi : ada tidak Tanggal operasi : tidak ada
 Jenis operasi : tidak ada Lokasi : tidak ada
 Keadaan : Drain baik tidak
 Jumlah : tidak ada Warna : tidak ada
 Kondisi area sekitar insersi :

Auskultasi : Peristaltik :^{x/menit}
 Palpasi : tegang kembang ascites
 Nyeri tekan : ya tidak Titik Mc Burney: *tidak di temukan nyeri tekan*
 Massa : *tidak ada pembesaran*
 Ginjal :

Perkus: *tidak ada ascites*
 Pemeriksaan ascites: undulasi: Siting Dullnes:
 Ginjal : nyeri ketuk ada tidak
 Masalah Keperawatan :

11. Sistem Persyarafan

- a. Memori : Panjang Pendek
 b. Perhatian : Dapat mengulang Tidak dapat mengulang
 c. Bahasa : Baik Tidak (ket:)
 d. Kognisi : Baik Tidak
 e. Orientasi : Orang Tempat Waktu
 f. Saraf sensori : Nyeri tusuk Suhu Sentuhan
 Lainnya :

g. Saraf koordinasi (cerebral) : Ya Tidak Tingkat kekuatan reflek:

h. Refleks Fisiologis	Patella	0	1	2	3	4	0= tidak ada reflek
	Achilles	0	1	2	3	4	1= hipoaktif
	Bisep	0	1	2	3	4	2= normal
	Trisep	0	1	2	3	4	3= hiperaktif
	Brakioradialis	0	1	2	3	4	4= hiperaktif dg klonus terus menerus

i. Refleks patologis: babinsky brudzinsky kernig

j. Keluhan pusing : Ya Tidak

k. Istirahat tidur: *6-7* jam/hari Gangguan tidur: *tidak ada*

l. Pemeriksaan saraf kranial

- | | | |
|-----|---|------------|
| N1 | : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak | Ket: |
| N2 | : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak | Ket: |
| N3 | : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak | Ket: |
| N4 | : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak | Ket: |
| N5 | : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak | Ket: |
| N6 | : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak | Ket: |
| N7 | : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak | Ket: |
| N8 | : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak | Ket: |
| N9 | : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak | Ket: |
| N10 | : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak | Ket: |
| N11 | : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak | Ket: |
| N12 | : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak | Ket: |

Masalah Keperawatan :

12. Sistem Perkemihan

a. Kebersihan : Bersih Kotor

b. Keluhan kencing: Nokturi Inkontinensia
 Gross hematuri Poliuria
 Disuria Oliguria
 Retensi Hesistensi
 Anuria

c. Kemampuan berkemih
 Spontan

Alat bantu, sebutkan: *Kateter*
 Jenis : *Kateter*
 Ukuran : *18*
 Hari ke : *1*

tidak ada keluhan kencing

- d. Produksi urine : 1000ml/hari Warna : kuning
 e. Kandung kemis : Membesar ya tidak
 Nyeri tekan ya tidak

Bau: khass

f. Balance cairan:

Intake		Output	
Minum peroral	: <u>1000</u> ml/hr	Urine (0,5 – 1 ml/kg/BB/jam)	: <u>1000</u> ml/hr
Cairan infus	:ml/hr	Draen	:ml/hr
Obat IV	:ml/hr	IWL (10 – 15 ml/kg/BB/24 jam)	:ml/hr
NGI	:ml/hr	Diare	:ml/hr
Makanan (1 kalori = 0,14 ml/hari)	:ml/hr	Muntah	:ml/hr
		Perdarahan	:ml/hr
		Feses (1x = 20 ml/hari)	:ml/hr
Total	:ml/hr	Total	:ml/hr

Balance cairan/hari perawatan:

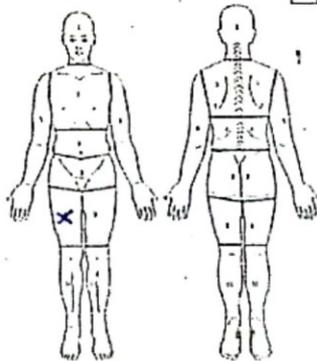
Masalah Keperawatan :

13. Sistem Muskuloskeletal dan Integumen

- a. Pergerakan sendi: Bebas Terbatas
 b. Kekuatan otot:

$\frac{5}{5} / \frac{5}{3}$

- c. Kelainan ekstremitas: ya tidak
 d. Kelainan tulang belakang : ya tidak
 e. Fraktur : ya tidak
 f. Traksi / spalk / gips : ya tidak
 g. Kompartemen syndrome : ya tidak
 h. Kulit : ikterik sianosis kemerahan hiperpigmentasi (v) baik
 i. Turgor: baik kurang jelek
 j. Luka : Tidak ada
 Luas luka panjang cm Diameter cm
 Derajat luka :
 Warna dasar luka merah kuning hitam
 Tipe eksudat/cairan luka :
 Goa : ada, ukuran
 Tepi luka :
 Jaringan granulasi : %
 Warna kulit sekitar luka : merah mudah
 Edema sekitar luka : tidak ada
 Tanda-tanda infeksi : Tidak Ya
 Lokasi: beri tanda X



k. Edema ekstremitas:

l. Pitting edema : 4/- grade :

Ekstremitas atas:

RU +1 +2 +3 +4 LU +1 +2 +3 +4

RL +1 +2 +3 +4 LL +1 +2 +3 +4

Penilaian Edema:

+1 : kedalaman 1 - 3 mm, waktu kembali 3 detik

Ekstremitas bawah: +2 : kedalaman 3 - 5 mm, waktu kembali 5 detik

RU +1 +2 +3 +4 LU +1 +2 +3 +4 +3 : kedalaman 5 - 7 mm, waktu kembali 7 detik

RL +1 +2 +3 +4 LL +1 +2 +3 +4 +4 : kedalaman > 7 mm, waktu kembali 7 detik

Orthier:

m. Ekskoriasis : ya tidak

n. Psoriasis : ya tidak

o. Urtikaria : ya tidak

p. Lain-lain:

Penilaian risiko decubitus:

Aspek yang dinilai	KRITERIA YANG DINILAI				NILAI
	1	2	3	4	
Persepsi Sensori	Terbatas Sepenuhnya	Sangat Terbatas	Keterbatasan Ringan	Tidak Ada Gangguan	4
Kelembaban	Terus Menerus Basah	Sangat Lembab	Kadang-kadang Basah	Jarang Basah	4
Aktivitas	Bedfast	Chairfast	Kadang-kadang Jalan	Lebih Sering Jalan	4
Mobilisasi	Immobile Sepenuhnya	Sangat Terbatas	Keterbatasan Ringan	Tidak Ada Keterbatasan	3
Nutrisi	Sangat Buruk	Kemungkinan Tidak Adekuat	Adekuat	Sangat Baik	4
Gesekan & Pergeseran	Bermasalah	Potensial Bermasalah	Tidak Menimbulkan Masalah		3
Note: Pasien dengan nilai total < 16 maka dapat dikatakan bahwa pasien beresiko mengalami dekubitus (Pressure ulcers) (15 or 16 = low risk, 13 or 14 = moderate risk, 12 or less = high risk)				TOTAL NILAI	18

Kategori pasien : low risk

Masalah Keperawatan : Risiko Infeksi

14. Sistem Endokrin

Pembesaran kelenjar tyroid: ya tidak

Pembesaran kelenjar getah bening: ya tidak

Pankreas: ya tidak

Trias DM: ya tidak

Hipoglikemia: ya tidak

Hiperglikemia: ya tidak

Kondisi kaki DM: ya tidak

- Luka ganggren: ya tidak

- Jenis luka :

- Lama luka :

- Warna :

- Luas luka :

- Kedalaman :

- Kulit Kaki :

- Kuku Kaki :

- Telapak Kaki :

- Jari Kaki :

- Infeksi : ya tidak

- Riwayat luka sebelumnya : ya tidak

Tahun :

Jenis luka :

Lokasi :

Nilai GDA:

Nilai GDA:

Riwayat amputasi sebelumnya : ya tidak

Jika Ya

Tahun :

Lokasi :

Lain-lain :

Masalah Keperawatan :

15. Seksualitas dan Reproduksi

a. Payudara : benjolan : ~~ada~~/tidak * bentuk simetris

Kehamilan : ~~ya~~/tidak

HPHT

b. Genitalia

Wanita : flour albus : ya/tidak

Prolaps uteri : ada/tidak

Pria

masalah prostat/kelainan: ~~ada~~/tidak * genitalia normal tidak ada luka.

Masalah Keperawatan :

16. Keamanan Lingkungan

Penilaian risiko pasien jatuh dengan skala morse (pasien dewasa)

Faktor Risiko	Skala	Skor	
		Hasil	Standar
Riwayat jatuh yang baru atau 3 bulan terakhir	Ya	25	25
	Tidak		0
Diagnosa sekunder lebih dari 1 diagnosa	Ya		15
	Tidak	0	0
Menggunakan alat bantu	Berpegangan pada benda-benda sekitar		30
	Kruk, tongkat, walker		15
Menggunakan IV dan cateter	Bedrest/dibantu perawat	0	0
	Ya	20	20
Kemampuan berjalan	Tidak		0
	Gangguan (pincang/discret)		20
Status mental	Lemah	10	10
	Normal/bedrest/imobilisasi		0
	Tidak sadar akan kemampuan/post op 24 jam		15
	Orientasi sesuai kemampuan diri	0	0
Total skor		55	

Kesimpulan : Kategori pasien : Risiko

Risiko = ≥ 45

Sedang = 25 - 44

Rendah = 0 - 24

Masalah Keperawatan : Risiko Jatuh

PENGAJIAN PSIKOSOSIAL

a. Persepsi klien terhadap penyakitnya

Cobaan Tuhan

Hukuman

Lainnya

b. Ekspresi klien terhadap penyakitnya

Murung/diam
Marah/menangis

Gelisah

Tegang

c. Reaksi saat interaksi

Kooperatif

Tidak kooperatif

Curiga

d. Gangguan Konsep Diri

ya

Tidak

Masalah Keperawatan :

PERSONAL HYGIENE & KEBIASAAN

a. Mandi :

f. Ganti pakaian : 1 x/hari

b. Keramas : Jarang x/hari

g. Sikat Gigi : Jarang x/hari

c. Memotong kuku : Jarang

d. Merokok:

ya

Tidak

e. Alkohol:

ya

Tidak

Masalah Keperawatan : defisit Perawatan diri

PENGAJIAN SPIRITUAL

Kebiasaan beribadah

a. Sebelum sakit:

Sering

Kadang-kadang

Tidak pernah

b. Selama sakit:

Sering

Kadang-kadang

Tidak pernah

PEMERIKSAAN PENUNJANG (Laboratorium, Radiologi, EKG, USG)

Tanggal	Jenis pemeriksaan	Hasil
28/april 2021	Lab.	1. hemoglobin : 13,25 (13,0 - 18,0) 2. leukosit : 9,48 (4,00 - 10,00) 3. hematokrit : 41,2 (40,0 - 54,0)
28/april 2021	Lab	4. Trombosit : 296 (150 - 450)
25/april 2021	Pongsen	Pada hasil pemeriksaan ditemukan go close fraktur femur sinistra

OBAT YANG DITERIMA

Nama Obat	Dosis	Nama Obat	Dosis
1. Pinger lakat (PLH)	16 TPM	6.	
2. ketorolac	3 x 1 mg	7.	
3. metoklo promid	2 x 10 mg	8.	
4. Cefazolin	1 x 1 mg	9.	
5.		10.	

Balikpapan,2019

Perawat.

: kramullahin

ANALISA DATA

Nama :
No. Reg :

Ruang :
Tanggal :

No	Data	Etiologi	Masalah Kep.
1	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. klien mengatakan nyeri kaki sebelah kiri mulai terasa P: nyeri post op operasi a: nyeri seperti ditusuk-tusuk R: nyeri pada kaki kiri di area operasi S: Skala nyeri 5 T: nyeri dirasakan ketika di getakan dan hilang saat di istirahatkan <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ekspresi wajah cemas meringis menahan nyeri b. klien tampak bersikap protektif c. TTV TD: 140/80 mmhg IR: 88 x/mnt RR: 20 x/mnt S: 36°C 	<p>Agan pencendraraan fisik (prosedur operasi)</p>	<p>Nyeri akut (0.0077)</p>

Prioritas Masalah

1. Nyeri akut b-d agan pencendraraan fisik (prosedur operasi) (0.0077)
2. gangguan mobilitas fisik b-d gangguan muskuloskeletal (0.0054)
3. deficit perawatan diri b-d gangguan muskuloskeletal (0.009)
4. Risiko jatuh d-d kondisi pasca operasi (0.0143)
5. Risiko infeksi d-d prosedur tindakan invasif (pemasangan pen) (0.0142)
6.

ANALISA DATA

Nama :
No. Reg :

Ruang :
Tanggal :

No	Data	Etiologi	Masalah Kep.
2.	<p>Ds:</p> <p>a) klien mengatakan kaki kirinya belum bisa digerakan tetapi masih bisa merasakan sentuhan dan jari-jari kaki bisa di gerakan</p> <p>b) klien mengatakan susah untuk melakukan miring kiri dan kanan</p> <p>c. klien mengatakan nyeri pada kaki sebelah kiri pasca Post op</p> <p>Do:</p> <p>a. kekuatan otot $\frac{5}{5}$ / $\frac{5}{3}$</p> <p>b. Total skor pada mobilitasi barthel indeks: 11 (kelemahan sedang)</p> <p>c. Pergerakan sendi terbatas, terpasang balutan perken</p>	<p>Gangguan musculoskeletal</p>	<p>gangguan mobilitas fisik (D.004)</p>

Prioritas Masalah

1.
2.
3.
4.
5.
6.

ANALISA DATA

Nama :
No. Reg :

Ruang :
Tanggal :

No	Data	Etiologi	Masalah Kep.
3.	<p>DS: a) Klien mengatakan semesak masuk rumah sakit klien belum ada mandi, sikat gigi, memotong kuku</p> <p>DO: a) Klien tampak kotor b) Klien tampak terpasang kateter dan menggunakan pampers</p>	gangguan muskuloskeletal	defisit perawatan diri (D.0109)
4.	<p>DS: a) Klien mengatakan masih lemah</p> <p>DO: a) Terpasang infus di tangan kanan b) Gerakan sendi terbatas c. kekuatan otot $\frac{5}{5}$ $\frac{5}{3}$ d. TOTAL SKOR RISKO JATUH DAICAM skala morse: 55 (risiko)</p>	kondisi pasca operasi	Risiko jatuh (D.0113)

Prioritas Masalah

1.
2.
3.
4.
5.
6.

ANALISA DATA

Nama :
No. Reg :

Ruang :
Tanggal :

No	Data	Etiologi	Masalah Kep.
5.	<p>DS:</p> <p>a) Klien mengatakan belum tau tentang tanda dan gejala infeksi</p> <p>DO:</p> <p>a) Klien terpasang kateter</p> <p>b) kondisi luka baik dan bersih</p> <p>c) Klien mendapatkan tetapi obat anti biotik</p>	<p>Prosedur tindakan Invasif (Pemasangan pen)</p>	<p>Risiko Infeksi (0.0142)</p>

Prioritas Masalah

1.
2.
3.
4.
5.
6.

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama :
No. Reg :

Ruang :
Tanggal :

No. Dx. Kep.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1.	nyeri akut b/d agen pencedraan fisik (prosedur operasi)	setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan dapat diangkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : a) keluhan nyeri menurun b) meringis menurun c) mampu menontrol nyeri (mampu menggunakan teknik non farmakologi) (L.08066)	Manajemen nyeri (L.08238) Observasi 1.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan integritas nyeri 1.2. Identifikasi skala nyeri 1.3 Identifikasi respon nyeri non verbal 1.4 Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik: 1.5 berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri 1.6 kontrol lingkungan yang memperberat nyeri Edukasi 1.7. ajarkan teknik non farmakologi (napas dalam) Kolaborasi 18. kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

Yang Membuat Intervensi

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama :
No. Reg :

Ruang :
Tanggal :

No. Dx. Kep.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
2.	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan muskuloskeletal	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan dan diharapkan tingkat mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pergerakan ekstremitas meningkat 2) kekuatan otot meningkat 3) rentang gerak an (ROM) meningkat 4) kecemasan menurun 5) kelemahan fisik menurun 6) nyeri menurun (L-05042) 	<p>Dukungan mobilitas (I-05173)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Identifikasi kemampuan klien dalam mobilitas fisik 2.2 Monitor TV <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.3 libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.4 Anjurkan melakukan mobilisasi dini 2.5 Anjurkan mobilitas sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur pindah dari tempat tidur ke kursi)

Yang Membuat Intervensi


Iramahani

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama :
No. Reg :

Ruang :
Tanggal :

No. Dr. Kep.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
3.	deficit perawatan diri b.d kelemahan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) kemampuan mandiri meningkat 2) minat melakukan perawatan diri meningkat 3) mempertahankan kebersihan diri meningkat 4) mempertahankan kebersihan mulut meningkat <p>(L-11030)</p>	<p>Dukung perawatan diri (J.11348)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 3.2 monitor tingkat kemandirian 3.3 identifikasi alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan <p>Perapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.4. siapkan keperluan pribadi (mis. perhiasan gigi dan sabun mandi) 3.5 dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 3.6 jadwalkan rutinitas perawatan diri <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.7 Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

Yang Membuat Intervensi


laramulia N

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama :
No. Reg :

Ruang :
Tanggal :

No. Dx. Kep.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
4.	Risiko jatuh d-d kondisi Pasca operasi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan dapat dikurangi maka tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Jatuh dari tempat tidur menurun 2) Jatuh saat duduk menurun 3) Jatuh saat berpindah menurun 4) Jatuh saat di kamar mandi menurun (L.14138) 	<p>Pencegahan jatuh (I.14540)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Identifikasi factor risiko jatuh 4.2 hitung resiko jatuh dengan menggunakan skala (mis. fall morse scale) <p>terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.3 pasang handrail tempat tidur 4.4 atur tempat tidur mekanis posisi rendah <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.5 Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah.

Yang Membuat Intervensi


Iramuliah N

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama :
No. Reg :

Ruang :
Tanggal :

No. Dx. Kep.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
5-	Risiko Infeksi d.d prosedur Invasif (Pemasangan Pen)	<p>Setelah dilakukannya tindakan keperawatan diharapkan maka tingkat Infeksi menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kebersihan tangan meningkat 2) Kebersihan badan meningkat 3) nyeri menurun <p>(L. 14137)</p>	<p>Pencegahan Infeksi (S. 14539)</p> <p>Observasi</p> <p>S.1 monitor tanda dan gejala Infeksi</p> <p>Terapeutik</p> <p>S.2 cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>Edukasi:</p> <p>S.3 jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>S.4 Anjurkan cara mencuci tangan dengan benar</p> <p>S.5 Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi cairan.</p>

Yang Membuat Intervensi


laramulia h. n

Implementasi Keperawatan Klien 1 dengan *Post Operatif* Operasi Fracture di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
Senin, 28 April 2021 16.00 Wita	<p>Melakukan pengkajian</p> <p>1.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri</p> <p>1.2 Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>1.3 Mengidentifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>2.1 mengidentifikasi kemampuan klien dalam mobilisasi</p> <p>2.2 Memonitor ttv</p> <p>3.1 mengidentifikasi kemampuan dalam perawatan diri</p> <p>4.1 Mengidentifikasi factor resiko jatuh.</p> <p>4.2 Menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis. fall morse scale).</p> <p>4.3 Memasang handrall tempat tidur.</p> <p>5.1 mengidentifikasi resiko infeksi</p> <p>5.2 menjelaskan tanda dan gejala infeksi</p>	<p>DS:</p> <p>1) Klien mengatakan selesai operasi sekitar jam 15.10</p> <p>2) Klien mengatakan masih terasa nyeri pada kaki kiri yang di operasi</p> <p>P: nyeri pada kaki kiri jika digerakkan</p> <p>Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R: nyeri pada kaki kiri yang yang di operasi</p> <p>S: skala nyeri 5</p> <p>T: nyeri terasa saat kaki digerakkan dan hilang saat diistirahatkan</p> <p>3) Klien mengatakan susah melakukan miring kanan dan miring kiri</p> <p>4) Klien mengatakan kaki kirinya susah digerakkan dan jika digerakkan terasa nyeri tetapi masih bisa merasakan sentuhan, jari-jari dan pergelangan kaki bisa digerakkan</p> <p>5) Klien mengatakan semenjak awal masuk rumah sakit kien Cuma 1 kali di seka</p> <p>DO:</p> <p>1) Ekspresi wajah sesekali meringis menahan nyeri</p> <p>2) Klien tampak bersikap protektif</p> <p>3) Klien tampak kotor</p> <p>4) Klien terpasang kateter dan infus.</p> <p>5) Pergerakan sendi terbatas</p> <p>6) Total sekor pada mobilisasi barthel indeks: 11 (ketergantungan sedang)</p> <p>7) Kekuatan otot</p>

18.10	<p>1.4 Mengajarkan teknik non farmakologi (nafas dalam)</p> <p>1.5 pemberian obatanalgetik</p> <p>2.3 Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).</p> <p>3.2 Menjelaskan tentang kebersihan diri</p> <p>4.5 Mengajukan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah.</p> <p>5.2 menjelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>5.3 mengajarkan mencuci tangan</p>	$\begin{array}{r l} 5 & 5 \\ \hline 5 & 3 \end{array}$ <p>8) TTV: TD: 140/80 mmHg N: 80x/menit S: 36°C RR: 20x/menit</p> <p>9) <i>Fall morse scall 55</i> (resiko)</p> <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan paham cara melakukan tehnik nafas dalam 2) Klien mengatakan paham tentang kebersihan diri 3) Klien mengatakan paham bagaimana cara duduk ditempat tidur. 4) Klien mengatakan paham cara mencuci tangan 5) Klien mengatakan paham dengan anjuran perawat <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien tampak mengerti dengan apa yang diajarkan oleh perawat 2) Terdapat luka operasi di kaki kiri 3) Klien terpasang kateter dan infus 4) Kolaborasi obat analgetik yaitu ketorolax 3x1 mg dan metoklopromid 2x10 mg
Selasa, 29 April 2021 13.00	<p>1.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri</p> <p>1.2 Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>1.3 Mengidentifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>1.4 Berikan teknik non farmakologi (nafas dalam)</p> <p>2.1 Mengidentifikasi kemampuan klien dalam mobilisasi</p> <p>2.2 Memonitir TTV</p> <p>3.1 Monitor kemampuan klien dalam perawatan diri</p> <p>4.1 Mengidentifikasi factor resiko jatuh.</p> <p>3.2 Menghitung risiko jatuh</p>	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan nyeri pada kaki sebelah kiri masih terasa nyeri P: nyeri pada kaki kiri ketika digerakkan Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk R: nyeri pada paha kiri di area operasi S: skala nyeri 4 T: nyeri yang dirasakan hilang timbul 2) Klien mengatakan kaki kirinya sudah mulai bisa digerakkan tetapi belum terlalu kuat.

	<p>Diri</p> <p>4.1 Mengajarkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</p> <p>5.4 monitor tingkat kebersihan badan</p>	<p>tenang.</p> <p>2) Klien tampak paham dengan apa yang dianjurkan oleh perawat.</p> <p>3) Klien tampak melakukan perawatan diri</p> <p>4) Pemberian obat ketorolac 3x1 mg dan metoklopramid 1x1 mg</p>
<p>Rabu, 30 April 2021 13.00</p>	<p>1.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri</p> <p>1.2 Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>1.3 Mengidentifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>2.1 Monitor ttv</p> <p>2.2 Mengidentifikasi kemampuan klien dalam mobilisasi</p> <p>3.1 Monitor tingkat perawatan diri</p> <p>4.1 Mengidentifikasi factor resiko jatuh</p> <p>4.2 Mengidentifikasi factor resiko jatuh</p> <p>4.3 Memasang handrall tempat tidur.</p> <p>5.1 monitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>5.2 mengajarkan mencuci tangan</p>	<p>DS:</p> <p>1) Klien mengatakan nyeri pada kaki sebelah kiri agak berkurang P: nyeri pada kaki kiri ketika digerakkan Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk R: nyeri pada paha kiri di area operasi S: skala nyeri 3 T: nyeri yang dirasakan hilang timbul</p> <p>2) Klien mengatakan sudah bias miring kiri dan kanan dan duduk dengan bersandar</p> <p>DO:</p> <p>1) Klien sesekali tampak meringis akibat nyeri</p> <p>2) Klien masih tampak terpasang selang kateter</p> <p>3) Klien tampak bersih dan tidak kotor lagi</p> <p>4) Handrall tempat tidur tampak terpasang</p> <p>5) TTV : TD: 130/90mmHg N: 80x/menit S: 36.2°C RR : 20x/menit</p>
<p>16:00</p>	<p>1.1 Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>1.2 Kolaborasi pemberian analgetik</p> <p>1.3 Mengajarkan mengkonsumsi makanan tinggi protein dan kalori</p> <p>2.1 Melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan</p>	<p>DS:</p> <p>1) Klien mengatakan merasa lebih nyaman setelah melakukan tehnik nafas dalam</p> <p>2) Klien mengatakan paham dengan apa yang dianjurkan oleh perawat</p> <p>DO:</p> <p>1) Klien tampak lebih tenang</p> <p>2) Keluarga klien membantu</p>

	<p>3.1 Monitor tingkat perawatan diri</p> <p>4.1 Memasang handrail tempat tidur.</p> <p>5.1 monitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>5.2 mengajarkan mencuci tangan</p>	<p>dalam mengatur posisi klien</p> <p>3) Keluarga membantu dalam perawatan diri seperti mengganti pakaian dan meseka kelen</p> <p>4) <i>Handrail</i> tempat tidur tampak terpasang</p> <p>5) Klien tampak tidak ada tanda-tanda infeksi</p> <p>6) Klien tampak melakukan mencuci tangan dengan benar</p>
--	--	--

Evaluasi asuhan keperawatan Klien 1 dengan *Post Operasi Fracture* di RSUD dr. Kamjoso Djatiwibowo Balikpapan

Hari	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
Senin, 28 April 2021	(D0077) Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi)	<p>S:</p> <p>P : Klien mengatakan nyeri dirasa ketika kaki digerakkan</p> <p>Q : Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R : klien megatakan nyeri di bagian kaki kiri yang di operasi</p> <p>S : Klien mengatakan skala nyeri 5</p> <p>T : klien mengatakan nyeri terasa saat kaki digerakan dan hilang saat di istirahatkan</p> <p>O:</p> <p>Sesekali klien tampak meringis dan gelisah akibat nyeri</p> <p>TTV:</p> <p>TD : 140/80 mmHgN :</p> <p>80 x/menit</p> <p>R : 20 x/menitS :</p> <p>36.°c</p> <p>A:</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <p>Observasi</p> <p>1.2 Identifikasi lokasi , karakteristik,durasi , frekuensi ,kualitas dan intesitas nyeri</p> <p>1.1 Identifikasi skala nyeri</p> <p>1.2 Identifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>1.4 Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>Terapeutik</p> <p>1.5 Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>1.6 Kontrol lingkungan yang memperberatnyeri</p> <p>Edukasi</p> <p>1.7 Ajarkan teknik non farmakologi (nafasdalam)</p> <p>Kalaborasi</p> <p>1.8 Kalaborasi pemberian analgetik,jika perlu</p>

<p>Senin 28 April 2021</p>	<p>(D.0054) gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal</p>	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan sulit bergerak karena keadaan kakinya yang fracture 2) Klien mengatakan tidak bisa beraktivitas normal seperti biasanya <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien menderita fracture femur sinistra pada kaki kiri 2) Klien dilakukan tindakan operasi (ORIF) 3) Aktivitas klien terlihat di bantu oleh keluarga 4) Klien terlihat kesulitan membolak balik posisi <p>A: masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Identifikasi kemampuan klien beraktifitas 2.2 Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.3 Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.4 Anjurkan mobilisasi dini 2.5 Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur)
<p>Senin,28 April 2021</p>	<p>(D.0109) Deficit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan</p>	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan semenjak masuk rumah sakit klien baru 1 kali di seka 2) Klien mengatakan sulit untuk merawatdiri karena keterbatasan pergerakan <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien dalam memenuhi kebutuhan personal hygiene di bantu oleh keluarga 2) Klien terpasang cateter 3) Terpasang pampers <p>A:</p> <p>masalah deficit perawatan diri belum teratasiP:</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Monitor tingkat kemandirian 3.2 Identifikasi kebutuhan alat bantu

		<p>kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan</p> <p>Terapeutik</p> <p>3.3 Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</p> <p>3.4 Jadwalkan rutinitas perawatan diri</p> <p>3.5 Siapkan keperluan pribadi (mis: parfum, sikat gigi, sabun mandi)</p> <p>Edukasi</p> <p>3.6 Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</p>
Senin 28 April 2021	(D0143) Risiko Jatuh dibuktikan dengan penurunan kekuatan otot	<p>S:</p> <p>1) Klien mengatakan kekuatan otot kakikiri masih melemah</p> <p>O:</p> <p>1) Skala morse pada klien 55 resiko tinggi, klien terlihat kesulitan bergerak, pagar tempat tidur sudah terpasang dan sudah terpasang gelang resiko jatuh .</p> <p>A: masalah resiko jatuh teratasi sebagianP: Lanjutkan intervensi</p> <p>Observasi</p> <p>4.1 Identifikasi factor risiko jatuh</p> <p>Terapeutik</p> <p>4.2 Pastikan roda pada tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci.</p> <p>4.3 Pasang handrall tempat tidur</p> <p>Edukasi</p> <p>4.4 Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</p> <p>S :</p>
Senin 28 April 2021	(D.0142) Risiko infeksi dibuktikan dengan prosedur invasif (pemasangan pen)	<p>1) Klien mengatakan belum paham tanda dan gejala infeksi</p> <p>O :</p> <p>1) Klien tampak mendengarkan apa yang di jelaskan oleh perawat</p> <p>2) Belum ada tanda dan gejala infeksi</p> <p>A: masalah resiko infeksi teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>Observasi</p> <p>5.1 Monitor tanda gejala infeksi</p> <p>Terapeutik</p> <p>5.2 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>Edukasi</p> <p>5.3 Jelaskan tanda dan gejala resikoinfeksi</p> <p>5.4 Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</p>

<p>Selasa, 29 April 2021</p>	<p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi)</p>	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) P : Klien mengatakan nyeri dirasa ketikakaki digerakkan Q : Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk R : klien mengatakan nyeri di bagian kakikiri yang di operasi S : Klien mengatakan skala nyeri 4 T : klien mengatakan nyeri dirasa hilang timbul 2) Klien mengatakan suhu lingkungan sudah tidak terlalu dingin . <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Sesekali klien masih tampak meringis dan gelisah 2) TTV: TD: 130/90mmHgN: 83x/menit RR: 20x/menitS : 36°C <p>A: Masalah belum teratasiP: Lanjutkan intervensi Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Identifikasi lokasi , karakteristik,durasi , frekuensi ,kualitas dan intensitas nyeri 1.2 Identifikasi skala nyeri 1.3 Identifikasi respon nyeri non verbal 1.4 Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.5 Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 1.6 Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri <p>Kalaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.8 Kalaborasi pemberian analgetik,jika perlu
----------------------------------	---	--

<p>Selasa,29 April 2021</p>	<p>(D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal</p>	<p>S: 1) Kilen mengatakan mulai melakukan pergerakan-pergerakan ringan 2) Kilen mengatakan mencoba belajar duduk secara mandiri dengan bantuan pagar tempat tidur 3) Kilen mengatakan bias miring kiri tetapi miring ke kanan belum bisa O: 1) Kilen mengalami post op fracture femur sinistra pada kaki kiri 2) Kilen terlihat mulai beraktivitas A: Masalah gangguan mobilitas fisi teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi Observasi 2.1 Identifikasi kemampuan kilen beraktivitas 2.2 Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 2.3 Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur) Edukasi 2.4 Anjurkan mobilisasi dini 2.5 Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis:duduk di tempat tidur)</p>
<p>Selasa,29 April 2021</p>	<p>(D.0199) Deficit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan</p>	<p>S: 1) kilen mengatakan mulai rutin melakukan perawatan diri 2) kilen mengatakan sudah 2 kali di seka O: 1) kilen dalam memenuhi kebutuha personal hygiene dibantu oleh keluarganya dan perawat 2) kilen kebutuhan toilet menggunakan pampier 3) kilen terpasang kateter A: masalah deficit perawatan diri teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi Observasi 3.1 Monitor tingkat kemandirian 3.2 Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri,berpakaian,berhias,dan makan Terapeutik 3.3 Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 3.4 Jadwalkan rutinitas perawatan diri 3.5 Siapkan eperluan pribadi (mis: parfum,sikat gigi,sabun mandi) Edukasi 3.6 Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</p>

<p>Selasa,29 April 2021</p>	<p>(D.0143) Risiko Jatuh yang di buktikan dengan factor risiko penurunan kekuatan otot</p>	<p>S: 1) Kilen mengatakan kekuatan otot padakaki kiri masih melemah</p> <p>O: 1) Skala morse pada kilen 55 risiko tinggikilen terlihat kesulitan bergerak,pagar pada tempat tidur sudah terpasang dengan kuat</p> <p>A: masalah resiko jatuh teratasi sebagianP: Lanjutkan intervensi</p> <p>Observasi 4.1 Identifikasi factor risiko jatuh</p> <p>Terapeutik Pastikan roda pada tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci.</p> <p>4.3 Pasang handrall tempat tidur</p> <p>Edukasi 4.2 Anjurkan memanggil perawat jikamembutuhkan bantuan untuk berpindah</p>
<p>Selasa,29 April 2021</p>	<p>(D.0142) Resiko infeksi di buktikan dengan prosedur infasif (terpasang pen)</p>	<p>S : -</p> <p>O : 1) Tidak ada tanda dan gejala resiko infeksi 2) Tidak ada bengkak pada area operasi 3) terpasang infus</p> <p>A : masalah resiko infeksi teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi</p> <p>Observasi 5.1 Monitor tanda gejala infeksi</p> <p>Terapeutik 5.2 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>Edukasi 5.3 Jelaskan tanda dan gejala resikoinfeksi 5.4 Ajarkan cara memcuci tangan dengan benar</p>

<p>Rabu, 30 April 2021</p>	<p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi)</p>	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan nyeri di kaki kiri yang di operasi sudah mulai berkurang 2) Klien mengatakan skala nyeri 3O: <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien tampak lebih tenang dan tidak gelisah lagi 2) TTV: <p>TD: 130/90mmHgN: 80x/menit RR: 20x/menitS: 36,2°C</p> <p>A: Masalah teratasi P: Lanjutkan intervensi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Identifikasi lokasi , karakteristik,durasi , frekuensi ,kualitas dan intensitas nyeri 1.2 Identifikasi skala nyeri 1.3 Identifikasi respon nyeri non verbal 1.4 Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.5 Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 1.6 Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri <p>Kalaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.7 Kalaborasi pemberian analgetik,jika perlu
<p>Rabu, 30 April 2021</p>	<p>(D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri</p>	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan sudah bisa miring kananmiring kiri dan duduk dengan bersandar <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kekuatan otot klien sudah membaik 2) Klien sudah mampu untuk miring Kanandan kiri serta duduk semi fowler <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik teratasiP: Lanjutkan Intervensi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Identifikasi kemampuan klien beraktifitas 2.2 Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

		<p>Terapeutik</p> <p>2.3 Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur)</p> <p>Edukasi</p> <p>2.4 Anjurkan mobilisasi dini</p> <p>2.5 Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur)</p>
Rabu, 30 April 2021	(D.0109) Deficit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan mulai rutin melakukan perawatan diri 2) Klien mengatakan 2 kali di seka <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien tampak bersih dan tidak kotor lagi 2) Klien dalam memenuhi kebutuhan personal hygiene 3) Klien untuk kebutuhan toilet klien menggunakan pampers 4) Klien sudah lepas kateter <p>A: masalah deficit perawatan diri teratasiP</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Monitor tingkat kemandirian 3.2 Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.3 Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 3.4 Jadwalkan rutinitas perawatan diri 3.5 Siapkan keperluan pribadi (mis: parfum, sikat gigi, sabun mandi) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.6 Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

<p>Rabu, 30 April 2021</p>	<p>Risiko jatuh di buktikan dengan kondisi pasca operasi</p>	<p>S: 1) Klien mengatakan tidak pernah jatuh selamadirumah sakit 2) Klien mengatakan kaki kiri mulai bisa digerakan 3) Klien mengatakan selalu memastikanhandrall tempat tidur terpasang</p> <p>O: 1) <i>Handrall</i> tempat tidur terpasang 2) Rroda tempat tidur klienterkunci</p> <p>A: Masalah teratasi P: Lanjutkan Intervensi</p> <p>Observasi 4.1 Identifikasi factor resiko jatuh.</p> <p>Terapeutik 4.2 Pasang handrall tempat tidur. 4.3 Pastikan roda pada tempat tidur dan kursiroda selalu terkunci</p> <p>Edukasi 4.4 Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</p>
<p>Rabu 30 April 2021</p>	<p>(D.1042) Resiko infeksi di buktikan dengan prosedur invaasif (pemasangan pen)</p>	<p>S: 1) Klien mengatkan sudah bisa melakukan cuci tangan dengan benar</p> <p>O: 1) Tidak ada tanda dan gejala resiko infeksi 2) Tidak ada bengkak pada area operasi 3) Tidak kemerahan 4) terpasang infus 5) Klien tampak melakukan cuci tangan dengan benar</p> <p>A : masalah resiko infeksi teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi</p> <p>Obsvrsi 5.1 Monitor tanda gejala infeki</p> <p>Terapeutik 5.2 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>Edukasi 5.3 Jelaskan tanda dan gejala resikoinfeksi 5.4 Ajarkan cara memcuci tangan dengan benar</p>



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KALIMANTAN TIMUR



Direktorat Jalan Kurnia Makmur No. 64 RT 24 Kelurahan Harapan Baru Kecamatan Lea Jannilir
 Jurusan Keperawatan, Jurusan Kebidanan, Jurusan Analis Kesehatan
 Jalan Weber Monginsidi No. 38 Samarinda - Kalimantan Timur, Kode Pos 75123, Telepon (0541) 738153, 768522 Fax : (0541) 768523
 Program Studi Diploma III Kebidanan Balikpapan, Jalan Sorong No. 9 RT 081 Gunung Pipa Balikpapan Utara Telepon : (0542) 424704
 Fax : (0542) 415551. Surat Elektronik : poltekkes_timor@kemkes.go.id Laman : http://poltekkes-kaltim.ac.id

FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
PENGAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

Tanggal MRS : 23 Mei 2021 Jam Masuk :
 Tanggal Pengkajian : 25 Mei 2021 No. RM : 82.81.xx
 Jam Pengkajian : Diagnosa Masuk : Post op Fraktur Remur dextra
 (Tindakan ORIF)

IDENTITAS

1. Nama Pasien : Tn. Am Penanggung jawab biaya :
 2. Tanggal lahir : 06/06/2000 Nama :
 3. Suku Bangsa : Jawa Alamat :
 4. Agama : Islam
 5. Pendidikan : SMA
 6. Pekerjaan : Swasta
 7. Alamat : Jl. Lonaris desa kanya bahagia RT 03.

RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

1. Keluhan Utama : Klien mengatakan nyeri pada kaki kanan yang di operasi
 2. Keluhan Penyakit Sekarang : Klien mengatakan mengalami kecelakaan motor vs motor kemudian klien di bawa ke IGD RSUD pada pukul 20:00 di IGD klien mendapatkan perawatan dan dilakukan rontgen kemudian klien di pindahin ke Nangan perawatan angrek hitam lantai 5 untuk mendapatkan Post op fraktur di Nangan operasi. Klien mulai puasa pukul 22:00 klien mulai di pindahin dari Nangan angrek hitam lantai 5 ke Nangan operasi pukul 18:00 klien selesai operasi pukul 14:00

RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

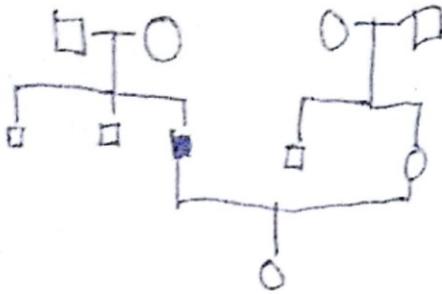
1. Pernah dirawat ya tidak kapan: diagnosa:
 2. Riwayat penyakit kronik dan menular ya tidak jenis:
 Riwayat kontrol :
 Riwayat penggunaan obat :
 3. Riwayat alergi ya tidak jenis:
 4. Riwayat operasi ya tidak kapan:
 5. Lain-lain :

RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA

ya tidak jenis:

GENOGRAM

GENOGRAM



PERILAKU YANG MEMPENGARUHI KESEHATAN

Perilaku sebelum sakit yang mempengaruhi kesehatan

- Alkohol ya Tidak
- Keterangan
- Merokok ya Tidak
- Keterangan
- Obat ya Tidak
- Keterangan
- Olahraga ya Tidak
- Keterangan

OBSERVASI DAN PEMERIKSAAN FISIK

1. Keadaan Umum :

Posisi pasien :

Alat medis/ invasif yang terpasang : Terpasang selang IMV / infus set

Tanda klinis yang mencolok : () simosis () perdarahan

- Sakit ringan Sakit sedang Sakit berat

2. Kesadaran:

Kualitatif : Compos Mentis Apatis Somnolen Sopor Koma

Kuantitatif : GCS : E4M6V5

Tabel 1: Skor Pemeriksaan GCS (Glasgow Coma Scale)

Parameter yang dinilai	Nilai/ Skor
1. Membuka Mata/Eye (E)	4
- Klien dapat membuka mata spontan	2
- Klien dapat membuka mata dengan perintah	1
- Klien dapat membuka mata dengan rangsangan nyeri	1
- Klien tidak berespon	0
2. Respon Motorik (M)	6
- Klien dapat melakukan gerakan sesuai instruksi	6
- Klien hanya mampu melokalisasi nyeri	4
- Klien hanya mampu menahan/menghindar sumber nyeri	3
- Adanya gerakan fleksi abnormal (ekstensi)	2
- Adanya gerakan ekstensi abnormal (decerebrasi)	1
- Klien tidak berespon	0
3. Respon Verbal (V)	5
- Klien mampu menjawab dengan benar orientasi umum	5
- Klien mengalami disorientasi bingung	3
- Kata-kata tidak dapat dimengerti/tidak bermakna	2
- Suara tidak jelas/hanya menjerit	1
- Klien tidak berespon	0

Masalah Keperawatan :

3. Pemeriksaan Tanda Tanda Vital
- S : 36°C N : 80 x/mnt TD : 100/80 mmHg RR : 20 x/mnt
- Tekanan sistolik + (2 x tekanan diastolik)
- MAP : mmHg

4. Kenyamanan/nyeri

Nyeri ya Tidak

P: Provokatif dan palliatif

Q: Quality dan Quantitas

R: Regio

S: Severity: skala nyeri

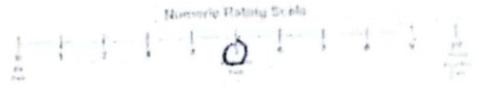
T: Time hilang timbul

P: Pasien mengatakan nyeri pada kaki kanan jika di gerakan

G: Pasien mengatakan nyeri seperti di duk-duk

R: Pasien mengatakan nyeri pada kaki kanan yang di operasi

Masalah Keperawatan: nyeri akut



5. Status Fungsional/Aktivitas dan Mobilisasi Barthel Indeks

No	Fungsi	Skor	Uraian	Nilai Skor
1.	Mengendalikan rangsang defekasi (BAB)	0	Tak terkendali/tak teratur (perlu pembersihan)	2
		1	Kadang-kadang tak terkendali	
		2	Mandiri	
2.	Mengendalikan rangsang berkemih (BAK)	0	Tak terkendali/pakai kateter	2
		1	Kadang-kadang tak terkendali (1 x 24 jam)	
		2	Mandiri	
3.	Membersihkan diri (cuci muka, sisir rambut, sikat gigi)	0	Butuh pertolongan orang lain	0
		1	Mandiri	
4.	Penggunaan jamban, masuk dan keluar (melepaskan, memakai celana, membersihkan, menyiram)	0	Tergantung pertolongan orang lain	1
		1	Perlu pertolongan pada beberapa kegiatan tetapi dapat mengerjakan sendiri kegiatan yang lain	
		2	Mandiri	
5.	Makan	0	Tidak mampu	1
		1	Perlu ditolong memotong makanan	
		2	Mandiri	
6.	Berubah sikap dari berbaring ke duduk	0	Tidak mampu	2
		1	Perlu banyak bantuan untuk bisa duduk (2 orang)	
		2	Bantuan (2 orang)	
		3	Mandiri	
7.	Berpindah/berjalan	0	Tidak mampu	1
		1	Bisa (pindah) dengan kursi roda	
		2	Berjalan dengan bantuan 1 orang	
		3	Mandiri	
8.	Memakai baju	0	Tidak mampu	1
		1	Sebagian dibantu (misalnya mengancing baju)	
		2	Mandiri	
9.	Naik turun tangga	0	Tidak mampu	1
		1	Butuh pertolongan	
		2	Mandiri	
10.	Mandi	0	Tergantung orang lain	0
		1	Mandiri	
Total skor				11

Kategori tingkat ketergantungan pasien: ketergantungan sedang

Keterangan:

20 = Mandiri

12 - 19 = Ketergantungan ringan

9 - 11 = Ketergantungan sedang

5 - 8 = Ketergantungan berat

0 - 4 = Ketergantungan total

Masalah Keperawatan: gangguan mobilitas fisik

6. Pemeriksaan Kepala

Finger print di tengah frontal : Terhidrasi Dehidrasi
Kulit kepala Bersih Luka

Rambut :

Penyebaran : melebar
Warna : hitam
Mudah patah : tidak
Bercabang : tidak
Cerah / kusam : cerah
Kelainan :

Mata:

Sklera : Putih Ikterik tidak ikterik
Konjungtiva : Merah muda Anemia tidak anemia
Palpebra : Tidak ada edema Edema
Kornea : Jernih Keruh
Reflek cahaya : + -
TIO :
Pupil : Isokor anisokor diameter
Visus : OS OD
Kelainan :

Hidung :

Pernafasan Cuping hidung: Ada Tidak ada
Posisi septum nasi: Ditengah Deviasi
Lubang hidung: tidak ada secret atau sumbatan pada lubang hidung
Ketajaman penciuman: tidak ada masalah pada penciuman
Kelainan : tidak ada

Rongga Mulut :

Bibir: Warna merah muda
Gigi geligi :  lengkap
Lidah: Warna merah muda
Mukosa: Lembab Kering Stomatitis
Tonsil: Ukuran
Uvula: Letak Simetris Ditengah Deviasi

Telinga:

Daun/pina telinga : simetris kanan dan kiri
Kanal telinga : tidak kotor dan tidak ada benjolan
Membran Timpani : Cahaya politser
Ketajaman pendengaran :
Tes weber : 256 Hz
Tes Rinne : 512 Hz
Tes Swabach : 512 Hz
Telinga kiri telinga kanan

Kesimpulan

Masalah Keperawatan :

7. Pemeriksaan Leher

Kelenjar getah bening: Teraba Tidak teraba
Tiroid : Teraba Tidak teraba
Posisi trakea : Letak di tengah Deviasi ke arah
JVP :cmH₂O
Masalah Keperawatan :

8. Pemeriksaan Thorak : Sistem Pernafasan

a. Keluhan: Sesak nyeri waktu bernafas tidak ada keluhan sesak dan nyeri
 Produktif Tidak produktif
Batuk :
Sekret: Konsistensi :
Warna: Bau :

b. Inspeksi

Bentuk dada simetris asimetris barrel chest
 Funnel chest Pigeons chest

Frekuensi: 20 x / menit

Irama nafas: teratur tidak teratur

Pola pernafasan: Dispnoe Kusmaul Cheyne Stokes (u) normal
 Bradipnae Takipnea Hyperventilasi

Pernafasan cuping hidung: Ada Tidak

Otot bantu pernafasan: Ada Tidak

Usaha nafas: Posisi duduk memunduk

Alat bantu nafas: Ya Tidak

Jenis Flow lpm

c. Palpasi

Vocal premitus : anterior dada teraba Posterior dada teraba

Ekspansi paru : anterior dada Posterior dada

Kelainan

Krepitasi Deviasi trakea Trakeostomy

d. Perkusi: Sonor Redup Pekak Hipersonor/timpani

Batas Paru Hepar:

e. Auskultasi:

Suara Nafas: Vesikuler Bronko vesikuler Rales
 Ronki Wheezing Suara nafas tambahan

lainnya:

Suara Ucapan:

f. Penggunaan WSD: tidak terpasang WSD

1. Jenis :

2. Jumlah Cairan :

3. Undulasi :

4. Tekanan :

Masalah Keperawatan :

9. Pemeriksaan Jantung : Sistem Kardiovaskuler

a. Keluhan: Nyeri dada Ada Tidak

P:

Q:

R:

S:

T:

b. Inspeksi :

CRT: 2 detik

Sianosis :

Ujung jari: Jari tabuh

c. Palpasi : ictus cordis

Akral () hangat () panas () dingin () Kering () basah

d. Perkusi:

Batas Atas :

Batas Bawah :

Batas Kanan : Batas Kiri :

- c. Auskultasi :
 BJ II - Aorta :
 BJ II - Pulmonal :
 BJ I - Trikuspidalis :
 BJ I - Mitral :
 Bunyi jantung tambahan :
 Kelainan :
- e. CVP :
 g. CTR :
 b. ECG & Interpretasinya :

 Lain-lain :
 Masalah Keperawatan :

10. Pemeriksaan Sistem Pencernaan dan Status Nutrisi

BB : 66 TB : 165 IMT : $\frac{BB}{(TB\ m)^2} = \frac{66}{(1.65)^2} = 24,2$ kg m² Kategori : kelebihan bobot

Parameter	Skor
Apakah pasien mengalami penurunan BB yang tidak diinginkan dalam 6 bulan terakhir ?	
a. Tidak ada penurunan berat badan	0
b. Tidak yakin.. tidak tahu/ terasa baju lebih longgar	1
c. Jika ya, berapa penurunan BB tersebut:	2
1 - 5 kg	1
6 - 10 kg	2
11 - 15 kg	3
> 15 kg	4
Apakah asupan makanan berkurang karena tidak nafsu makan	
a. Ya	1
b. Tidak	0
Total Skor	

Keterangan: Bila skor ≥ 2 dan atau pasien dengan diagnosis/kondisi khusus dilakukan pengkajian lebih lanjut oleh Dietisien, Bila skor ≤ 2, skrining ulang 7 hari.

BAB : 1 sampai x hari terakhir tanggal :

Konsistensi : keras lunak cair lendir/darah
 padat lunak cair

Diet : tidak ada

Jenis diet : tidak ada

Nafsu makan : baik menurun frekuensi :x/hari
 habis tidak Keterangan lainnya:

Abdomen

Inspeksi : datar
 Bentuk :
 Bayangan vena : tidak ada
 Benjolan / massa : tidak ada benjolan

Luka operasi : ada tidak Tanggal operasi : tidak ada
 Jenis operasi : tidak ada Lokasi : tidak ada
 Keadaan : Drain baik tidak Jumlah : tidak ada Warna : tidak ada
 Kondisi area sekitar insersi :

Auskultasi : Peristaltik :x/menit
 Palpasi : tegang kembang ascites
 Nyeri tekan : ya tidak Titik Mc Burney:
 Massa : tidak ada pembesaran
 Hepar :
 Ginjal :

Perkusi: tidak ada ascites
 Pemeriksaan ascites: undulasi: Sifting Dullness:
 Ginjal : nyeri ketuk ada tidak
 Masalah Keperawatan :

11. Sistem Persyarafan

- a. Memori : Panjang Pendek
 b. Perhatian : Dapat mengulang Tidak dapat mengulang
 c. Bahasa : Baik Tidak (ket:)
 d. Kognisi : Baik Tidak
 e. Orientasi : Orang Tempat Waktu
 f. Saraf sensoris : Nyeri tusuk Suhu Sentuhan
 Lainnya :

g. Saraf koordinasi (cerebral) : Ya Tidak Tingkat kekuatan reflek:

h. Refleks Fisiologis	Patella	0	1	2	3	4	0= tidak ada reflek
	Achilles	0	1	2	3	4	1= hipoaktif
	Bisep	0	1	2	3	4	2= normal
	Trisep	0	1	2	3	4	3= hiperaktif
	Brakioradialis	0	1	2	3	4	4= hiperaktif dg klonus terus menerus

i. Refleks patologis: babinsky brudzinsky kernig

j. Keluhan pusing : Ya Tidak

k. Istirahat tidur: 8 jam/hari Gangguan tidur: tidak ada keluhan

l. Pemeriksaan saraf kranial

- | | | |
|-----|---|------------|
| N1 | : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak | Ket: |
| N2 | : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak | Ket: |
| N3 | : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak | Ket: |
| N4 | : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak | Ket: |
| N5 | : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak | Ket: |
| N6 | : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak | Ket: |
| N7 | : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak | Ket: |
| N8 | : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak | Ket: |
| N9 | : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak | Ket: |
| N10 | : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak | Ket: |
| N11 | : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak | Ket: |
| N12 | : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak | Ket: |

Masalah Keperawatan :

12. Sistem Perkemihan

a. Kebersihan : Bersih Kotor

b. Keluhan kencing: Nokturi Inkontinensia tidak ada keluhan kencing
 Gross hematuri Poliuria
 Disuria Oliguria
 Retensi Hesistensi
 Anuria

c. Kemampuan berkemih: Spontan Alat bantu, sebutkan:
 Jenis :
 Ukuran :
 Hari ke :

d. Produksi urine : 1000 ml/hari Warna : kuning cerah Bau : khas
 e. Kandung kemis : Membesar ya tidak
 Nyeri tekan ya tidak

f. Balance cairan:

Intake		Output	
Minum peroral	: <u>1500</u> ml/hr	Urine (0,5 - 1 ml/kg/BB/jam)	: <u>1000</u> ml/hr
Cairan infus	:ml/hr	Draen	:ml/hr
Obat IV	:ml/hr	IWL (10 - 15 ml/kg/BB/24 jam)	:ml/hr
NGJ	:ml/hr	Diare	:ml/hr
Makanan (1 kalori = 0,14 ml/hari)	:ml/hr	Muntah	:ml/hr
		Perdarahan	:ml/hr
		Feses (1x = 20 ml/hari)	:ml/hr
Total	:ml/hr	Total	:ml/hr

Balance cairan/hari perawatan:

.....

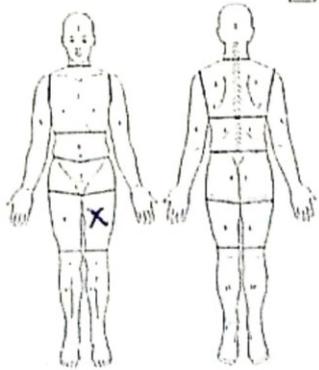
.....

Masalah Keperawatan :

.....

13. Sistem Muskuloskeletal dan Integumen

- a. Pergerakan sendi: Bebas Terbatas
- b. Kekuatan otot: $\begin{array}{r} 5 \\ 3 \end{array} / \begin{array}{r} 5 \\ 5 \end{array}$
- c. Kelainan ekstremitas: ya tidak
- d. Kelainan tulang belakang : ya tidak
- e. Fraktur : ya tidak
- f. Traksi / spalk / gips : ya tidak
- g. Kompartemen syndrome : ya tidak
- h. Kulit : ikterik sianosis kemerahan hiperpigmentasi (o) baik
- i. Turgor: baik kurang jelek
- j. Luka : Tidak ada Diametercm
- Luas luka panjang em
- Derajat luka :
- Warna dasar luka merah kuning hitam
- Tipe eksudat/cairan luka :
- Goa : ada, ukuran
- Tepi luka :
- Jaringan granulasi :
- Warna kulit sekitar luka : merah muda
- Edema sekitar luka : tidak ada
- Tanda-tanda infeksi : Tidak Ya
- Lokasi: beri tanda X



k. Edema ekstremitas:

l. Pitting edema: +/- grade:

Ekstremitas atas:

RU +1 +2 +3 +4 LU +1 +2 +3 +4

RL +1 +2 +3 +4 LL +1 +2 +3 +4

Ekstremitas bawah:

RU +1 +2 +3 +4 LU +1 +2 +3 +4

RL +1 +2 +3 +4 LL +1 +2 +3 +4

Penilaian Edema:

+1 : kedalaman 1 - 3 mm, waktu kembali 3 detik

+2 : kedalaman 3 - 5 mm, waktu kembali 5 detik

+3 : kedalaman 5 - 7 mm, waktu kembali 7 detik

+4 : kedalaman > 7 mm, waktu kembali 7 detik

Orther:

m. Ekskoriasis : ya tidak

n. Psoriasis : ya tidak

o. Urtikaria : ya tidak

p. Lain-lain:

Penilaian risiko decubitus:

Aspek yang dinilai	KRITERIA YANG DINILAI				NILAI
	1	2	3	4	
Persepsi Sensori	Terbatas Sepenuhnya	Sangat Terbatas	Keterbatasan Ringan	Tidak Ada Gangguan	4
Kelembaban	Terus Menerus Basah	Sangat Lembab	Kadang-kadang Basah	Jarang Basah	4
Aktivitas	Bedfast	Chairfast	Kadang-kadang Jalan	Lebih Sering Jalan	3
Mobilisasi	Immobile Sepenuhnya	Sangat Terbatas	Keterbatasan Ringan	Tidak Ada Keterbatasan	1
Nutrisi	Sangat Buruk	Kemungkinan Tidak Adekuat	Adekuat	Sangat Baik	4
Gesekan & Pergeseran	Bermasalah	Potensial Bermasalah	Tidak Menimbulkan Masalah		3
Note: Pasien dengan nilai total < 16 maka dapat dikatakan bahwa pasien beresiko mengalami dekubitus (<i>Pressure ulcers</i>) (15 or 16 = low risk, 13 or 14 = moderate risk, 12 or less = high risk)				TOTAL NILAI	18

Kategori pasien : low risk

Masalah Keperawatan :

14. Sistem Endokrin

Pembesaran kelenjar tyroid: ya tidak

Pembesaran kelenjar getah bening: ya tidak

Pankreas: Trias DM: ya tidak

Hipoglikemia: ya tidak

Hiperglikemia: ya tidak

Kondisi kaki DM: ya tidak

- Luka ganggren :

- Jenis luka :

- Lama luka :

- Warna :

- Luas luka :

- Kedalaman :

- Kulit Kaki :

- Kuku Kaki :

- Telapak Kaki :

- Jari Kaki :

- Infeksi : ya tidak

- Riwayat luka sebelumnya : ya tidak

Tahun :

Jenis luka :

Lokasi :

Riwayat amputasi sebelumnya : Ya Tidak

Jika Ya
 Tahun :
 Lokasi :
 Lain-lain :

Masalah Keperawatan :

15. Seksualitas dan Reproduksi

a. Payudara : benjolan ~~ada~~ tidak *bentuk simetris*
 Kehamilan : ~~ada~~ tidak
 HPHT :
 b. Genitalia :
 Wanita : flour albus : ya/tidak
 Prolaps uteri : ada/tidak
 Pria : masalah prostat/kelainan : ~~ada~~ tidak

genitalia normal tidak ada luka.

Masalah Keperawatan :

16. Keamanan Lingkungan

Penilaian risiko pasien jatuh dengan skala morse (pasien dewasa)

Faktor Risiko	Skala	Skor	
		Hasil	Standar
Riwayat jatuh yang baru atau 3 bulan terakhir	Ya	25	25
	Tidak		0
Diagnosa sekunder lebih dari 1 diagnosa	Ya	0	15
	Tidak		0
Menggunakan alat bantu	Berpegangan pada benda-benda sekitar	0	30
	Kruk, tongkat, walker		15
	Bedrest/dibantu perawat		0
Menggunakan IV dan catheter	Ya	20	20
	Tidak		0
Kemampuan berjalan	Tidak	10	20
	Gangguan (pincang/diseret)		10
	Lemah		0
	Normal/bedrest/imobilisasi		0
Status mental	Tidak sadar akan kemampuan/post op 24 jam	0	15
	Orientasi sesuai kemampuan diri		0
	Total skor		55

Kesimpulan : Kategori pasien : *risiko*
 Risiko = ≥ 45
 Sedang = 25 - 44
 Rendah = 0 - 24

risiko jatuh

Masalah Keperawatan :

PENGEKHAHAN PSIKOSOSIAL

a. Persepsi klien terhadap penyakitnya
 Cobain Tuhan Hukuman Lainnya
 b. Ekspresi klien terhadap penyakitnya
 Murung/diam Gelisah Tegang
 Marah/menangis
 c. Reaksi saat interaksi
 Kooperatif Tidak kooperatif Curiga
 Ya Tidak
 d. Gangguan Konsep Diri
 Masalah Keperawatan :

PERSONAL HYGIENE & KEBIASAAN

a. Mandi : *2-3x* /hari
 b. Keramas : *setengah* /hari
 c. Memotong kuku : *Jarang*
 d. Merokok : Ya Tidak
 e. Alkohol : Ya Tidak
 f. Ganti pakaian : *1* /hari
 g. Sikat Gigi : *1* /hari
 Masalah Keperawatan : *keperawatan diri*

PENGKAJIAN SPIRITUAL

Kebiasaan beribadah

a. Sebelum sakit:

Sering

Kadang-kadang

Tidak pernah

b. Selama sakit:

Sering

Kadang-kadang

Tidak pernah

PEMERIKSAAN PENUNJANG (Laboratorium, Radiologi, EKG, USG)

Tanggal	Jenis pemeriksaan	Hasil
25/mei 2021	Labatorium	1. hemoglobin : 16.00 (12.00 - 18.00) 2. leukosit : 9.53 (4.00 - 10.00) 3. hematokrit : 47.00 (40.0 - 54.0)
25/mei 2021	labatorium	4 trombosit : 363 (150 - 450)
28/mei 2021	Pongren	di dapatkan hasil close fraktur femur dextra.

OBAT YANG DITERIMA

Nama Obat	Dosis	Nama Obat	Dosis
1. Ns.o.9%	20 TPM	6.	
2. ketorolac	2x1 mg	7.	
3. cefopprozone	2x1 mg	8.	
4.		9.	
5.		10.	

Balikpapan,2019
Perawat.

ANALISA DATA

Nama : ~~Janet~~
 No. Reg :

Ruang :
 Tanggal :

No	Data	Etiologi	Masalah Kep.
1	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. klien mengatakan kaki kanan post op P: nyeri post op a nyeri seperti di tusuk tusuk R: nyeri pada kaki kanan di area operasi S: skala nyeri 5 T: hilang timbul <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. klien tampak meringis b. terpusang perban di kaki kanan c. klien menderita fraktur femur dextra d. TTV: TD: 120/80 mmHg N: 80 x /mnt RR: 20 x /mnt S: 36°C 	<p>Agan pencederaan Fisik (prosedur operasi)</p>	<p>nyeri akut (p.0077)</p>

Prioritas Masalah

1. Nyeri akut b.d Agan pencederaan fisik (prosedur operasi) (0.0077)
2. Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan muskuloskeletal (0.0054)
3. defisit perawatan diri b.d gangguan muskuloskeletal (0.0109)
4. Risiko jatuh d.d kondisi pasien usia lanjut (0.0143)
5. Risiko infeksi d.d prosedur tindakan invasif (pemasangan pen) (0.0142)
6.

ANALISA DATA

Nama :
No. Reg :

Ruang :
Tanggal :

No	Data	Etiologi	Masalah Kep.
2.	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. klien mengatakan sulit bergerak karena keadaan kaki yang di operasi b. klien mengatakan tidak bisa beraktivitas normal seperti biasanya di akibatkan pasca post op c. klien mengatakan belum bisa mendapatkan kerja telapak kaki kananya d. klien mengatakan masih kesulitan berpindah dari bangku ke duduk <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. klien mengalami fracture pada kaki kanan b. aktivitas klien terlihat di bantu oleh keluarga c. klien terlihat kesulitan membolak-balikan posisi d. kekuatan otot $\frac{5}{5}$ e. terpasang bautan perban pada paha kanan 	gangguan muskuloskeletal	(D.Oas4) gangguan mobilitas fisik

Prioritas Masalah

1.
2.
3.
4.
5.
6.

ANALISA DATA

Nama :
No. Reg :

Ruang :
Tanggal :

No	Data	Etiologi	Masalah Kep.
3.	<p>DS:</p> <p>a. Klien mengatakan sulit untuk merawat diri karena keterbatasan pergerakan</p> <p>b. Klien mengatakan sehari hanya 2x di seka (pagi dan sore)</p> <p>DO:</p> <p>a. Klien tampak dalam memenuhi kebutuhan personal hygiene di bantu oleh keluarga</p> <p>b. Klien untuk kebutuhan BAB/bak mengunjungi Pispot</p> <p>c. Klien tidak terpasang kateter</p> <p>d. Skor Barthel Indeks dengan kategori tingkat ketergantungan sedang dengan total skor 11.</p>	<p>Jangguan Muskuloskeletal</p>	<p>defisit perawatan diri (D.0109)</p>

Prioritas Masalah

1.
2.
3.
4.
5.
6.

ANALISA DATA

Nama :
No. Reg :

Ruang :
Tanggal :

No	Data	Etiologi	Masalah Kep.
3.	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. klien mengatakan sulit untuk merawat diri karena keterbatasan pergerakan b. klien mengatakan sehari hanya 2x di seka (pagi dan sore) <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. klien tampak dalam memenuhi kebutuhan personal hygiene di bantu oleh keluarga b. klien untuk kebutuhan bab/bak menggunakan Pispot c. klien tidak terpasang kateter d. skor barthel indeks dengan kategori tingkat ketergantungan sedang dengan total skor 11. 	<p>gangguan Musculoskeletal</p>	<p>defisit perawatan diri (D.0109)</p>

Prioritas Masalah

1.
2.
3.
4.
5.
6.

ANALISA DATA

Nama :
No. Reg :

Ruang :
Tanggal :

No	Data	Etiologi	Masalah Kep.
4.	<p>DS: a) klien mengatakan masih lemah</p> <p>DO: a) skala morse klien (SS) resiko b) klien terpasang infus c) pagar tempat tidur terpasang d) pada tempat tidur terkunci</p>	Kondisi Pasca Operasi	Risiko jatuh (D.0143)
5.	<p>DS: a) klien mengataka belum ter tanda dan gejala infeksi</p> <p>DO: a) klien tidak terpasang kateter b) kondisi luka pasca post op baik c. klien mendapatkan obat antibiotik</p>	Prosedur tindakan invasif (pemasangan Pen)	Risiko Infeksi (D.0142)

Prioritas Masalah

1.
2.
3.
4.
5.
6.

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama :
No. Reg :

Ruang :
Tanggal :

No. Dr. Kep.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1.	Nyeri akut b/d Agen Perencanaan fisik (prosedur operasi)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) keluhan nyeri menurun 2) meringis menurun 3) mampu mengontrol nyeri (mampu menguraikan teknik non farmakologi) <p>(L-08066)</p>	<p>Manajemen nyeri (T.08238)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Identifikasi lokasi, cara, frekuensi, durasi, frekwensi, kualitas dan intensitas nyeri 1.2 Identifikasi skala nyeri 1.3 Identifikasi respon nyeri non verbal 1.4 Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.5 berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 1.6 kontrol lingkungan yang memperberat nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.7 Abarkan teknik non farmakologi nafas dalam <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.8 kolaborasi pemberian analgetik

Yang Membuat Intervensi


Iramuliah.N

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama :
No. Reg :

Ruang :
Tanggal :

No. Dx. Kep.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
2.	Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan muskulo-skeletal	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pergerakan ekstremitas meningkat 2) kekuatan otot meningkat 3) Rentang gerak (rom) meningkat 4) kecemasan menurun 5) kelemahan fisik menurun 6) nyeri menurun (l.05042) 	<p>dukung mobilisasi' (l.05173)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Identifikasi kemampuan klien dalam mobilisasi 2.2 monitor TTV <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.3 libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.4 Anjurkan melakukan mobilisasi dini 2.5 Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

Yang Membuat Intervensi


(aramuliah-N)

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama :
No. Reg :

Ruang :
Tanggal :

No. Dx. Kep.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
3	deficit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil : 1) kemampuan mandi meningkat 2) minat melakukan perawatan diri meningkat 3) mempertahankan kebersihan diri meningkat 4. Mempertahakan kebersihan mulut meningkat (L. 11030)	dukungan perawatan diri (I. 11340) 3.1 Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 3.2 monitor tingkat kemandirian 3.3 Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, dan berbias Terapeutik 3.4. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. privasi klien) 3.5 dampingi melakukan Perawatan diri sampai mandiri 3.6 bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 3.7 Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi 3.8 Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

Yang Membuat Intervensi


lqramullah.w

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama :
No. Reg :

Ruang :
Tanggal :

No. Dx. Kep.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
4.	Risiko jatuh d-d kondisi Pasca Operasi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan maka tingkat Jatuh menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jatuh dari tempat tidur menurun 2. Jatuh saat duduk menurun 3. Jatuh saat dipindahkan menurun 4. Jatuh saat di kamar mandi menurun (L.14138) 	<p>Pencegahan Jatuh (L.14134)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Identifikasi factor resiko Jatuh 4.2 hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall marse scale) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.3 pasang handrail tempat tidur 4.4 atur tempat tidur mekanis posisi pembal <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.5 Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah.

Yang Membuat Intervensi


Iqramuliah

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama :
No. Reg :

Ruang :
Tanggal :

No. Dx. Kep.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
5.	Resiko infeksi d/d prosedur Invasif (Pemasangan Pen)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil 1) kebersihan tangan meningkat 2) kebersihan badan meningkat 3) nyeri menurun	Pencegahan Infeksi (I.14829) observasi 5.1 Monitor tanda dan gejala infeksi Terapeutik 5.2 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Edukasi: 5.3 Jelaskan tanda dan gejala infeksi 5.4 Ajarkan mencuci tangan dengan benar 5.5 Ajarkan meningkatkan asupan nutrisi 5.6 Ajarkan meningkatkan asupan cairan.

Yang Membuat Intervensi

Arumochan

Implementasi Keperawatan Klien 2 dengan Post Operasi Fracturedi RSUD
dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
<p>Selasa, 25 Mei 2021 15.00 Wita</p>	<p>Melakukan pengkajian</p> <p>1.4 Mengidentifikasi lokasi , karakteristik, durasi , frekuensi , kualitas dan intensitas nyeri</p> <p>1.5 Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>1.6 Mengidentifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>2.3 mengidentifikasi kemampuan klien dalam mobilisasi</p> <p>2.4 Memonitor ttv</p> <p>3.1 mengidentifikasi kemampuan dalam perawatan diri</p> <p>4.3 Mengidentifikasi factor resiko jatuh.</p> <p>4.4 Menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis. fall morse scale).</p> <p>3.1 Memasang handrall tempat tidur.</p> <p>5.1 mengidentifikasi resiko infeksi</p> <p>5.2 menjelaskan tanda dan gejala infeksi</p>	<p>DS:</p> <p>1) Klien mengatakan selesai operasi sekitar jam 14.00</p> <p>2) Klien mengatakan masih terasa nyeri pada kaki kanan P: nyeri pada kaki kanan jika digerakkan Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk R: nyeri pada paha kanan yang di operasi S: skala nyeri 5 T: hilang timbul</p> <p>3) Klien mengatakan susah melakukan miring kanan dan miring kiri</p> <p>4) Klien mengatakan kaki kanannya susah digerakkan dan jika digerakkan terasanyeri tetapi masih bisa merasakan sentuhan, jari-jari dan pergelangan kaki bisa digerakkan</p> <p>5) Klien mengatakan untuk mandi kalin di bantu oleh keluarganya</p> <p>DO:</p> <p>1) Ekspresi wajah sesekali meringis menahan nyeri</p> <p>2) Klien tampak bersikap protektif</p> <p>3) Klien tampak tidak kotor</p> <p>4) Klien terpasang infus.</p> <p>5) Pergerakan sendi terbatas</p> <p>6) Total skor pada mobilisasi barthel indeks: 11 (ketergantungan sedang)</p> <p>7) Kekuatan otot</p>

<p>18.00</p>	<p>1.6 Mengajarkan teknik non farmakologi (nafas dalam) 1.7 pemberian obatanalgetik 2.3 Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi). 3.2 Menjelaskan tentang kebersihan diri 4.5 Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah. 5.2 menjelaskan tanda dan gejala infeksi 5.3 mengajarkan mencuci tangan</p>	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</td> </tr> </table> <p>10) TTV: TD: 120/80 mmHg N: 80x/menit S: 36°C RR: 20x/menit 11) <i>Fall morse scall</i> 55 (resiko) 12) Terpasang gelang resiko jatuh 13) Handrall tempat tidur terpasang 14) Roda tempat tidur terkunci 15) Belum ada tanda-tanda resiko infeksi 16) Klien tampak mengerti dengan apa yang di jelaskan oleh perawat</p> <p>DS: 1) Klien mengatakan paham cara melakukan tehnik nafas dalam 2) Klien mengatakan paham tentang kebersihan diri 3) Klien mengatakan paham bagaimana cara duduk ditempat tidur. 4) Klien mengatakan paham cara mencuci tangan 5) Klien mengatakan paham dengan anjuran perawat 6) Klien mengatakan nyaman setelah di berikan injeksi obat</p> <p>DO: 1) Klien tampak mengerti dengan apa yang diajarkan oleh perawat 2) Terdapat luka operasi di kaki kanan 3) Klien terpasang infus 4) pemberian obat analgetik yaitu ketorolax 2x1 mg dan cefoperazone 2x1mg</p>	5	5	3	5
5	5					
3	5					

Rabu, 26 Mei
2021
13.00

- 1.5 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri
- 1.6 Mengidentifikasi skala nyeri
- 1.7 Mengidentifikasi respon nyeri non verbal
- 1.8 Berikan teknik non farmakologi (nafas dalam)
- 2.3 Mengidentifikasi kemampuan klien dalam mobilisasi
- 2.4 Memonitor TTV
- 3.1 Monitor kemampuan klien dalam perawatan diri
- 4.1 Mengidentifikasi factor resiko jatuh.
- 3.2 Menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis. *fall morse scale*).
- 3.3 Memasang handrall tempat tidur.
- 5.3 mengajarkan mencuci tangan
- 5.4 monitor tanda dan gejala infeksi

DS:

- 1) Klien mengatakan nyeri pada kaki sebelah kanan masih terasa nyeri
P: nyeri pada kaki kanan ketika digerakkan
Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk
R: nyeri pada paha kanan di area operasi
S: skala nyeri 4
T: nyeri yang dirasakan hilang timbul
- 2) Klien mengatakan kaki kanannya sudah mulai bisa di gerakkan tetapi belum terlalu kuat.
- 3) Klien mengatakan kaki kanannya bisa merasakan sentuhan dan jari-jari kaki bisa digerakkan serta pergelangan bisa di gerkan
- 4) Klien mengatakan sudah bisa sedikit-sedikit untuk miring ke kanan tetapi untuk miring ke kiri belum terlalu bisa dan untuk duduk belum terlalu bisa masih di bantu oleh perawat dan keluarga
- 5) Klien mengatakan untuk mengganti pakaian di bantu oleh keluarga

DO:

- 1) Ekspresi wajah sesekali meringis menahan nyeri
- 2) Terdapat luka jahitan operasi di paha kiri, tidak ada pembengkakan
- 3) Klien tampak melakukan teknik nafas dalam
- 4) Terpasang infus
- 5)
$$\begin{array}{r} 5 \quad | \quad 5 \\ \hline 3 \quad | \quad 5 \end{array}$$
Kekuatan otot
- 6) Pergerakan sendi terbatas
- 7) Total skor pada mobilisasi barthel indeks: 11 (ketergantungan sedang)
- 8) Total skor risiko jatuh dalam skala morse: 55 (risiko)
- 9) TTV :
TD: 120/80mmHg
N: 87x/menit

18:00	<p>1.3 berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>1.4 pemberian obat analgetik</p> <p>2.3 Menganjurkan Melakukan mobilisasi dini</p> <p>2.4 Melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>3.1 Monitor tingkat perawatan Diri</p> <p>4.1 Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</p> <p>5.4 monitor tingkat kebersihan tangan</p> <p>5.5 monitor tingkat resiko infeksi</p>	<p>S: 36,5°C RR: 20x/menit</p> <p>DS:</p> <p>3) Klien mengatakan setelah melakukan tehnik nafas dalam klien sedikit merasa nyaman</p> <p>4) Klien paham dan akan melaksanakan anjuran perawat .</p> <p>DO:</p> <p>1) Klien tampak sedikit lebih tenang.</p> <p>2) Klien tampak paham dengan apa yang dianjurkan oleh perawat.</p> <p>3) Klien tampak melakukan perawatan diri</p> <p>4) Handrall tempat tidur terpasang</p> <p>5) Roda tempat tidur terkunci</p> <p>6) Pemberian obat ketorolax 2x1 mg dan cefoperazone 2x1mg</p> <p>7) Tidak ada tanda dan gejala resiko infeksi</p>
-------	---	---

<p>Kamis, 27 Mei 2021 13.00</p>	<p>1.4 Mengidentifikasi lokasi , karakteristik ,durasi , frekuensi ,kualitas dan intensitas nyeri 1.5 Mengidentifikasi skala nyeri 1.6 Mengidentifikasi respon nyeri non verbal 2.3 Monitor ttv 2.4 Mengidentifikasi kemampuan kien dalam mobilisasi 3.1 Monitor tingkat perawatan diri 4.4 Mengidentifikasi factor resiko jatuh 4.5 Mengidentifikasi factor resiko jatuh 4.6 Memasang handrall tempat tidur. 5.1 monitor tanda dan gejala infeksi 5.2 mengajarkan mencuci tangan</p> <p>1.4 Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 1.5 Pemberian obat 1.6 Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi protein dan kalori 2.1 Melibatkan keluarga untuk</p>	<p>DS: 1) Klien mengatakan nyeri pada kaki sebelah kiriangak berkurang P: nyeri pada kaki kanan ketika digerakkan Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk R: nyeri pada paha kiri di area operasi S: skala nyeri 3 T: nyeri yang dirasakan hilang timbul</p> <p>2) Kien mengatakan sudah bias miring kiri dan kanan dan duduk dengan bersandar 3) Kien mengatakan ingin melakukan berjalan menggunakan tongkat yang di anjurkan oleh dokter 4) Kien mengatakan sudah bisa miring kiri dan kanan 5) Kien mengatakan sudah bisa duduk dibantu oleh keluarga,serta berpegangan di pagar tempat tidur untuk duduk 6) Kien mengatakan untuk personal hygiene kien masih di bantu oleh keluarga seperti mengambilkan baju,menyiapkan alat untuk sikat gigi.</p> <p>DO: 1) Klien sesekali tampak meringis akibat nyeri dari pergerakan 2) Kien masih tampak terpasang selang infus 3) Kien tampak bersih 4) Hanndrall tempat tidur tampak terpasang 5) Roda tempat tidur terkunci 6) Tidak ada tanda-tanda resiko infeksi 7) TTV : TD: 125/80mmHg N: 85x/menit S: 36.0°C RR : 20x/menit</p> <p>DS: 1) Klien mengatakan merasa lebih nyaman setelah melakukan tehnik nafas dalam 2) Klien mengatakan paham dengan apa yang dianjurkan oleh perawat</p> <p>DO:</p>
---	---	--

<p>17:00</p>	<p>membantu klien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>3.1 Monitor tingkat perawatan diri</p> <p>4.1 Memasang handrail tempat tidur.</p> <p>5.1 monitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>5.2 mengajarkan mencuci tangan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Klien tampak lebih tenang 2) Keluarga klien membantu dalam mengatur posisi klien 3) Klien tampak melakukan mobilisasi berjalan dengan di bantu menggunakan tongkat 4) Keluarga membantu dalam perawatan diri seperti mengganti pakaian dan meseka klien 5) <i>Handrail</i> tempat tidur tampak terpasang 6) Roda pada tempat tidur terkunci 7) Klien tampak tidak ada tanda dan gejala infeksi 8) Klien tampak melakukan mencuci tangan dengan benar 9) Pemberian obat ketorolax 2x1 mg dan cefoperazone 2x1mg
--------------	--	---

Evaluasi asuhan keperawatan Klien 2 dengan *Post Operasi Fracture* di
RSUD dr. Kanujoso Djatwibowo Balikpapan

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
1.	Selasa, 25 Mei 2021	(D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)	<p>S :</p> <p>P: klien mengatakan nyeri di rasakan ketiak kaki kanan di gerkan</p> <p>Q : klien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk</p> <p>R: klien mengatakan nyeri di bagian kakikanan yang di operasi</p> <p>S: klien mengatakank kala nyeri 5</p> <p>T: klien mengatakannyeri di rasakan hilang timbul</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Wajah klien terlihat meringis 2) Klien menderita post op fracture femur dextra dengan tindakan (ORIF) 3) TTV : TD: 120/80mmHgN: 80x/menit RR: 20x/menitT : 36°C <p>A : Masalah nyeri belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Identifikasi lokasi , karakteristik, durasi , frekuensi , kualitas dan intensitas nyeri 1.2 Identifikasi skala nyeri 1.3 Identifikasi respon nyeri non verbal 1.4 Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.5 Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

			<p>1.6 Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri</p> <p>Kalaborasi</p> <p>1.7 Kalaborasi pemberian analgetik jika perlu</p>
2.	Selasa, 25 Mei 2021	(D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan sulit bergerak karena keadaankakinya yang habis di operasi/fracture 2) Klien mengatakan tidak bias beraktivitas normal seperti biasanya <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien menderita post op fracture femur dektrpada kaki kanan 2) Aktivitas klien terlihat dibantu oleh keluarga 3) Klien terlihat kesulitan membolak balikan posisi <p>A : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Identifikasi kemampuan klien beraktivitas 2.2 Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.3 Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.4 Anjurkan mobilisasi dini 2.5 Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk ditempat tidur)
3.	Selasa, 25 Mei 2021	(D.0109) Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan sulit untuk merawat diri karena keterbatasan pergerakan 2) Klien mengatakan baru ikali di seka 3) Klien mengatakan untuk

			<p>nuang air kecil dan buang air besar menggunakan tempat urin dan pisoi</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien dalam memenuhi kebutuhan personal hygiene dibantu oleh keluarga 2) Klien tidak terpanasgasteter <p>A : Masalah Defisit perawatan diri belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Monitor tingkat kemandirian 3.2 Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.3 Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 3.4 Jadwalkan rutinitas perawatan diri 3.5 Siapkan keperluan pribadi (mis: parfum, sikat gigi, sabun mandi) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.6 Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan
4.	Selasa, 25 Mei 2021	(D.0143) Risiko Jatuh yang dibuktikan dengan : Kondisi pasca operasi	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan kekuatan otot kakinya masih melemah <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) skala morse pada klien 55 resiko tinggi, klien terlihat kesulitan bergerak, pagar pada tempat tidur sudah terpasang dengan kuat <p>A : Masalah resiko jatuh</p>

			<p>teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>Observasi</p> <p>4.1 Identifikasi factor risiko jatuh</p> <p>Terapeutik</p> <p>4.2 Pastikan roda pada tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci.</p> <p>4.3 Pasang handrall tempat tidur</p> <p>Edukasi</p> <p>4.4 Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</p>
5	Selasa, 25 Mei 2021	(D.0142) Resiko infeksi di buktikan dengan prosedur invasif (pemasangan pen)	<p>S :</p> <p>1) Klien mengatakan belum pahan tanda dan gejala infeksi</p> <p>O :</p> <p>2) Klien tampak mendengarkan apa yang di jelaskan oleh perawat</p> <p>3) Belum ada tanda dan gejala infeksi</p> <p>A: masalah resiko infeksi teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>Observasi</p> <p>5.1 Monitor tanda gejala infeksi</p> <p>Terapeutik</p> <p>5.2 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>Edukasi</p> <p>5.3 Jelaskan tanda dan gejala resiko infeksi</p> <p>5.4 Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</p>

I.	Rabu, 26 Mei 202021	(D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	<p>S :</p> <p>P : Klien mengatakan nyeri dirasa ketika kakidigerakkan</p> <p>Q : Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk- tusuk</p> <p>R : klien megatakannyeri di bagian kakikanan</p> <p>S : Klien mengatakanskala nyeri 4</p> <p>T : klien mengatakannyeri dirasa hilang timbul</p> <p>O :</p> <p>1) Wajah klien terlihat sesekali mering</p> <p>2) Klien menderita fracturefemur dextra</p> <p>3) TTV : TD: 120/80mmHgN : 87x/menit RR: 20x/menitT : 36.5°C</p> <p>A : Masalah nyeri teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>lanjutkan intervensi</p> <p>Observasi</p> <p>1.1 Identifikasi lokasi ,karakteristik,durasi , frekuensi ,kualitas dan intesitas nyeri</p> <p>1.2 Identifikasi skala nyeri</p> <p>1.3 Identifikasi respon nyerinon verbal</p> <p>1.4 Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>Terapeutik</p> <p>1.5 Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>1.6 Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri</p> <p>Kalaborasi</p> <p>1.7 Kalaborasi pemberian analgetik,jika perlu</p>
----	------------------------	---	---

2.	Rabu, 26 Mei 2021	(D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan mulai melakukan pergerakan pergerakan ringan 2) Klien mengatakan mencoba belajar duduk secara mandiri dengan bantuan pagar tempat tidur <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien menderita fracture pada kaki kanan 2) Klien terlihat mulai beraktivitas lebih <p>A : Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Identifikasi kemampuan klien beraktivitas 2.2 Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.3 Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.4 Anjurkan mobilisasi dini 2.5 Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk ditempat tidur)
----	-------------------	---	---

3.	Rabu, 26 Mei 2021	(D.0109) Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan mulairutin melakukan perawatan diri 2) Klien mengatakan sehari 2 kali di seka 3) Klien mengatakan untuk buang air kecil dan buang air besar menggunakan/menggunakan tempat urin dan pispot yang di sedikan <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien dalam memenuhi kebutuhan personal hygiene dibantu oleh keluarga 2) Tidak terpasang kateter <p>Masalah Defisit perawatan teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Monitor tingkat kemandirian 3.2 Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.3 Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 3.4 Jadwalkan rutinitas perawatan diri 3.5 Siapkan keperluan pribadi (mis: parfum, sikat gigi, sabun mandi) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.6 Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai Kemampuan
----	-------------------	--	--

4.	Rabu, 26 Mei 2021	(D.0143) Risiko Jatuh yang dibuktikan dengan : kondisi pasca operasi	<p>S :</p> <p>1) klien mengatakan kekuatan otot kaki masih lemah</p> <p>O :</p> <p>1) skala morse pada klien 55 resiko tinggi , klien terlihat kesulitan bergerak, pagar pada tempat tidur sudah terpasang dengan kuat</p> <p>A : Masalah resiko jatuh teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>lanjutkan intervensi Observasi</p> <p>4.1 Identifikasi faktor risiko jatuh</p> <p>Terapeutik</p> <p>4.2 Pastikan roda pada tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci.</p> <p>4.3 Pasang handrail tempat tidur</p> <p>Edukasi</p> <p>4.4 Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</p>
5.	Rabu, 26 Mei 2021	(D.0142) Resiko infeksi di buktikan dengan prosedur infasif (pemasangan pen)	<p>S :</p> <p>1) Klien mengatakan belum paham tentang tanda dan gejala infeksi</p> <p>O :</p> <p>2) Klien tampak mendengarkan apa yang di jelaskan oleh perawat</p> <p>3) Belum ada tanda dan gejala infeksi</p> <p>A: masalah resiko infeksi teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>Observasi</p> <p>5.1 Monitor tanda gejala infeksi</p> <p>Terapeutik</p> <p>5.2 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>Edukasi</p> <p>5.3 Jelaskan tanda dan gejala resiko infeksi</p> <p>5.4 Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</p>

I.	Kamis, 27 Mei 2021	(D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan nyeri di kaki sudah mulai berkurang 2) Klien mengatakan skala nyeri turun menjadi 3 <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Wajah klien terlihat tidak meringis lagi 2) Klien terlihat lebih rileks 3) Klien menderita fracture femur dextra 4) TTV: TD : 125/80mmHg N: 85x/menit RR: 20x/menit T : 36,0°C <p>A : Masalah nyeri teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Identifikasi lokasi , karakteristik, durasi , frekuensi , kualitas dan intensitas nyeri 1.2 Identifikasi skala nyeri 1.3 Identifikasi respon nyeri non verbal 1.4 Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.5 Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 1.6 Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri <p>Kalaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.7 Kalaborasi pemberian analgetik, jika perlu
----	--------------------	---	--

2.	Kamis, 27 Mei 2019	(D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan mulai melakukan pergerakan pergerakan ringan 2) Klien mengatakan sudah bisa duduk dengan mandiri dengan berpegangan dengan pagar tempat tidur <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien menderita post op fracture femur dextra pada kakikanan 2) Tindakan operasi ORIF 3) Klien terlihat mulai beraktivitas lebih <p>A : Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Identifikasi kemampuan klien beraktivitas 2.2 Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 2.3 Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur) Edukasi 2.4 Anjurkan mobilisasi dini 2.5 Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk ditempat tidur)
----	--------------------	---	--

3.	Kamis, 27 Mei 2021	(D.0109) Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan mulairutin melakukan perawatan diri 2) Klien mengatakan sehari 2 kali di seka <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien dalam memenuhi kebutuhan personal hygiene dibantu oleh keluarga 2) Klien tidak terpasang cateter <p>A : Masalah Defisit perawatan diri teratasi</p> <p>P :</p> <p>lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Monitor tingkat kemandirian 3.2 Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan Terapeutik 3.3 Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 3.4 Jadwalkan rutinitas perawatan diri 3.5 Siapkan eperlun pribadi (mis: parfum, sikat gigi, sabun mandi) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.6 Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai Kemampuan
----	--------------------	--	--

4.	Kamis 27 Mei 2021	(D.0143) Risiko Jatuh yang dibuktikan dengan : Factor risiko penurunan kekuatan otot	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan tidak pernah jatuh selama dirumah sakit 2) Klien mengatakan kaki kiri mulai bisa di gerakan 3) Klien mengatakan selalu memastikan handrall tempat tidur terpasang <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Handrall dan roda tempat tidur klien terkunci <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi Observasi</p> <p>4.1 Identifikasi factor resiko jatuh.</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.2 Pasang handrall tempat tidur. 4.3 Pastikan roda pada tempat tidur dan kursi roda selalu terkunci <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.6 Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah.
5.	Kamis 27 Mei 2021	(D.0142) Risiko infeksi di buktikan dengan prosedur invasif (pemasangan pen)	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan belum paham tentang tanda dan gejala infeksi <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) Klien tampak mendengarkan apa yang di jelaskan oleh perawat 3) Belum ada tanda dan gejala infeksi <p>A: masalah resiko infeksi teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.1 Monitor tanda gejala infeksi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.2 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.3 Jelaskan tanda dan gejala resiko infeksi 5.4 Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar

DOKUMENTASI SIDANG KTI



Lampiran



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KALTIM

PRODI D-III KEPERAWATAN

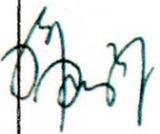


LEMBAR KONSULTASI

BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA : IQRAMULLAH.N
NIM : P07220118086
PEMIMBIBING I : Ns.Rahmawati Shoufiah,S.ST, M.Pd
PEMBIMBING II : Ns.Asnah, S.Kep, M.Pd

NO	TGL	MATERI YANG DIKONSULKAN	SARAN PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING	
				P1	P2
		Cover dan BAB I	P1 : Perbaiki sesuai saran susun kembali (sesuai dengan deduktif dan induktif) P2: Perbaiki Perbaiki sesuai saran		
		BAB I	P1 : BAB I Pendahuluan LBM di tambahi P2: LBM di perbaiki dan Reaksi di perbaiki		
		BAB II, III, IV	P1: Revisi BAB II P2: konsep teori dan untuk pathway tidak usah di kasih warna		

		BAB <u>IV</u>	<p>P1: Perbaiki pengkajian Tambahkan resiko INFEKSI</p> <p>P2: perbaiki pengkajian Nama obat folong di' ubah</p>		
		BAB <u>IV</u> dan V	<p>P1: Perbaiki bab IV dan V sesuai saran</p> <p>P2: untuk penulisan sedah bagus dan benar siap untuk sidang</p>		
		BAB <u>I-V</u>	<p>BAB I sampai BAB V → membuat ppt dan Prin file KTI</p>		

Ketua Program Studi D III
Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

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