

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN *FRACTURE*
DI RSUD dr. KANUJOSO DJATIWIWOWO BALIKPAPAN
TAHUN 2023



Oleh :

DELVITRI NORWANTI
NIM : P07220120068

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN
SAMARINDA
2023

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN *FRACTURE* DI
RSUD dr. KANUJOSO DJATIWIWOWO BALIKPAPAN
TAHUN 2023

Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan (Amd. Kep)
Pada Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



Oleh :

DELVITRI NORWANTI
NIM.P07220120068

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN JURUSAN
KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN
SAMARINDA
2023

SURAT PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah (KTI) 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 ketentuan yang berlaku.

Samarinda, 19 Juni 2023
Yang Menyatakan



Delvutri Norwanti
NIM : P07220120068

LEMBAR PERSETUJUAN

**KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUKAN
UNTUK DIUJIKAN**

Tanggal 20 Juni 2023

Oleh

Pembimbing



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

Pembimbing Pendamping



Ns. Grace Carol Sipasulta, M.Kep., Sp.Kep.Mat
NIDN. 4013106302

Mengetahui,

Ketua Program Studi D-III Keperawatan Kampus B
Jurusan Keperawatan Politeknik Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur

Ns. Andi Lis Arming Gandini, S.Kep., M.Kep
NIP. 196803292994022001

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada *Fracture* Di Rumah Sakit
dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2023

Telah Diuji
Pada Tanggal 20 Juni 2023

PANITIA PENGUJI

Ketua Penguji:

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

(.....)

Penguji Anggota

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

(.....)

2. Ns. Grace Carol Sinasulta, M.Kep., Sp.Kep.Mat (.....)
NIDN. 4013106302

(.....)

Mengetahui,

Ketua Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Ketua Program Studi D-III Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Hj. Umi Kalsum, S.Pd., M.Kes
NIP. 19650825198503200

Ns. Andi Lis Arming Gandini, M.kep
NIP. 19680329299402200

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

1. Nama : Delvitri Norwanti
2. Jenis Kelamin : Perempuan
3. Tempat, Tanggal Lahir : Tanah Grogot, 25 Desember 2000
4. Agama : Islam
5. Pekerjaan : Mahasiswi
6. Alamat : Jln Sepinggian Baru Perum, Bukit Lestari RT 56
7. Email : delvitrii@gmail.com
8. No. Telp : 0822-5574-5517

B. Riwayat Pendidikan

1. TK Kemala Bhayangkari Tanah Grogot tahun 2006-2007
2. SDN 016 Tanah Grogot tahun 2008-2013
3. SMPN 5 Tanah Grogot tahun 2014-2016
4. SMA 2 Tanah Grogot tahun 2017-2019
5. Mahasiswa D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim tahun 2020
sampai sekarang

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kepada Allah subhanallah wa Ta'ala atas berkat rahmat dan karunianya sehingga karya tulis ilmiah saya dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Fracture* Di Rumah Sakit dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2023”. Karya tulis ilmiah ini di susun dalam rangka menyelesaikan tugas akhir untuk memperoleh gelar Ahli Madya di Program Studi D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim.

Pada penyusunan karya tulis ilmiah ini tersusun atas upaya maksimal saya sebagai penulis dan petunjuk pembimbing, serta arahan berbagai pihak yang telah membantu saya dalam penulisan proposal ini. Bersama dengan ini perkenankan saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Dr. H. Supriadi B, S.Kp., M.Kep selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
2. dr. Edy Iskandar, Sp.PD,FINASIM., MARS Direktur Rumah Sakit dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.
3. Hj. Umi Kalsum, S.Pd., M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
4. Ns. Andi Lis Arming Gandini, M.Kep, selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Samarinda Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
5. Ns. Grace Carol Sipasulta, M.Kep., Sp.Kep.Mat, selaku penanggung jawab prodi D-III Keperawatan Kelas B Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.

6. Ns. Rahmawati Shoufiah, S.ST. M.Pd selaku pembimbing utama yang telah membimbing dan memberikan arahan kepada saya dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini.
7. Ns. Grace Carol Sipasulta, M.Kep.,Sp.Kep.Mat, selaku pembimbing pendamping dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
8. Dosen-dosen dan seluruh staf Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur yang telah mendidik dan membimbing saya dalam masa pendidikan.
9. Bapak Agung dan Ibu Norhayana selaku kedua orang tua dan kakak yang telah, mendidik, mendukung dan mendoakan saya sehingga dapat sampai ke tahap ini.
10. Rekan-rekan mahasiswa/i Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Jurusan Keperawatan Prodi D-III Keperawatan angkatan 2020.

Saya mengucapkan terima kasih kepada semuanya atas bimbingan, bantuan, doa dan semangatnya sehingga saya dapat menyelesaikan penulisan karya tulis ilmiah ini.

Samarinda, 19 Maret 2023

Penulis

ABSTRAK

“ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN *FRACTURE* DI RSUD dr. KANUJOSO DJATIWIWOWO BALIKPAPAN TAHUN 2023”

Pendahuluan : Menurut *World Health Organization (WHO)* mencatat pada tahun 2011 terhdapat lebih dari 5,6 juta orang meninggal dikarenakan mengalami insiden kecelakaan dan sekitar 1,3 juta orang mengalami kecacatan fisik, Kecelakaan memiliki prevalensi yang sangat cukup tinggi yaitu insiden fraktur ekstermitas bawah sekitar 40%. Tujuan penelitian ini adalah untuk mendapatkan gambaran tentang Asuhan Keperawatan pada klien dengan *fracture* di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan tahun 2023 dengan mengkaji pasien dan menegakkan diagnosa keperawatan pada klien *fracture*.

Metode : 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 pengkajian didapatkan kesaman antara 2 klien yaitu nyeri ketika digerakkan. Berdasarkan pengkajian yang didapatkan dari ke 2 klien ditegakkan diagnose nyeri akut. Intervensi keperawatan yang dilakukan dengan diagnose nyeri akut adalah edukasi kesehatan untuk mengenalkan masalah kesehatan kepada klien dan keluarga sehingga mampu memahami tentang pengertian, tanda dan gejala, dan penyebab nyeri pada fraktur. Adapun tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu memberikan teknik nafas dalam. Hasil evaluasi yang didapatkan yaitu klien dan keluarga mampu mengenal masalah fraktur dan mampu menyebutkan pengertian fraktur, tanda dan gejala dan penyebab fraktur. Sehingga klien 1 dan 2 terdapat 4 diagnosa yang telah teratasi dengan baik.

Kesimpulan dan Saran : Masalah asuhan keperawatan yang dialami kedua pasien dalam pengkajian menunjukkan adanya tanda dan gejala yang sama, diagnosa yang diangkat sesuai dengan keadaan pasien, menegakkan intervensi antara kedua pasien, implementasi pasien sesuai dengan intervensi yang diberikan dan evaluasi pasien dilakukan selama 3 dan 4 hari perawatan dengan teratasi masalah klien. 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 : Asuhan Keperawatan, *Fracture*

ABSTRAK
"NURSING CARE FOR CLIENTS WITH FRACTURE
AT RSUD dr. KANUJOSO DJATIWIWOWO BALIKPAPAN 2023"

Introduction: According to the World Health Organization (WHO) noted that in 2011 more than 5.6 million people died due to accident incidents and around 1.3 million people experienced physical disabilities. Accidents have a very high prevalence, namely the incidence of lower extremity fractures is around 40%. . The purpose of this study was to get an overview of nursing care for clients with fractures at dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan in 2023 by studying patients and establishing nursing diagnoses for fracture clients.

Methods: This study used a qualitative descriptive method with the Nursing Care approach by implementing care as the unit of analysis. The unit of analysis is an adult client with a fracture. Data collection methods are by interview, observation, physical examination, documentation study and supporting examination. The data collection instrument used the nursing care assessment format in accordance with the provisions in force at the East Kalimantan Poltekkes Nursing Study Program.

Results and Discussion: Based on the study, the similarities between the 2 clients were found, namely pain when moved. Based on the assessment obtained from the 2 clients, a diagnosis of acute pain was made. Nursing interventions carried out with the diagnosis of acute pain are health education to introduce health problems to clients and families so they are able to understand the meaning, signs and symptoms, and causes of pain in fractures. The nursing action taken is to provide deep breathing techniques. The results of the evaluation obtained are that clients and families are able to recognize fracture problems and are able to mention the meaning of fractures, signs and symptoms and causes of fractures. So that clients 1 and 2 have 4 diagnoses that have been resolved properly.

Conclusions and Suggestions: Problems of nursing care experienced by both patients in the study showed the existence of the same signs and symptoms, the diagnosis was appointed according to the patient's condition, enforcing interventions between the two patients, implementing the patient according to the intervention given and patient evaluation was carried out for 3 and 4 days of treatment with resolved client problem. For hospital agencies, it is necessary to have consistent supervision in providing nursing actions, for educational institutions as reference material and for researchers to be able to manage data that is even more thorough so that they can provide maximum nursing care to patients.

Keywords: Nursing Care, Fracture

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DEPAN.....	i
HALAMAN SAMPUL DALAM	ii
SURAT PERNYATAAN.....	Error! Bookmark not defined.
LEMBAR PERSETUJUAN.....	Error! Bookmark not defined.
LEMBAR PENGESAHAN	Error! Bookmark not defined.
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	vi
KATA PENGANTAR	vii
ABSTRAK.....	ix
ABSTRAK.....	x
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR BAGAN	xiii
DAFTAR TABEL.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	6
1.3 Tujuan.....	6
1.4 Manfaat Penelitian.....	7
BAB II TINJAUAN TEORI	8
2.1 Konsep Fracture	8
2.2.1 Definisi	8
2.2.2 Anatomi Fisiologi.....	8
2.2.3 Etiologi	12
2.2.4 Klasifikasi.....	13
2.2.5 Pathofisiologi.....	17
2.2.6 Pathway	20
2.2.7 Manifestasi Klinis.....	21
2.2.8 Pemeriksaan Fisik Fokus.....	22
2.2.9 Pemeriksaan Penunjang.....	23
2.2.10 Penatalaksanaan.....	24

2.2.11	Komplikasi	25
2.2.12	Tanda dan Gejala fracture	25
2.2	Konsep Asuhan Keperawatan Pada Klien Fracture	26
2.2.1	Pengkajian	26
2.2.2	Pemeriksaan Fisik.....	29
2.2.3	Diagnosa keperawatan.....	31
2.2.4	Intervensi	39
2.2.5	Implementasi keperawatan	42
2.2.6	Evaluasi keperawatan	43
BAB III	METODE PENELITIAN.....	46
3.1	Pendekatan (Desain Penelitian).....	46
3.2	Subyek Penelitian	46
3.3	Definisi Operasional.....	47
3.4	Lokasi dan Waktu Penelitian.....	48
3.5	Prosedur Penelitian.....	48
3.6	Metode Dan Instrumen Pengumpulan Data	49
3.7	Analisis Data	50
BAB IV	HASIL DAN PEMBAHASAN	52
4.1	Hasil	52
4.1.1	Gambaran Lokasi Penelitian.....	52
4.1.2	Data Asuhan Keperawatan	53
4.2	Pembahasan.....	114
BAB V	KESIMPULAN DAN SARAN.....	128
5.1	Kesimpulan.....	128
5.2	Saran.....	130
DAFTAR PUSTAKA	132
LAMPIRAN	134

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway fraktur	20
---------------------------------	----

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi <i>Fracture</i> Nyeri Akut	39
Tabel 2.3 Intervensi <i>Fracture</i> Gangguan Mobilitas Fisik.....	40
Tabel 2.4 Intervensi <i>Fracture</i> Gangguan Integritas Kulit/Jaringan	40
Tabel 2.5 Intervensi <i>Fracture</i> Risiko Infeksi.....	41
Tabel 4.1 Hasil Anamnesis Klien 1 Dan 2 Dengan Post Op Fracture	53
Tabel 4.2 Hasil Observasi Dan Pemeriksaan Fisik Pada Klien 1 Dan Klien 2 Di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.....	57
Tabel 4.3 Hasil Pemeriksaan Penunjang Pada Klien 1 Dan Klien 2 Di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.....	64
Tabel 4.4 Hasil Penatalaksanaan Terapi Pada Klien 1 Dan 2 Di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.....	65
Tabel 4.5 Data Fokus Pada Klien 1 (Tn. Ba) dan Pada Klien 2 (Tn. Su) di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo.....	66
Tabel 4.6 Analisa Data Pada Klien 1 (Tn. Ba) Dengan Post Op Close Fracture Femur Di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo.....	67
Tabel 4.7 Analisa Data Klien 2 (Tn. Su) Dengan <i>Post Op Fracture Tibia Fibula</i> Ruang Flamboyan B RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo	69
Tabel 4.8 Diagnosa Keperawatan Pada Klien 1 Dan 2 Dengan.....	70
Tabel 4.9 Perencanaan Pada Klien 1 dan 2 Dengan Post Operatif Fracture Di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.....	72
Tabel 4.10 Implementasi Keperawatan Klien 1 Dengan Post Operatif Operasi Fracture Di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan	81
Tabel 4.11 Implementasi Keperawatan Klien 2 dengan <i>Post Operasi Fracture</i> di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan	88
Tabel 4.12 Evaluasi asuhan keperawatan Klien 1 dengan <i>Post Operasi Fracture</i> di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan	96
Tabel 4.13 Evaluasi asuhan keperawatan Klien 2 dengan <i>Post Operasi Fracture</i> di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan	105

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Cidera lalu lintas jalan adalah penyebab utama terjadinya *fracture* karena kasus kecelakaan kematian yang meningkat setiap tahunnya. Lebih dari separuh kematian lalu lintas jalan terjadi di kalangan pejalan kaki, pengendara sepeda, mobil, dan motor. Faktor yang berisiko ialah status sosial ekonomi, usia, jenis kelamin, tepi jalan yang aman, jalan raya yang aman, kecepatan pengendara, kendaraan, dan pengemudi menggunakan ponsel pada saat mengendarai kendaraan.

Menurut *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2022 memberikan dukungan teknis kepada negara-negara, dengan cara multisektoral dan bermitra dengan pemangku kepentingan nasional dan internasional dari berbagai sektor. Tujuannya adalah untuk mendukung negara anggota dalam perencanaan, implementasi dan evaluasi kebijakan keselamatan jalan.

Mengurangi kematian dan cedera lalu lintas jalan raya. Menyelamatkan nyawa paket teknis keselamatan jalan yang berfokus pada Manajemen kecepatan, Kepemimpinan, desain dan peningkatan infrastruktur, standar keselamatan kendaraan, Penegakan hukum lalu lintas, dan Survival pasca-kecelakaan. (WHO,2022).

Fracture merupakan istilah hilangnya kontinuitas tulang, baik bersifat total maupun sebagian yang ditentukan berdasarkan jenis dan luasnya.

fracture disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik. Kekuatan dari tenaga tersebut, keadaan tulang itu sendiri, dan jaringan lunak di sekitar tulang akan menentukan kondisi fraktur tersebut (Suriya, 2019).

Menurut *World Health Organization (WHO)* mencatat pada tahun 2011 terhdapat lebih dari 5,6 juta orang meninggal dikarenakan mengalami insiden kecelakaan dan sekitar 1,3 juta orang mengalami kecacatan fisik, Kecelakaan memiliki prevalensi yang sangat cukup tinggi yaitu insiden fraktur ekstermitas bawah sekitar 40%.

Data yang ada di Indonesia kasus *fracture* paling sering yaitu *fracture* femur sebesar 42% diikuti *fracture* humerus sebanyak 17%, *fracture* tibia dan fibula sebanyak 14% dimana penyebab terbesar adalah kecelakaan lalu lintas yang biasanya disebabkan oleh kecelakaan mobil, motor atau kendaraan rekreasi dan yang mengalami jatuh sekitar 37,3% untuk mayoritas adalah pria 73,8% (Desiartama & Aryana, 2018). Fraktur di Indonesia menjadi penyebab kematian terbesar ketiga di bawah penyakit jantung koroner dan TBC (Wulandari, 2018).

Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar tahun 2018, seeseorang yang mengalami kecelakaan sepeda motor terus mengalami peningkatan. Jika pada tahun 2013 sebesar (40,6%) sedangkan pada tahun 2018 sebesar (72,7%). Kecelakaan lalu lintas menyebabkan fraktur sebanyak 5,5 juta orang yang terdiri dari *fracture* ekstermitas bawah sebanyak 67,9% dan *fracture* ekstermitas atas 32,7% (RISKESDAS, 2018).

Masalah keperawatan yang sering muncul pada klien dengan *fracture* yaitu nyeri akut, perfusi perifer tidak efektif, gangguan integritas kulit, gangguan mobilitas fisik, resiko infeksi (PPNI, 2022). Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan sebagai perawat adalah sesuai diagnosa keperawatan dapat dilakukan dengan manajemen nyeri, perfusi perifer tidak efektif dapat dilakukan memonitoring tanda tanda vital, gangguan integritas kulit dapat dilakukan monitor kulit akan adanya kemerahan, gangguan mobilitas fisik dapat dilakukan tindakan mengajarkan pasien dan keluarga tentang teknik ambulasi, defisit perawatan diri dapat dilakukan tindakan membantu pasien melakukan perawatan diri, resiko infeksi dapat dilakukan tindakan dengan kolaborasi pemberian obat, resiko syok dapat dilakukan tindakan monitoring status sirkulasi, warna kulit suhu kulit, denyut jantung, nadi perifer.

Fase preoperative dapat berdampak pada kondisi pasien saat melaksanakan operasi. Menjelang operasi dapat menyebabkan penundaan hingga kegagalan operasi. Untuk klien post operasi yang tidak mendapatkan perawatan maksimal setelah pasca bedah dapat memperlambat penyembuhan dan menimbulkan berbagai komplikasi. Pasien post operasi sering kali diharapkan pada permasalahan adanya proses peradangan akut dan nyeri yang mengakibatkan keterbatasan untuk bergerak (Nisa, 2019).

Efek samping yang bisa ditimbulkan oleh pasien post operasi adalah nyeri. Proses pembedahan berakibat jangka penyembuhan yang lama, terhalangnya ambulasi dini, penurunan fungsi sistem. Karena ketidaktahuan klien akan pentingnya mobilisasi klien justru takut melakukan mobilisasi

sehingga berdampak pada banyaknya keluhan yang muncul pada klien post fraktur seperti bengkak atau edema, kesemutan, kekakuan sendi, nyeri, dan pucat pada anggota gerak yang di operasi. Pada penderita fraktur, nyeri merupakan masalah yang sering dijumpai (Kurniawan & Nisa, 2021). Nyeri yang dirasakan bersifat akut dimana klien melaporkan tentang kualitas nyeri dan intensitasnya, atau secara fisiologis ditandai dengan, perubahan tekanan darah atau nadi, dilatasi pupil, perubahan frekuensi nafas, postur tubuh berhati-hati (protektif), meringis, mengerang, dan gelisah (Carpenito, 2017).

Untuk mencegah terjadinya *fracture* dapat dilakukan dengan upaya preventif dengan menghindari terjadinya trauma, terjatuh atau kecelakaan lainnya. Dalam melakukan aktifitas yang berat atau mobilisasi yang cepat dilakukan dengan cara hati-hati, memperhatikan pedoman keselamatan dengan memakai alat pelindung diri. Sedangkan upaya kuratif adalah perawat secara mandiri dapat merawat luka steril setelah dilakukan pembedahan, mengajarkan manajemen nyeri kepada pasien dan keluarga tentang nyeri yang dialami oleh pasien akibat teknik pembedahan dengan memberikan penyuluhan tentang teknik relaksasi nafas dalam, perawat dapat menganjurkan pasien untuk melakukan mobilisasi secara bertahap, serta berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi obat analgesik untuk menghilangkan nyeri, pemberian terapi obat antibiotik untuk mencegah kelanjutan terjadinya infeksi, melakukan fiksasi dengan gips atau spalk sebelum pembedahan serta pemasangan plat dan wire pada saat pembedahan.

Pada upaya rehabilitatif, yaitu dengan memberikan Health Education (pendidikan kesehatan) Tentang pencegahan infeksi lebih lanjut dengan pemberian antibiotik dan rawat luka steril setelah dilakukan pembedahan, menganjurkan untuk kontrol secara rutin untuk melihat 5 perkembangan tulang setelah pembedahan, menganjurkan pasien untuk mengonsumsi makanan yang tinggi protein dan kalsium untuk mempercepat regenerasi tulang, menganjurkan pasien untuk mengikuti program olahraga (dibawah bimbingan seorang terapis atau dokter) serta latihan dalam air untuk mengurangi beban kerja otot, serta memotivasi pasien untuk melakukan mobilisasi dini secara bertahap (Santi, 2019).

Berdasarkan hasil dari RSUD Dr.Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan tahun 2022 dari bulan Januari samapi Desember di Ruangan Kemuning kasus pada klien dengan Fraktur mencapai sebanyak 224 orang yang mengalami fraktur, sedangkan pada 3 bulan terakhir belakangan kasus *fracture* mencapai 72 kasus yang mengalami *fracture*. Penyebab terjadinya fraktur di sebabkan oleh cidera seperti jatuh, kecelakaan lalu lintas dan trauma benda tajam/tumpul.

Berdasarkan kasus fraktur yang telah dijelaskan bahwa membutuhkan penanganan yang cukup komplit sehingga penulis tertarik untuk menyusun karya tulis ilmiah yang berjudul tentang "*Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Fraktur di RSUD Dr.Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan pada tahun 2023*"

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang masalah, maka rumusan masalah ini adalah “Bagaimana Asuhan Keperawatan pada klien dengan *fracture* di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan tahun 2023”.

1.3 Tujuan

Adapun tujuan dari penulisan 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 *fracture* di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan tahun 2023.

2. Tujuan khusus

- a. Mengkaji klien dengan *fracture* di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan.
- b. Menegakkan diagnosa keperawatan pada klien dengan *fracture* di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan.
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada klien dengan *fracture* di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan.
- d. Melaksanakan Tindakan keperawatan pada klien dengan *fracture* di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan.
- e. Mengevaluasi Asuhan keperawatan pada klien dengan *post fracture* di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan.

1.4 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 pada klien dengan *fracture* yang dilakukan di RSUD dr. Kanujoso 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 *fracture* di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

3. Bagi perkembangan ilmu keperawatan

Hasil karya tulis ilmiah diharapkan dapat memperoleh gambaran tentang aplikasi teori Asuhan Keperawatan pada klien dengan *fracture* secara langsung.

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep *Fracture*

2.2.1 Definisi

Fracture merupakan rusaknya kontinuitas struktur tulang yang menyebabkan pergeseran fragmen tulang hingga deformitas. Pada luka *fracture* 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 (Celik, 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 nonlalu lintas (Ramadhani, 2019).

2.2.2 Anatomi Fisiologi

Menurut buku ajar Keperawatan Medikal Bedah (Suriya & Zuriati, 2019) adapun Anatomi Skeletal (tulang/rangka) yaitu :

Skeletal disebut juga sistem rangka, yang tersusun atas tulang-

tulang. Tubuh kita memiliki 206 tulang yang membentuk rangka.

1. Fungsi sistem skeletal
 - a. Memproteksi organ-organ internal dari trauma mekanis.
 - b. Membentuk kerangka yang berfungsi untuk menyangga tubuh dan otot-otot yang melekat pada tulang.
 - c. Berisi dan melindungi sum-sum tulang merah yang merupakan salah satu jaringan pembentuk darah.
 - d. Merupakan tempat penyimpanan bagi mineral seperti *calcium* dari dalam darah misalnya.
2. Struktur tulang
 - a. Tulang terdiri dari sel hidup yang tersebar diantara material tidak hidup (matriks).
 - b. Matriks tersusun atas osteoblas (sel pembentuk tulang).
 - c. Osteoblas membuat dan mensekresi protein kolagen dan garam mineral.
 - d. Jika pembentukan tulang baru dibutuhkan, osteoblast baru akan dibentuk.
 - e. Jika tulang telah dibentuk, osteoblast akan berubah menjadi osteosit (sel tulang dewasa).
 - f. Sel tulang yang sudah telah mati akan dirusak oleh osteoklas (sel perusak tulang).
3. Jaringan tulang terdiri atas :
 - a. Kompak (sistem harvesian matrik dan lacuna, lamella

intersisialis).

b. Spongiosa (trabecula yang mengandung sumsum tulang dan pembuluh darah).

4. Klasifikasi tulang berdasarkan penyusunnya

a. Tulang kompak

1) Padat, halus dan homogen.

2) Pada bagian tengah terdapat *medullary cavity* yang mengandung "*yellow bone marrow*".

3) Tersusun atas unit : osteon *harvesian system*.

4) Pada pusat osteon mengandung saluran (haversian kanal) tempat pembuluh darah dan saraf yang dikelilingi oleh lapisan konsentrik (lamellae).

5) Tulang kompak dan spongiosa dikelilingi oleh membrane tipis yang disebut periosteum, membrane ini mengandung :

a) Bagian luar percabangan pembuluh darah yang masuk ke dalam tulang.

b) Osteoblast.

b. Tulang spongiosa

1) Tersusun atas "*honeycomb network*" yang disebut trabekula.

2) Struktur tersebut menyebabkan tulang dapat menahan tekanan.

3) Rongga antara trabekula terisi "*red bone marrow*" yang mengandung pembuluh darah yang memberi nutrisi pada

tulang.

4) Contoh tulang : tulang pelvis, tulang belakang, tengkorak, ujung tulang lengan dan paha.

5. Klasifikasi tulang berdasarkan bentuknya :

- a. Tulang Panjang : humerus, femur, radius dan ulna.
- b. Tulang pendek : tulang pergelangan tangan dan pergelangan kaki.
- c. Tulang pipih : tulang tengkorak kepala, tulang rusuk dan sternum.
- d. Tulang tidak beraturan : vertebra, tulang muka dan pelvis.

6. Pembagian sistem skeletal

- a. Axial / rangka aksial, terdiri dari :
 - 1) Tengkorak kepala / cranium dan tulang-tulang muka.
 - 2) Columna vertebralis / batang tulang belakang.
 - 3) Costae / tulang-tulang rusuk.
 - 4) Sternum / tulang dada.
- b. Appendicular / rangka tambahan, terdiri dari :
 - 1) Tulang extremitas superior :
 - a) Korset pectoralis, terdiri dari scapula (tulang berbentuk segitiga) dan clavícula (tulang berbentuk lengkung).
 - b) Lengan atas, mulai dari bahu sampai ke siku.
 - c) Lengan bawah, mulai dari siku sampai pergelangan tangan.

- 2) Tulang extremitas inferior : korset pelvis, paha, tungkai bawah, kaki.

2.2.3 Etiologi

Fracture dapat disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya adalah cedera, stress, dan melemahnya tulang akibat abnormalitas seperti fraktur patologis (Apleys & Solomon, 2018). Klasifikasi fracture (Nurarif Huda, 2015) :

1. Klasifikasi etiologis
 - a. *Fracture* traumatic, terjadi pada tulang karena adanya trauma akibat benturan benda tumpul serta tekanan.
 - b. *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.
 - c. *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.
2. Klasifikasi klinis
 - a. *Fracture* tertutup (*simple fracture*), bila tidak terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar.
 - b. *Fracture* terbuka (*compound fracture*) bila terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar. Karena adanya perlukaan kulit.

- c. *Fracture* dengan komplikasi, misal malunion delayed union, non union, infeksi tulang.
3. Klasifikasi radiologis
- a. Lokalisasi yaitu: diafisal, metafisial, intra-artikular, fracture dengan dislokasi.
 - b. Menurut ekstensi yaitu F. Total, F. tidak total, F. buckle atau torus.
 - c. Menurut hubungan antara fragmen dengan fragmen lainnya : tidak bergeser, bergeser (angulasi, rotasi, distraksi, over riding, impaksi).

2.2.4 Klasifikasi

Menurut Sulistyarningsih (2016), berdasarkan ada tidaknya hubungan antar tulang dibagi menjadi :

1. *Fracture* Terbuka

Adalah patah tulang yang menembus kulit dan memungkinkan adanya hubungan dengan dunia luar serta menjadikan adanya kemungkinan untuk masuknya kuman atau bakteri ke dalam luka. Berdasarkan tingkat keparahannya.

Fracture terbuka dikelompokkan menjadi 3 kelompok besar menurut klasifikasi (Gustillo dan Anderson, 2015) yaitu:

a. Derajat I

Kulit terbuka <1 cm biasanya dari dalam ke luar, memar otot yang ringan disebabkan oleh energy rendah atau fraktur

dengan luka terbuka menyerong pendek.

b. Derajat II

Kulit terbuka <1 cm tanpa kerusakan jaringan lunak yang luas, komponen penghancuran minimal sampai sedang, fraktur dengan luka terbuka melintang sederhana dengan pemecahan minimal.

c. Derajat III

Kerusakan jaringan lunak yang lebih luas termasuk otot, kulit, dan struktur neurovaskuler, cedera yang disebabkan oleh energi tinggi dengan kehancuran komponen tulang yang parah.

- 1) Derajat IIIA Laserasi jaringan lunak yang luas, cakupan tulang yang memadai, fraktur segmental, pengupasan periosteal minimal,
- 2) Derajat IIIB Cedera jaringan lunak yang luas dengan pengelupasan periosteal dan paparan tulang yang membutuhkan penutupan jaringan lunak, biasanya berhubungan dengan kontaminasi massif
- 3) Derajat IIIC Cedera vaskular yang membutuhkan perbaikan (Kenneth et al., 2015).

2. *Fracture* Tertutup

Adalah patah tulang yang tidak mengakibatkan robeknya kulit sehingga tidak ada kontak dengan dunia luar. *Fracture* tertutup diklasifikasikan berdasarkan tingkat kerusakan jaringan

lunak dan mekanisme cedera tidak langsung dan cedera langsung antara lain:

a. Derajat 0

Cidera akibat kekuatan yang tidak langsung dengan kerusakan jaringan lunak yang tidak begitu berarti.

b. Derajat 1

Fracture tertutup yang disebabkan oleh mekanisme energi rendah sampai sedang dengan abrasi superfisial atau memar pada jaringan lunak di permukaan situs *fracture*.

c. Derajat 2

Fracture tertutup dengan memar yang signifikan pada otot, yang mungkin dalam, kulit lecet terkontaminasi yang berkaitan dengan mekanisme energi sedang hingga berat dan cedera tulang, sangat beresiko terkena sindrom kompartemen.

d. Derajat 3

Kerusakan jaringan lunak yang luas atau avulsi subkutan dan gangguan arteri atau terbentuk sindrom kompartemen (Kenneth, 2015).

Menurut Purwanto (2016) berdasarkan garis frakturnya dibagi menjadi :

1. *Fracture* Komplet

Yaitu fraktur dimana terjadi patahan diseluruh penampang tulang biasa disertai dengan perpindahan posisi tulang.

2. *Fracture* Inkomplet

Yaitu fraktur yang terjadi hanya pada sebagian dari garis tengah tulang

3. *Fracture* Transversal

Yaitu fraktur yang terjadi sepanjang garis lurus tengah tulang.

4. *Fracture* Oblig

Yaitu fraktur yang membentuk garis sudut dengan garis tengah tulang.

5. *Fracture* Spiral

Yaitu garis fraktur yang memuntir seputar batang tulang sehingga menciptakan pola spiral.

6. *Fracture* Kompresi

Terjadi adanya tekanan tulang pada satu sisi bisa disebabkan tekanan, gaya aksial langsung diterapkan diatas sisi fraktur.

7. *Fracture* Kominutif

Yaitu apabila terdapat beberapa patahan tulang sampai menghancurkan tulang menjadi tiga atau lebih bagian.

8. *Fracture* Impaksi

Yaitu *fracture* dengan salah satu irisan ke ujung atau ke fragmen retak.

2.2.5 Pathofisiologi

Patofisiologi *Fracture* menurut (Black, Joyce, & Hawks, 2014) *fracture* biasanya disebabkan karena cedera/trauma/ruda paksa dimana penyebab utamanya adalah trauma langsung yang mengenai tulang seperti kecelakaan mobil, olah raga, jatuh/latihan berat. Keparahan dari *fracture* bergantung pada gaya yang menyebabkan *fracture*. Jika ambang fraktur suatu tulang hanya sedikit terlewati, maka tulang mungkin hanya retak saja bukan patah. Selain itu *fracture* juga bisa akibat stress fatigue (kecelakaan akibat tekanan berulang) dan proses penyakit patologis. Perubahan fragmen tulang yang menyebabkan kerusakan pada jaringan dan pembuluh darah mengakibatkan pendarahan yang biasanya terjadi disekitar tempat patah dan kedalam jaringan lunak disekitar tulang tersebut, maka dapat terjadi penurunan volume darah maka terjadilah perubahan perfusi jaringan.

Selain itu perubahan perfusi perifer dapat terjadi akibat dari edema di sekitar tempat patahan sehingga pembuluh darah di sekitar mengalami penekanan dan berdampak pada penurunan perfusi jaringan ke perifer.

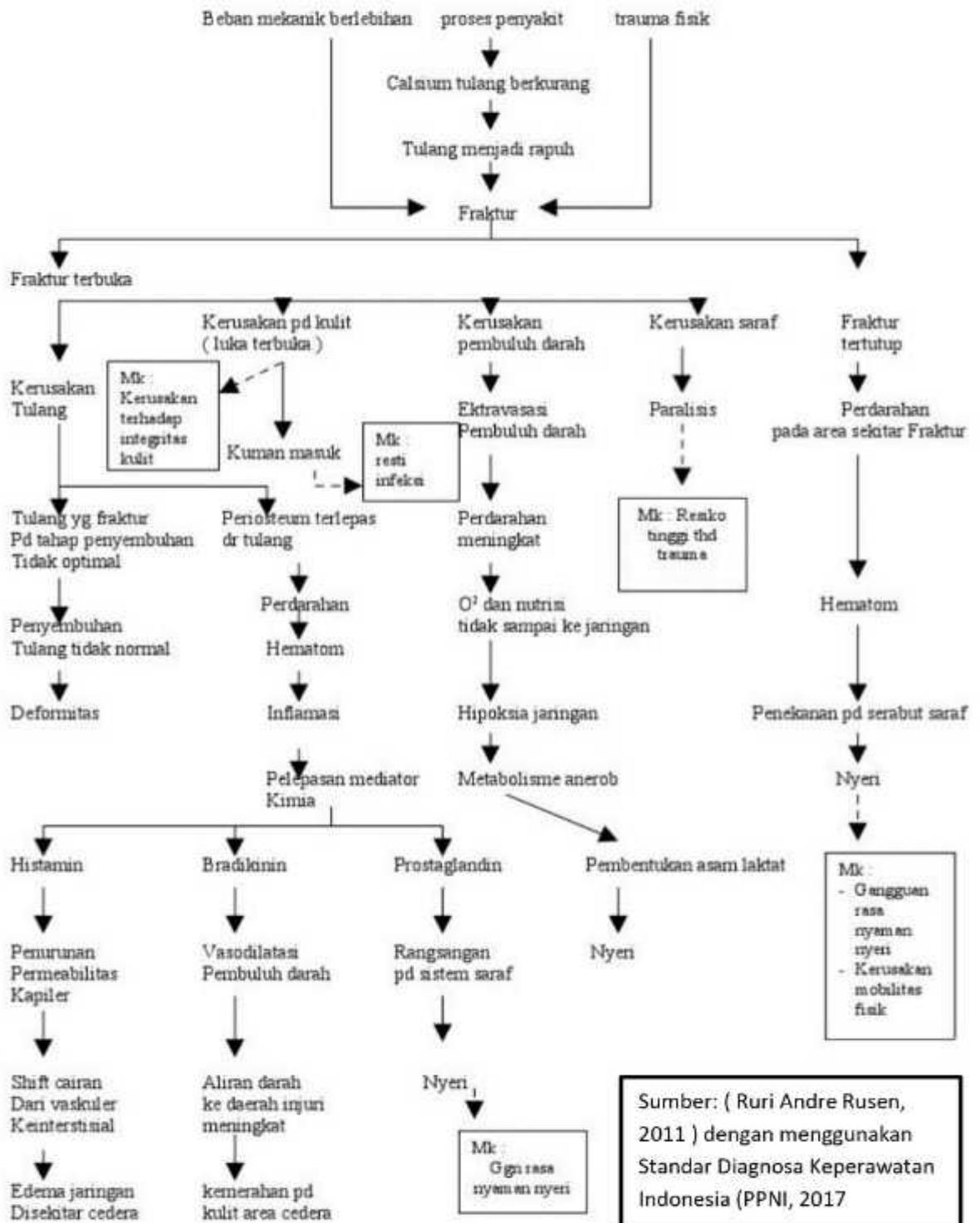
Akibat terjadinya hematoma maka pembuluh darah vena akan mengalami pelebaran sehingga terjadi penumpukan cairan dan kehilangan leukosit yang berakibat terjadinya perpindahan, menimbulkan inflamasi atau peradangan yang menyebabkan pembengkakan di daerah *fracture* yang menyebabkan terhambatnya dan

berkurangnya aliran darah ke daerah distal yang berisiko mengalami disfungsi neuromuskuler perifer yang ditandai dengan warna jaringan pucat, nadi lemah, sianosis, kesemutan di daerah distal. Nyeri pada *fracture* juga dapat diakibatkan oleh *fracture* terbuka atau tertutup yang mengenai serabut saraf sehingga menimbulkan gangguan rasa nyaman nyeri.

Selain itu dapat mengenai tulang dan dapat terjadi neurovaskuler yang menimbulkan nyeri gerak sehingga mobilitas fisik terganggu. Kerusakan pembuluh darah kecil atau besar pada waktu terjadinya *fracture* mengakibatkan terjadinya perdarahan hebat yang menyebabkan tekanan darah menjadi turun, begitu pula dengan suplay darah ke otak sehingga kesadaran pun menurun yang berakibat syok hipovolemik. Ketika terjadi *fracture* terbuka yang mengenai jaringan lunak sehingga terdapat luka dan kuman akan mudah masuk sehingga kemungkinan dapat terjadi infeksi dengan terkontaminasinya dengan udara luar dan lama kelamaan akan berakibat delayed union dan mal union sedangkan yang tidak terinfeksi mengakibatkan non union. Selain itu, akibat dari kerusakan jaringan lunak akan menyebabkan terjadinya kerusakan integritas kulit. Sewaktu tulang patah, perdarahan biasanya terjadi di sekitar tempat patah dan kedalam jaringan lunak sekitar tulang tersebut. Jaringan lunak juga biasanya mengalami kerusakan. Reaksi peradangan biasanya timbul hebat setelah *fracture*. Sel-sel darah putih dan sel mast berakumulasi sehingga menyebabkan peningkatan aliran darah ke

tempat tersebut. Fagositosis dan pembersihan sisa-sisa sel mati dimulai. Di tempat patahan terbentuk fibrin (*hematoma fracture*) yang berfungsi sebagai jala-jala untuk melakukan aktivitas osteoblast terangsang dan terbentuk tulang baru imatur yang disebut callus. Bekuan fibrin direabsorpsi dan sel-sel tulang baru mengalami remodeling untuk membentuk tulang sejati (Andra & Yessie, 2013).

2.2.6 Pathway



Bagan 2.1 Pathway fraktur

2.2.7 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis fraktur menurut Brunner & Suddarth (2013) adalah nyeri, hilangnya fungsi deformitas, pemendekan ekstremitas, krepitus, edema lokal, serta perubahan warna. Namun, tidak semua gejala ini ada pada setiap fraktur dan kebanyakan justru tidak terdapat pada fraktur linear (fisur) atau fraktur impaksi (permukaan patahan saling terdesak satu sama lain).

Berikut adalah gejala fraktur yaitu :

1. Nyeri terus menerus dan bertambah berat sampai fragmen tulang dimobilisasi. Spasme otot yang menyertai fraktur merupakan bentuk bidai alamiah yang dirancang untuk meminimalkan gerakan antar fragmen tulang.
2. Bagian-bagian tidak dapat digunakan dan cenderung bergerak secara alamiah (gerakan luar biasa) setelah terjadinya fraktur. Pergeseran fragmen pada fraktur lengan dan tungkai menyebabkan deformitas (terlihat maupun teraba) ekstremitas yang bisa diketahui dengan membandingkan dengan ekstremitas normal. Ekstremitas tidak dapat berfungsi dengan baik karena fungsi normal otot tergantung pada integritasnya tulang tempat melekatnya otot.
3. ada fraktur panjang, terjadi pemendekan tulang yang sebenarnya karena kontraksi otot yang melekat diatas dan bawah tempat fraktur. Fragmen sering saling melengkapi satu sama lainnya sampai 2,5 – 5cm (1- 2 inci).

4. Saat ekstremitas diperiksa dengan tangan, teraba adanya derik tulang yang dinamakan krepitus yang teraba karena adanya gesekan antar fragmen satu dengan yang lainnya kerusakan jaringan lunak yang lebih berat.
5. Edema dan perubahan warna lokal pada kulit terjadi akibat trauma dan perdarahan yang menyertai fraktur. Edema dan perubahan warna biasanya terjadi setelah beberapa jam atau hari setelah cedera terjadi.

Menurut Nursing Care Related to the Musculoskeletal system (2013), beberapa tanda dan gejala yang terkait dengan fraktur adalah:

- a) Nyeri,
- b) Deformitas (terlihat atau teraba),
- c) Gerakan salah; mobilitas abnormal di situs fraktur,
- d) Perubahan warna,
- e) Edema,
- f) Krepitus,
- g) Hilangnya fungsi,
- h) Memperpendek ekstremitas

2.2.8 Pemeriksaan Fisik Fokus

Kaji kronologi dari mekanisme trauma pada paha. Sering didapattkankeluhan nyeri pada luka terbuka.

1. *Look*

Pada fraktur terbuka terlihat adanya luka terbuka dengan deformitas yang jelas. Kaji seberapa luas kerusakan jaringan lunak yang terlibat. Kaji apakah pada luka terbuka pada ada fragmen tulang yang keluar dan apakah terdapatnya kerusakan pada jaringan beresiko meningkat pada respon syok hipovolemik. Pada fase awal trauma kecelakaan lalu lintas darat yang mengantarkan pada resiko tinggi infeksi.

Pada fraktur tertutup sering ditemukan kehilangan fungsi deformitas, pemendekan ekstremitas atas karena kontraksi otot, krepitasi, pembengkakan, dan perubahan warna lokal pada kulit terjadi akibat ada trauma dan pendarahan yang mengikuti fraktur. Tanda ini dapat terjadi setelah beberapa jam atau beberapa setelah cedera.

2. *Feel*

Adanya keluhan nyeri tekan dan krepitasi.

3. *Move*

Daerah tungkai yang patah tidak boleh di gerakkan, karena akan memberi respon trauma pada jaringan lunak di sekitar ujung fragmen tulang yang patah (Muttaqin, 2015).

2.2.9 Pemeriksaan Penunjang

Adapun beberapa pemeriksaan penunjang yang dilakukan untuk menegakkan diagnosa fraktur adalah sebagai berikut:

1. Pemeriksaan rontgen menentukan lokasi/luasnya fraktur/trauma
2. Scan tulang, scan CT/MRI: Memperlihatkan fraktur juga dapat digunakan untuk mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak.
3. Arteriogram : Dilakukan bila kerusakan vaskuler di curigai
4. Hitung darah lengkap HT mungkin meningkat (hemokonsentrasi) atau menurun (pendarahan bermakna pada sisi fraktur) perdarahan bermakna pada sisi fraktur atau organ jauh pada multipel.
5. Kreatinin Trauma otot meningkatkan beban kreatinin untuk klirens ginjal
6. Profil kagulasi Penurunan dapat terjadi pada kehilangan darah, transfuse multiple, atau cedera hati (Doenges dalam Jitowiyono, 2016)

2.2.10 Penatalaksanaan

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

1. Reduksi fracture berarti mengembalikan fragmen tulang pada kesejajarannya dan rotasi anatomis.Reduksi tertutup, mengembalikan fragmen tulang ke posisinya (ujung-ujungnya saling berhubungan) dengan manipulasi dan traksi manual. Alat yang digunakan biasanya traksi, bidai dan alat yang lainnya. Reduksi terbuka,dengan pendekatan bedah.Alat fiksasi internal dalam bentuk pin, kawat, sekrup, plat, paku.
2. 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.

2.2.11 Komplikasi

Menurut Sulistyaningsih (2016) komplikasi fraktur yaitu:

1. Nyeri merupakan keluhan yang paling sering terjadi setelah bedah, nyeri yang sangat hebat akan dirasakan pada beberapa hari pertama.
2. Gangguan mobilitas pada pasien pasca bedah juga akan terjadi akibat proses pembedahan.
3. Kelelahan sering kali terjadi yaitu kelelahan sebagai suatu sensasi. Gejala nyeri otot, nyeri sendi, nyeri kepala, dan kelemahan dapat terjadi akibat kelelahan sistem muskuloskeletal.
4. Perubahan ukuran, bentuk dan fungsi tubuh yang dapat mengubah sistem tubuh, keterbatasan gerak, kegiatan dan penampilan juga sering kali dirasakan.

2.2.12 Tanda dan Gejala *fracture*

Manifestasi klinis fraktur menurut (Smelzter & Bare,2012) dalam (Suriya & Zurianti, 2019) yaitu:

1. Nyeri terus-menerus dan bertambah beratnya sampai fragmen tulang diimobilisasi. Spasme otot yang menyertai fraktur merupakan bentuk bidai almah yang di rancang untuk meminimalkan gerakan antar fragmen tulang.

2. Setelah terjadi fraktur, bagian-bagian tidak dapat di gunakan dan cenderung bergerak secara alamiah (gerak luar biasa) bukannya tetap rigid seperti normalnya. Pergeseran fragmen tulang pada fraktur lengan dan tungkai menyebabkan deformitas (terlihat maupun teraba) ekstermitas yang bisa diketahui dengan membandingkan ekstermitas yang normal. Ekstermitas tak dapat berfungsi dengan baik karena fungsi normal otot bergantung pada integritas tulang tempat melekatnya otot.
3. Pada fraktur panjang terjadi pemendekan tulang yang sebenarnya karena kontraksi otot yang melekat diatas dan dibawah tempat fraktur.
4. Saat ekstermitas diperiksa dengan tangan teraba adanya derik tulang dinamakan krepitus yang teraba akibat gesekan antara fragmen satu dengan lainnya.
5. Pembengkakan dan perubahan warna lokal terjadi sebagai akibat trauma dari pendarahan yang mengikuti fraktur. Tanda ini baru bisa terjadi setelah beberapa jam atau hari setelah cedera.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Klien *Fracture*

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Di sinisemua 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) :

1. Identitas klien berupa: nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, status perkawinan, suku bangsa, tanggal masuk, nomor registrasi dan diagnosa keperawatan.
2. Keluhan utama, pada umumnya keluhan pada fracture adalah rasa nyeri.
3. Riwayat penyakit sekarang, berupa kronologi kejadian terjadinya penyakit sehingga bisa terjadi penyakit seperti sekarang.
4. Riwayat penyakit dahulu, ditemukan kemungkinan penyebab fracture dan petunjuk berapa lama tulang tersebut akan menyambung.
5. Riwayat penyakit keluarga merupakan salah satu factor Predisposisi terjadinya fracture.
6. Riwayat psikososial merupakan respon emosi klien terhadap penyakit yang di derita dan peran klien dalam keluarga dan masyarakat yang mempengaruhi dalam kehidupan sehari-hari.
7. Pola-pola fungsi Kesehatan
 - a) 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.

b) 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.

c) 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).

d) Pola tidur dan istirahat

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

e) Pola aktifitas

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

f) Pola hubungan dan peran

Klien akan kehilangan peran dalam keluarga dan masyarakat karena menjalani perawatan di rumah sakit.

g) 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.

h) Pola sensori dan kognitif

Berkurangnya daya raba terutama pada bagian distal *fracture*

i) Pola reproduksi seksual

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

j) Pola penanggulangan stress

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

k) Pola tata nilai dan keyakinan

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

2.2.2 Pemeriksaan Fisik

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

1. Gambaran umum Pemeriksa perlu memperhatikan pemeriksaan secara umum meliputi hal-hal sebagai berikut
 - a. Keadaan umum yaitu baik atau buruknya yang dicatat adalah tanda-tanda seperti berikut ini :

- 1) Kesadaran klien yaitu apatis, sopor, koma, gelisah dan Komposmentis
 - 2) Kesakitan, keadaan penyakit yaitu akut, kronik, ringan, sedang, berat, dan pada kasus fracture biasanya akut.
- b. Tanda- tanda vital tidak normal karena ada gangguan baik fungsi maupun bentuk.
 - c. Pemeriksaan dari kepala ke ujung jari kaki atau tangan harus diperhitungkan keadaan proksimal serta bagian distal terutama mengenai status neurovaskuler.
2. Keadaan local

a. 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).

b. 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).

c. Move

Yaitu gerakan abnormal ketika menggerakkan bagan yang cedera dan kemampuan Range Of Motion (ROM) mengalami gangguan.

2.2.3 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 diagnose keperawatan yang mungkin muncul pada klien fracture menurut Nurarif, Amin Huda & Kusuma, (2016) dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia dalam (PPNI, 2017)

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

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

1. Nyeri Akut (D.0077)

a. 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.

b. Penyebab

Agen pencedera fisik (misalnya, prosedur operasi).

c. Batasan Karakteristik

1) Data Mayor

Data mayor yang dapat menunjang munculnya diagnosa nyeri akut antara lain

a) Klien mengeluh nyeri

b) Tampak meringis

c) Bersikap protektif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri)

d) Gelisah

e) Frekuensi nadi meningkat

f) Sulit tidur

2) Data Minor

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

- a) Tekanan darah meningkat
- b) Pola napas berubah
- c) Nafsu makan berubah
- d) Proses berpikir terganggu
- e) Menarik diri
- f) Berfokus pada diri sendiri

d Kondisi Klinis Terkait

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

2. Defisit Perawatan Diri (D.0109)

a. Definisi

Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri

b. Penyebab

Gangguan musculoskeletal

c. Batasan Karakteristik

1) Data Mayor

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

- a) Menolak melakukan perawatan diri
- b) Tidak mampu mandi dan mengenakan pakaian
- c) Minat melakukan perawatan diri kurang

2) Data Minor

Data minor yang dapat menunjang munculnya diagnosa deficit perawatan diri.

d. Kondisi Klinis Terkait

- 1) Strok
- 2) Cedera medulla spinalis
- 3) Depresi
- 4) Arthritis rheumatoid
- 5) Retardasi mental
- 6) Delirium
- 7) Demensia
- 8) Gangguan amnestic
- 9) Skizofrenia dan gangguan psikotik lain
- 10) Fungsi penilaian terganggu

3. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

a. Definisi

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

b. Penyebab

Nyeri.

c. Batasan Karakteristik

1) Data Mayor

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

- a) Klien mengeluh sulit menggerakkan ekstrimitas
- b) Kekuatan otot menurun
- c) Range of motion (ROM) menurun

2) Data Minor

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

- a) Nyeri saat bergerak
- b) Enggan melakukan pergerakan
- c) Merasa cemas saat bergerak
- d) Sendi kaku
- e) Gerakan tidak terkoordinasi
- f) Gerakan terbatas
- g) Fisik lemah

d. Kondisi Klinis Terkait

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

4. Gangguan Integritas Kulit/Jaringan (D.0129)

a. Definisi

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

b. Penyebab

Faktor Mekanis.

c. Batasan Karakteristik

1) Data Mayor

Data mayor yang dapat menunjang munculnya diagnosa Gangguan Integritas Kulit/Jaringan antara lain :

- a) Kerusakan jaringan dan lapisan kulit

2) Data Minor

Data minor yang dapat menunjang munculnya diagnosa Gangguan Integritas Kulit/Jaringan antara lain :

- a) Nyeri
 - b) Perdarahan
 - c) Kemerahan
 - d) Hematoma
- d. Kondisi Klinis Terkait
- 1) Imobilisasi
 - 2) Gagal jantung kongestif
 - 3) Gagal ginjal
 - 4) Diabetes mellitus
 - 5) Imunodefisiensi
5. Risiko Cedera (D.0136)

a. Definisi

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

b. Faktor Risiko

Ketidakamanan transportasi.

c. Kondisi Klinis Terkait

- 1) Kejang
- 2) Sinkop
- 3) Vertigo
- 4) Gangguan penglihatan
- 5) Gangguan pendengaran

- 6) Penyakit Parkinson Hipotensi
 - 7) Kelainan nervus vestibularis
 - 8) Retardasi mental
6. Risiko Infeksi (D.0142)
- a. Definisi

Beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.
 - b. Faktor Risiko

Efek prosedur invasive.
 - c. Kondisi Klinis Terkait
 - 1) AIDS
 - 2) Luka bakar
 - 3) Penyakit paru obstruktif kronis
 - 4) Diabetes mellitus
 - 5) Tindakan invasive
 - 6) Kondisi penggunaan terapi steroid
 - 7) Penyalahgunaan obat
 - 8) Kanker
 - 9) Gagal ginjal
 - 10)Imunosupresi
 - 11)Lymphedema
 - 12) Gangguan fungsi hati

2.2.4 Intervensi

Intervensi yang dapat dilaksanakan oleh perawat berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). (PPNI, 2018) :

1. Nyeri Akut (D.0077)

Tabel 2.1 Intervensi *Fracture* Nyeri Akut

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

2. Defisit Perawatan Diri (D.0109)

Tabel 2.2 Intervensi *Fracture* Defisit Perawatan Diri

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

3. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

Tabel 2.3 Intervensi *Fracture* Gangguan Mobilitas Fisik

Tujuan	Intervensi
<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama diharapkan gangguan mobilitas fisik dapat teratasi, dengan kriteria hasil (L.05042):</p> <p>a. Pergerakan ekstremitas meningkat</p> <p>b. Kekuatan otot meningkat</p> <p>c. Rentang gerak (ROM) meningkat</p> <p>d. Nyeri menurun</p> <p>e. Kecemasan menurun</p> <p>f. Kaku sendi menurun</p> <p>g. Gerakan terbatas menurunKelemahan fisik menurun</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keuhan fisik lainnya (L.06171) 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulansi 3. Fasilitasi aktivitas ambulansi dengan alat bantu (misalnya, tongkat, kruk) 4. Fasilitasi klien melakukan mobilisasi 5. Libatkan keluarga untuk membantu 6. klien dalam meningkatkan ambulansi 7. Jelaskan tujuan da prosedur ambulansi 8. Ajurkan melakukan ambulansi dini 9. Ajarkan ambulansi sederhana yang harus dilakukan (misalnya, berjalan dari tempat tidur ke kursi roda)

4. Gangguan Integritas Kulit/Jaringan (D.0129)

Tabel 2.4 Intervensi *Fracture* Gangguan Integritas Kulit/Jaringan

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

5. Risiko Infeksi (D.0142)

Tabel 2.5 Intervensi *Fracture* Risiko Infeksi

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

6. Resiko cedera (D.0142)

Tabel 2.6 Intervensi *Fracture* Risiko Cedera

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

2.2.5 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 :

1. Tindakan observasi

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

2. Tindakan terapeutik

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

3. Tindakan edukasi

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

4. Tindakan kolaborasi

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

2.2.6 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):

1. 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

- a. S (subjektif) yaitu Data subjektif dari hasil keluhan klien, kecuali pada klien yang afasia.
- b. O (objektif) yaitu Data objektif dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat.
- c. A (analisis) yaitu Masalah dan diagnosis keperawatan klien yang dianalisis atau dikaji dari data subjektif dan data objektif.
- d. P (perencanaan) yaitu Perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan klien.

2. 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 :

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

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

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Pendekatan (Desain Penelitian)

Penelitian ini menggunakan metode deskriptif kualitatif. Penelitian kualitatif adalah jenis penelitian yang 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 *fracture* di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. Pendekatan yang digunakan merupakan pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi: pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

3.2 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 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 karakterstik 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.

3.3 Definisi Operasional

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

Asuhan keperawatan klien dengan fracture merupakan suatu proses

tindakan keperawatan dilakukan oleh seorang perawat yang diberikan secara langsung kepada klien dengan pre dan post operatif fracture, baik pada fracture tertutup, fracture terbuka, ektermitas atas, maupun ektermitas bawah dalam tatanan pelayanan kesehatan meliputi pengkajian, menegakkan diagnosa keperawatan, menyusun intervensi, melaksanakan intervensi dan mengevaluasi asuhan keperawatan pada fracture berdasarkan SDKI, SLKI, dan SIKI.

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian pada study kasus ini dilakukan di ruang perawatan RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. Waktu penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 06 Maret tahun 2023.

3.5 Prosedur Penelitian

Prosedur penelitian ini dilakukan melalui tahap sebagai berikut:

1. Peneliti melakukan penyusunan proposal penelitian dengan menggunakan metode study kasus.
2. Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur mengirim surat ke rumah sakit dr. Kanujoso Djatiwibowo untuk mengambil data dan kasus.
3. Peneliti melakukan ujian proposal, setelah proposal disetujui oleh penguji maka penelitian akan dilanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data.
4. Peneliti melapor kepada Kepala Ruangan dan CI (Clinical Instructure).
5. Bersama Kepala ruangan, CI serta penguji, mahasiswa menentukan klien study kasus sesuai dengan kriteria inklusi untuk dilakukan Asuhan Keperawatan

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

3.6 Metode Dan Instrumen Pengumpulan Data

1. Teknik Pengumpulan Data

Pada sub ini dijelaskan terkait metode yang dilakukan dalam peneliti ini, yaitu :

a. Wawancara

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

b. Wawancara

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

c. Observasi dan pemeriksaan fisik

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

d. Studi dokumentasi

Studi dokumentasi merupakan suatu teknik pengumpulan data yang digunakan dengan cara mempelajari dokumen yang ada untuk melihat data atau informasi yang berhubungan dengan kasus yang saat ini diteliti. Dalam penelitian ini studi dokumentasi dilihat dari hasil pemeriksaan diagnosis dan data lain seperti pemeriksaan radiologi dan pemeriksaan laboratorium.

2. Instrument Pengumpulan Data

Alat yang digunakan dalam pengumpulan data saat penelitian ini adalah dengan menggunakan format asuhan keperawatan medical bedah sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur.

3.7 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 diberika 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 RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan pada tahun 2023. Adapun hasil dan pembahasannya diuraikan sebagai berikut :

4.1 Hasil

4.1.1 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: intalasi rawat jalan, instalasi farmasi, ruang rawat inap, fisioterapi, dan UGD 24 jam. Flamboyan B meliputi kasus keperawatan medikal bedah post op fracture femur dan post op fracture tibia fibula.

4.1.2 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. Ba	Tn. Su
Jenis Kelamin	Laki-laki	Laki-laki
Umur	65 tahun	50 tahun
Status Perkawinan	Menikah	Menikah
Pekerjaan	Swasta	Swasta
Agama	Islam	Islam
Pendidikan Terakhir	SMA	SMA
Alamat	Jl Samboja	PT Her 1
Diagnosa Medis	Post op close fraktur femur	Post op close fraktur tibia fibula
Nomor Register	00766xxx	00863xxx
MRS/ Tgl Pengkajian	MRS: 09 Maret 2023 Tgl pengkajian: 09 Maret 2023	MRS: 09 Maret 2023 Tgl pengkajian: 09 Maret 2023
Keluhan Utama	Klien mengatakan nyeri pada paha kiri	Klien mengatakan nyeri pada kaki kiri
Riwayat penyakit sekarang	Tn. Ba berusia 68 tahun dengan keluhan nyeri dibagian paha kiri. Klien dibawa kerumah sakit terdakan pada jam 16.00 dilakukan tindakan keperawatan rontgen ditemukan fraktur dibagian paha kiri dan dbalut elastis kondisi pasien betres. Dirujuk ke IRD RSKD tiba pukul	Tn. Su berusia 50 tahun dengan keluhan nyeri pada kaki kiri. Pasien dibawa ke IGD RSKD puku 15.30. dilakukan tindakan keperawatan observasi ttv 119/77 N: 100 S: 38.0 RR: 20 dan melakukan rontgen didapatkan fraktur bagian kaki kiri. Pasien mengatakan ditabrak mobil sekitar pukul 15.20 setelah

	<p>17.05 pasien mengatakan terjatuh pada motor saat menghindari jalan yang berlubang, jatuh sekitar jam 15.40 dan di observasi ttv TD: 130/77 N: 70 S: 37,0 RR: 20. Kemudian dipindahkan keruang perawatan flamboyant B dan melakukan jadwal operasi besok pada tanggal 10 Maret 2023.</p> <p>P: klien mengatakan nyeri pada paha kiri jika digerakkan</p> <p>Q: klien mengatakan seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R: klien mengatakan nyeri pada paha kiri yang di operasi</p> <p>S: klien mengatakan skala nyeri 5</p> <p>T: nyeri terasa sakit jika digerakkan</p>	<p>dilakukan tindakan pasien dipindahkan keruang perawatan flamboyant B untuk melakukan operasi besok pada tanggal 10 Maret 2023.</p> <p>P: Klien Mengatakan yeri pada kaki kiri jika digerakkan</p> <p>Q: klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-usuk</p> <p>R: klien mengatakan nyeri pada kaki kiri yang di operasi</p> <p>S: klien mengatakan skal nyeri 5</p> <p>T: hilang timbul</p>
Riwayat penyakit dahulu	<p>Klien mengatakan belum pernah dirawat di rumah sakit sebelumnya, tidak ada sakit sebelumnya, tidak da riwayat penyaakit kronik dan menular, tidak ada riwayat operasi sebelumnya.</p>	<p>Klien mengatakan belum pernah dirawat di rumah sakit sebelumnya, tidak ada sakit sebelumnya, tidak da riwayat penyaakit kronik dan menular, tidak ada riwayat operasi sebelumnya.</p>
Riwayat penyakit keluarga	<p>Klien mengatakan keluarga tidak ada yang memiliki riwayat penyakit</p>	<p>Klien mengatakan istri ya memiliki riwayat penyakit DM</p>

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. Ekspetasi klien terhadap penyakit 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 paha kirinya tidak jadi masalah meskipun harus menggunakan tongkat saat berjalan dari perilaku klien hanya harus mengikuti anjuran dari dokter dan perawat dank lien 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. Ekspetasi klien terhadap penyakit 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 paha kirinya tidak jadi masalah meskipun harus menggunakan tongkat saat berjalan dari perilaku klien hanya harus mengikuti anjuran dari dokter dan perawat dank lien ingin cepat sembuh.</p>
Spiritual	<p>Kebiasaan bribadah</p> <p>a. Sebehum sakit klien sering melakukan bribadah</p> <p>b. Setelah sakit klien bribadah hanya kadang-kadang</p>	<p>Kebiasaan bribadah</p> <p>a. Sebehum sakit klien sering melakukan bribadah</p> <p>b. Setelah sakit klien bribadah hanya kadang-kadang</p>

(Sumber : Data Primer)

Berdasarkan tabel 4.1 ditemukan data dari identitas klien. Pada klien 1 bernama Tn. Ba berusia 65 tahun, berjenis kelamin Laki-laki, masuk rumah sakit tanggal 09 Maret 2023 jam 17.05 dan dilakukan pengkajian pada tanggal 09 Maret 2023 dengan diagnosa medis *post op close fracture femure*. Sedangkan pada klien 2 bernama Tn. Su berusia 50 tahun, berjenis Laki-laki, masuk rumah sakit tanggal 09 Maret 2023 jam 15.30 dan dilakukan pengkajian pada tanggal 09 Maret 2023 dengan diagnosa medis *post op fracture tibia fibula*.

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 09 Maret 2023 mengalami kecelakaan tunggal dan jatuh dari motor akibat menghindari jalanan berlubang, paha kiri terasa nyeri kemudian klien dibawa ke rumah sakit terdekat kemudian dilakukan tindakan keperawatan dan rontgen lalu dirujuk ke RSKD IGD kemudian pindah keruang perawatan klien mulai puasa pukul 19.30, klien mulai operasi pukul 09.00 dan selesai operasi pukul 10.15 P: klien mengatakan nyeri pada paha kiri jika digerakkan Q: klien mengatakan seperti ditusuk-tusuk R: klien mengatakan nyeri pada paha kiri yang di operasi S: klien mengatakan skala nyeri 5 dan T: nyeri terasa sakit jika digerakkan

Sedangkan data klien 2 klien mengatakan mengalami kecelakaan di tabrak mobil dari belakang, klien dibawa ke IGD RSKD

pada tanggal 09 Maret 2023 klien mulai puasa pukul 18.00, klien mulai operasi puku 08.00 dan selesai operasi pukul 09.00 P: Klien Mengatakan yeri pada kaki kiri jika digerakkan Q: klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-usuk R: kien mengatakan nyeri pada kaki kiri yang di operasi S: klien mengatakan skal nyeri 5 dan T: hilang timbul. Data dari pengkajian data psikososial pada klien 1 dan klien 2, eksprsi ke dua klien pada penyakitnya yaitu tiak tampak tegang dan gelisah.

Tabel 4.2
Hasil Observasi Dan Pemeriksaan Fisik Pada Klien 1 Dan Klien 2 Di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Pemeriksaan Fisik	Klien 1	Klien 2
1. Keadaan umum	Sedang Terpasang infus di tangan kanan dan terpasang elastis verban di paha kiri	Sedang Terpasang infus di tangan kiri dan terpasang elastis verban di kaki kiri
2. Kesadaran	Tingkat kesadaran compos mentis (GCS) E4M6V5	Tingkat kesadaran compos mentis (GCS) E4M6V5
3. Tanda-tanda vital	TD: 170/73 mmHg N: 70 x/menit S: 36,5 x/menit RR: 20 x/menit	TD: 116/64 mmHg N: 85 x/menit S: 36,5 x/menit RR: 20 x/menit
4. Kenyamanan/nyeri	P: klien mengatakan nyeri pada paha kiri jika digerakkan Q: klien mengatakan seperti ditusuk-tusuk R: kien mengakatan nyeri pada paha kiri yang di operasi S: klien mengatakan skala nyeri 5 T: nyeri terasa sakit jika digerakkan	P: Klien Mengatakan yeri pada kaki kiri jika digerakkan Q: klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-usuk R: kien mengatakan nyeri pada kaki kiri yang di operasi S: klien mengatakan skal nyeri 5 T: hilang timbul
5. Status fungsional/aktifitas dan mobilitasi barthel indeks	Klien mengatakan susah untuk melakukan miring kanan dan miring kiri, klien bisa duduk dengan bantuan. Mengendalikan rangsang defekasi (BAB) : 2 (mandiri) Mengendalikan rangsang berkemih (BAK): 2 (mandiri) Membersihkan diri (cuci muka, sisir rambut, sikat gigi): 0 (butuh	Klien mengatakan susah untuk melakukan miring kanan dan miring kiri klien bisa duduk dengan bantuan. berjalan menggunakan tongkat kruk. Mengendalikan rangsang defekasi (BAB) : 2 (mandiri) Mengendalikan rangsang berkemih (BAK): 2 (mandiri) Membersihkan diri

	<p>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 (tergantungan orang lain) Total Skor: 11 (Ketergantungan sedang).</p>	<p>(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 (tergantungan 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	<p>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.</p>	<p>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.</p>
d. Rongga Mulut	<p>Tidak ada sianosis, tidak ada luka, gigi lengkap, warna lidah merah muda, mukosa bibir lembab, letak uvula simetris ditengah.</p>	<p>Tidak ada sianosis, tidak ada luka, gigi lengkap, warna lidah merah muda, mukosa bibir lembab, letak uvula simetris ditengah.</p>
e. Telinga	<p>Daun telinga simetris kanan dan kiri, ukuran sedang, kanalis telinga tidak kotor dan tidak ada benda asing.</p>	<p>Daun telinga simetris kanan dan kiri, ukuran sedang, kanalis telinga tidak kotor dan tidak ada benda asing.</p>

	ketajaman pendengaran baik klien dapat mendengar suara gesekan jari.	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 lympe, denyut nadi karotis teraba kuat.	Posisi trakea simetris di tengah, tidak ada pembesaran pada kelenjar tiroid dan kelenjar lympe, denyut nadi karotis teraba kuat.
8. Pemeriksaan thorak : Sistem Pernafasan	Klien mengatakan tidak ada keluhan sesak nafas. Bentuk thorak simetris (normal chest), 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.	Klien mengatakan tidak ada keluhan sesak nafas. Bentuk thorak simetris (normal chest), 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.
9. Pemeriksaan jantung : Sistem Kardiovaskuler	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.	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.
10. Pemeriksaan Sistem Pencernaan dan Status Nutrisi	BB: 50 kg TB: 165 cm IMT: 19,5 kg/m ² Kategori: berat badan ideal Tidak ada penurunan berat badan dalam 6 bulan terakhir dan nafsu makan baik. - Saat di rumah klien memiliki kebiasaan makan dengan nasi, sayur, dan lauk	BB : 66Kg TB : 160 Cm IMT : 24,2 kg/m ² Kategori : kelebihan bobot Tidak ada penurunan berat badan dalam 6 bulan terakhir dan nafsu makan baik - Saat di rumah klien mengatakan untuk makan 3x sehari klien tidak memiliki riwayat alergi pada makanan

	<p>sejumlah 1 porsi sedang sekali makan dengan frekuensi 3 kali sehari pada pagi, siang, dan malam.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. Semenjak sakit, klien dapat makan sendiri kadang di bantu. 	<ul style="list-style-type: none"> - 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 klien dapat makan sendiri kadang dibantu
11. Abdomen	<ul style="list-style-type: none"> - Bentuk abdomen datar - tidak ada benjolan atau massa - tidak ada bayangan embuluh darah. - tidak ada nyeritekan, - tidak ada pembesaran pada hepar. Pada titik Mc. Burney 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 Mc. Burney 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. Pada pemeriksaan saraf kranial : - nervus I klien dapat membedakan bau – bauan. - pada nervus II klien dapat 	<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. Pada pemeriksaan saraf kranial : - nervus I klien dapat membedakan bau – bauan. - pada nervus II klien dapat

	<p>melihat dan membaca tanpa menggunakan kacamata.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 - 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 ke berbagai arah. 	<p>melihat dan membaca tanpa menggunakan kacamata.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 - 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 ke berbagai arah.
13. Sistem Perkemihan	<ul style="list-style-type: none"> - Kebersihan : Bersih. - tidak ada keluhan kencing. - tidak menggunakan alat bantu - produksi urine 1000 ml/hari, warna kuning dan bau khas. - Tidak ada nyeri tekan dan pembesaran pada kandung 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
14. Sistem muskuloskeletal dan Integumen	<ul style="list-style-type: none"> - Pergerakan sendi terbatas, otot simetris kanan dan kiri. - Kekuatan otot : Pada pemeriksaan tangan kanan, tangan kiri dan kaki kanan didapatkan kekuatan otot 5, sedangkan pada paha kiri didapatkan kekuatan otot 3. Klien masih bisa menggerakkan jari-jari dan pergelangan kaki. $\begin{array}{r} 5 \\ 5 \overline{) 5} \\ \underline{5} \\ 3 \end{array}$	<ul style="list-style-type: none"> - Pergerakan sendi bebas - Kekuatan otot : Pada pemeriksaan tangan kanan, tangan kiri kekuatan otot 5 kaki kiri didapatkan kekuatan otot 3, sedangkan pada kaki kanan didapatkan kekuatan otot 5. Klien masih bisa menggerakkan jari-jari dan pergelangan kaki. $\begin{array}{r} 5 \\ 5 \overline{) 5} \\ \underline{5} \\ 3 \end{array}$

	<p>- Tidak ada kelainan tulang belakang</p> <p>- Turgor kulit baik Pada penilaian risiko decubitus, persepsi sensori 4 yaitu tidak ada gangguan, kelembaban 4 yaitu jarang basah, aktivitas 1 yaitu bedfast, mobilisasi 1 yaitu immobile sepenuhnya, nutrisi 4 yaitu sangat baik, gesekan dan pergeseran 2 yaitu potensial bermasalah, total nilai 16 yaitu low risk.</p>	<p>- Tidak ada kelainan tulang belakang</p> <p>- Turgor kulit baik Nilai risiko dekubitus, persepsi sensori 4 yaitu tidak ada gangguan, kelembaban 4 yaitu jarang basah, aktivitas 1 yaitu bedfast, mobilisasi 1 yaitu immobile sepenuhnya, nutrisi 4 yaitu sangat baik, gesekan dan pergeseran 2 yaitu potensial bermasalah, total nilai 16 yaitu low risk.</p>
15. Sistem Endokrin	<p>Tidak ada pembesaran pada kelenjar tyroid dan kelenjar getah bening dan trias DM.</p> <p>Tidak terdapat riwayat luka sebelumnya dan riwayat amputasi sebelumnya.</p>	<p>Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, getah bening dan trias DM</p> <p>Tidak terdapat riwayat luka sebelumnya dan riwayat amputasi sebelumnya</p>
16. Seksualitas dan Reproduksi		
a. Payudara	<p>Bentuk payudara simetris kanan dan kiri, warna aerola kehitaman, tidak ada benjolan pada axilla dan clavikula.</p>	<p>Bentuk payudara simetris kanan dan kiri, warna aerola kehitaman, tidak ada benjolan pada axilla dan clavikula.</p>
b. Genitalia	<p>Genetalian kilen normal kilen mengatakan tidak ada luka</p>	<p>Genetalian kilen normal kilen mengatakan tidak ada luka</p>
17. Kcamanan Lingkungan	<p>Penilaian risiko klien jatuh dengan skala morse. Riwayat jatuh yang baru atau 3 bulan terakhir yaitu 25 (ya), diagnose sekunder lebih dari 1 diagnosa yaitu 0 (tidak), menggunakan alat bantu yaitu 0 (bedrest), menggunakan IV dan kateter yaitu 20 (ya), kemampuan berjalan yaitu 10 (lemah), status mental yaitu 0 (orientasi sesuai kemampuan diri), total skor yaitu 55 (Risiko).</p>	<p>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 (bedrest), menggunakan IV dan kateter yaitu 20 (ya), kemampuan berjalan yaitu 10 (lemah), status mental yaitu 0 (orientasi sesuai kemampuan diri), total skor yaitu 55 (Risiko).</p>
18. Pengkajian psikososial	<p>Persepsi kilen terhadap penyakit : kilen mengatakan coban tuhan</p> <p>Ekpresi kilen terhadap penyakit : kilen tampak tegang</p> <p>Reaksi saat interaksi : koperatif</p>	<p>Persepsi kilen terhadap penyakit : kilen mengatakan coban tuhan</p> <p>Ekpresi kilen terhadap penyakit : kilen tampak tegang</p> <p>Reaksi saat interaksi : koperatif</p>

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 2x perhari (pagi dan sore) menggosok gigi 1x perhari mengganti pakaian 2x perhari (pagi dan sore) Klien terlihat tampak bersih. Klien tidak memiliki kebiasaan merokok dan meminum minuman beralkohol.
----------------------	---	---

(Sumber : Data Primer)

Berdasarkan tabel 4.2 ditemukan data dari pemeriksaan kesamaan dan nyeri pada klien 1 didapatn nyeri pada paha kiri yang di operasi jika digerakkan, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri pada paha kiri yang patah, skala nyeri 5, nyeri terasa saat digerakkan hilang saat diistirahatkan. Sedangkan pada klien 2 didapatkan nyeri pada kaki kiri yang di operasi, nyeri seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 5 dan nyeri yang dirasakan hilang timbul.

Pemeriksaan status fungsional 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 paha kiri didapatkan kekuatan otot 3. Terpasang spalk pada paha kiri. Sedangkan pada klien 2 pemeriksaan

tangan kanan, tangan kiri, kaki kanan didapatkan kekuatan otot 5, sedangkan kaki kiri didapatkan kekuatan otot 3 terpasang splak pada kaki kiri.

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).

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 09 Maret 2023 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 09 Maret 2023 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)
Radiologi	Pada tanggal 09 Maret 2023 Pada hasil pemeriksaan ditemukan <i>Close fracture femur sinistra</i>	Pada tanggal 09 Maret 2023 Pada hasil pemeriksaan ditemukan <i>Close fracture tibia fibula sinistra</i>
EKG	Tidak ada	Tidak ada
USG	Tidak ada	Tidak ada
Lain-lainnya	Tidak ada	Tidak ada

(Sumber : Data Primer)

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 tibia fibula sinistra*.

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

(Sumber : Data Primer)

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.

2. Data Fokus

Tabel 4.5
Data Fokus Pada Klien 1 (Tn. Ba) dan Pada Klien 2 (Tn. Su) di RSUD
Dr. Kanujoso Djatiwibowo

Klien 1	Klien 2
<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri pada paha sebelah kiri P: nyeri post operasi Q: nyeri seperti tertusuk-tusuk R: nyeri pada paha atas di area operasi S: skala nyeri 5 T: nyeri yang dirasakan ketika digerkan dan hilang saat di istirahatkan - Klien mengatakan tidak bisa digerakkan tetapi masih bisa merasakan sentuhan dan jari-jari kaki bisa digerakkan. - Klien mengatakan susah untuk melakukan miring kiri dan miring kanan - Klien mengatakan masih lemah tidak ada tenaga - Klien mengatakan aktivitas masih dibantu keluarga - Klien mengatakan belum tau tentang tanda dan gejala infeksi 	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri pada kaki kiri P : nyeri post operasi Q : nyeri yang dirasakan klien seperti tertusuk tusuk R : nyeri pada kaki kiri di area operasi S : dengan skala nyeri 5 T : nyeri terus-menerus - Klien mengatakan sulit bergerak karena keadaan kakinya yang di operasi - Klien mengatakan masih susah mengatur posisi - Klien mengatakan masih lemah - Klien mengatakan membutuhkan keluarga dalam melakukan aktivitas - Klien mengatakan belum tau tentang tanda dan gejala infeksi
<p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ekspresi wajah sesekali meringis menahan nyeri - Klien tampak bersikap protektif terhadap daerah nyeri (menjaga agar tidak disentuh) - Klien tampak gelisah - TTV: TD: 170/73 mmHg N: 70 x/menit S: 36,5°C RR: 20x/menit - Kekuatan otot $\begin{array}{r} 5 5 \\ 5 3 \end{array}$ - Total skor pada mobilisasi berindeks : 9 - Klien tampak rentang ROM aktif - Pergerakan sendi terbatas mengatakan paha kirinya belum bisa 	<p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wajah klien terlihat meringis - Klien nampak gelisah - Klien nampak protektif terhadap luka post op - Klien nampak tegang - TTV : TD: 116/64 mmHg, N : 85 x/mnt RR : 20 x/mnt T : 36,5 °C - Klien nampak terbatas pergerakan sendi - Klien tampak rentang ROM pasif - Klien nampak terbaring lemas/lemah tidak ada tenaga - Kekuatan otot $\begin{array}{r} 5 5 \\ 5 3 \end{array}$ - Klien nampak ketergantungan berat

digerakkan	- Klien Nampak terbaring lemas pasca operasi
- Klien nampak terbaring lemas	- Klien Nampak dibantu aktivitasnya
- Klien nampak dibantu aktivitasnya	- Klien Nampak beresiko jatuh pada penilaian tingkat resiko jatuh
- Klien nampak terpasang infus RL	- Klien nampak terpasang infus NS
- Klien terpasang drain 10 cc	- Klien terpasang drain 50 cc
- Klien nampak pemasangan perban pasca operasi	- Klien terdaapt perban post op

(Sumber : Data Primer)

Berdasarkan 4.5 diperoleh data pada kedua klien mempunyai keluhan yang sama nyeri pada fraktur

3. Analisis Data

Tabel 4.6

Analisa Data Pada Klien 1 (Tn. Ba) Dengan Post Op Close Fracture Femur Sinistra Di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo

No	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
I	<p>Data Subjektif :</p> <p>a) klien mengatakan nyeri pada paha sebelah kiri</p> <p>P: nyeri post op operasi</p> <p>Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R: nyeri pada paha kiri di area operasi</p> <p>S: skala nyeri 5</p> <p>T: nyeri yang dirasakan ketika digerkan dan hilang saat di istirahatkan</p> <p>Data Obyektif :</p> <p>a. Ekspresi wajah sesekali meringis menahan nyeri</p> <p>b. Klien tampak bersikap protektif</p> <p>c. Klien tampak luka operasi</p> <p>d. Klien Nampak gelisah</p> <p>e. TTV:</p> <p>TD: 170/73 mmHg</p> <p>N: 70 x/menit</p> <p>S: 36,5⁰C</p> <p>RR: 20x/menit</p>	<p>Agan pencodera fisik (prosedur operasi)</p>	<p>Nyeri akut (D.0077)</p>

2	<p>Data Subyektif :</p> <p>a) Klien mengatakan paha kirinya belum bisa digerakkan tetapi masih bisa merasakan sentuhan dan jari-jari kaki bisa digerakkan</p> <p>b) Klien mengatakan susah untuk melakukan miring kiri dan miring ke kanan</p> <p>c) Klien mengatakan nyeri pada paha sebelah kiri pasca post op</p> <p>Data Objektif :</p> <p>a) Kekuatan otot</p> <p style="margin-left: 40px;">5/5</p> <p style="margin-left: 40px;">5/3</p> <p>b) Total skor pada mobilisasi berindeks : 9</p> <p>c) Pergerakan sendi terbatas mengatakan paha kirinya belum bisa digerakkan</p> <p>d) Rentan ROM klien menurun</p>	Gangguan <i>Musculoskeletal</i>	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)
3	<p>Data Subyektif :</p> <p>a. Klien mengatakan masih lemah</p> <p>b. Klien mengatakan aktifitas masih dibantu keluarga</p> <p>Data Obyektif :</p> <p>a) Klien terpasang infus di tangan kanan, terapi cairan RL</p> <p>b) gerakan sendi terbatas</p> <p>c) klien tampak dibantu keluarga</p> <p>d) Total skor risiko jatuh dalam skala morse: 55 (risiko)</p>	Kondisi pasca operasi	Risiko jatuh (D.0143)
4	<p>Data Subjektif :</p> <p>a) Klien mengatakan belum tau tentang tanda dan gejala infeksi</p> <p>Data Objektif :</p> <p>a) Klien tampak terpasang infus RL</p> <p>b) Klien terpasang drain 10 cc</p> <p>c) Klien tampak memakai perban pasca operasi</p>	Prosedur tindakan invasif (pemasangan Pen)	Risiko infeksi (D.0142)

(Sumber : Tim Pokja PPNI SDKI, 2017)

Tabel 4.7
Analisa Data Klien 2 (Tn. Su) Dengan *Post Op Fracture Tibia Fibula*
Ruang Flamboyan B RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo

No	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
1.	<p>Data Subjektif :</p> <p>a. Klien mengatakan nyeri pada kaki kiri</p> <p>P : nyeri post op operasi</p> <p>Q : nyeri yang dirasakan klien seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R : nyeri pada kaki kiri di area operasi</p> <p>S : dengan skala nyeri 5</p> <p>T : nyeri yang dirasakan hilang timbul</p> <p>Data Objektif :</p> <p>a. Wajah klien terlihat meringis</p> <p>b. Klien tampak gelisah</p> <p>c. Klien tampak protektif</p> <p>d. Terdapat luka post op</p> <p>e. Klien tampak tegang</p> <p>d. TTV :</p> <p>TD: 116/64 mmhg</p> <p>N : 86x/mnt</p> <p>RR : 20 x/mnt</p> <p>T : 36,5 C</p>	<p>Agen pencedra fisik (prosedur operasi)</p>	<p>Nyeri aku (D.0077)</p>
2	<p>Data Subjektif :</p> <p>a. Klien mengatakan sulit bergerak karena keadaan kakinya yang di operasi</p> <p>b. Klien mengatakan masih susah mengatur posisi</p> <p>Data Objektif :</p> <p>a. Klien nampak terbatas pergerakan sendi</p> <p>b. Klien tampak terbaring lemes tidak ada tenaga</p> <p>c. Kekutan otot pada kaki kiri 3 selain itu 5</p> <p>d. Klien tampak ketergantungan berat</p> <p>e. rentang ROM klien menurun</p>	<p>Gangguan <i>Muskulosekleta</i></p>	<p>Gangguan mobilitas fisik (D.0054)</p>
3	<p>Data Subjektif :</p> <p>a) Klien mengatakan masih lemah</p> <p>b) Klien mengatakan membutuhkan bantuan keluarga dalam melakukan aktifitas</p>	<p>Kondisi pasca operasi</p>	<p>Risiko Jatuh (D.0143)</p>

4	Data Objektif : a) Klien nampak terbaring lemes pasca operasi b) Klien tampak dibantu c) Klien tampak tingkat resiko jatuh d) Roda tempat tidur terkunci	Prosedur tindakan invasif (pemasangan Pen)	Resiko infeksi (D.0142)
	Data Subjektif : a) Klien mengatakan belum tau tentang tanda dan gejala infeksi Data Objektif: a) Klien terpasang infus NS b) Klien terpasang drain 50 cc c) Klien tampak diperban post op		

(Sumber : Tim Pokja PPNI SDKI, 2017)

4. Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.8
Diagnosa Keperawatan Pada Klien 1 Dan 2 Dengan Post Operatif Fracture Di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

No	Klien 1		Klien 2	
	Hari/ tanggal di temukan	Diagnosa keperawatan	Hari/ tanggal di temukan	Diagnosa keperawatan
Post Operatif				
1.	Kamis, 09 Maret 2023	(D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) dibuktikan dengan wajah klien tampak meringis dan klien mengeluh nyeri pada paha kiri yang di operasi dengan skala nyeri 5 dan nyeri saat di gerkan dan hilang saat diistirahatkan.	Kamis, 09 Maret 2023	((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 nyeri terus-menerus.
2.	Kamis, 09 Maret 2023	(D.0054) Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan <i>musculoskeletal</i> yang dibuktikan dengan mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan	Kamis, 09 Maret 2023	(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.		otot menurun, dan Rentang Gerak (ROM)menurun.
3.	Kamis, 09 Maret 2023	(D.0143) Risiko jatuh di tandai dengan kondisi pasca operasi yang dibuktikan dengan skala morse pada klien 55 (resiko tinggi)	Kamis, 09 Maret 2023	(D.0143) Risiko jatuh di tandai dengan kondisi pasca operasi yang dibuktikan dengan skala morse pada klien 55 (resiko tinggi)
4	Kamis, 09 Maret 2023	(D.0142) resiko infeksi di tandai dengan prosedur invasif di buktikan dengan kilen belum mengerti tanda dan gejala infeksi.	Kamis, 09 Maret 2023	(D.0142) resiko infeksi di tandai dengan prosedur invasif di buktikan dengan kilen belum mengerti tanda dan gejala infeksi.

(Sumber : Tim Pokja PPNI SDKI, 2017)

Berdasarkan tabel 4.8 ditemukan diagnosa keperawatan *Post operasi Fracture* yang muncul pada kedua klien.. Pada klien 1 muncul 5 diagnosa keperawatan dan pada klien 2 muncul 5 diagnosa keperawatan.

5. Intervensi Keperawatan

Tabel 4.9
Intervensi Keperawatan Pada Klien 1 dan 2 Dengan Post Operatif
Fracture Di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasi	Perencana
Klien 1 Post Operasi			
Kamis, 09 Maret 2023	Nyeri akut (D.0077) b.d. agen pencedera fisik (prosedur operasi)	Setelah dilakukan tindakan intervensi keperawatan selama 3x8 jam diharapkan tingkat nyeri menurun (L.08066) dengan kriteria hasil : a. Keluhan nyeri menurun b. Meringis menurun c. Sikap protektif menurun d. Gelisah menurun e. Kesulitan tidur menurun f. Frekuensi nadi membaik	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi 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 1.5 Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 1.6 Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 1.7 Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 1.8 Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 1.9 Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 1.10 Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 1.11 Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri 1.12 Fasilitasi istirahat dan tidur 1.13 Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri

			<p>dalam penilaian strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi</p> <p>1.14 Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</p> <p>1.15 Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>1.16 Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>1.17 Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>1.18 Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1.19 Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
Kamis 09 Maret 2023	Gangguan mobilitas fisik (D.0054) b.d gangguan muskuloskeletal	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat (L.05042) dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Pergerakan ekstermitas meningkat</p> <p>b. Kekuatan otot meningkat</p> <p>c. Rentang gerak (ROM) meningkat</p> <p>d. Nyeri menurun</p> <p>e. Kecemasan menurun</p> <p>f. Kaku sendi menurun</p> <p>g. Gerakan tidak terkordinasi menurun</p> <p>h. Gerakan terbatas menurun</p> <p>i. Kelemahan fisik menurun</p>	<p>Dukungan mobilisasi (1.05173)</p> <p>Observasi</p> <p>2.1 Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>2.2 Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>2.3 Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</p> <p>2.4 Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>Terapeutik</p> <p>2.5 Fasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu</p> <p>2.6 Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu</p> <p>2.7 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>Edukasi</p> <p>2.8 Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi anjurkan melakukan</p>

			<p>mobilitas dini</p> <p>2.9 Ajarkan mobilisasi dini sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur dan lainnya)</p>
Kamis, 09 Maret 2023	Risiko jatuh (D0143) d.d kondisi pasca operasi	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x8 jam diharapkan tingkat jatuh menurun (L.14125) dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Jatuh dari tempat tidur menurun</p> <p>b. Jatuh saat berdiri menurun</p> <p>c. Jatuh saat duduk menurun</p> <p>d. Jatuh saat berjalan menurun</p> <p>e. Jatuh saat dipindahkan menurun</p> <p>f. Jatuh saat dikamar mandi menurun</p> <p>g. Jatuh saat membungkuk menurun</p>	<p>Pencegahan jatuh (L.14540)</p> <p>Observasi</p> <p>4.1 Identifikasi faktor resiko jatuh</p> <p>4.2 Identifikasi resiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai kebijakan institusi</p> <p>4.3 Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh</p> <p>4.4 Hitung resiko jatuh dengan menggunakan skala, jika perlu</p> <p>4.5 Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur kekursi roda dan sebaliknya</p> <p>Terapeutik</p> <p>4.6 Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga</p> <p>4.7 Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu terkunci</p> <p>4.8 Pasang <i>handroll</i> tempat tidur</p> <p>4.9 Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</p> <p>4.10 Tempatkan pasien beresiko tinggi jatuh dekat dengan pemantauan perawat dari <i>nurse station</i></p> <p>4.11 Gunakan alat bantu jalan</p> <p>4.12 Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien</p> <p>Edukasi</p> <p>4.13 Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</p> <p>4.14 Anjurkan</p>

			<p>menggunakan alas kaki yang tidak licin</p> <p>4.15 Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh</p> <p>4.16 Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri</p> <p>4.17 Anjurkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat</p>
Kamis, 09 Maret 2023	Risiko infeksi d.d prosedur invasif (pemasangan pen)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x8 jam diharapkan tingkat infeksi menurun (L.14137) dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Kebersihan badan meningkat</p> <p>b. Kebersihan tangan meningkat</p> <p>c. Nafsu makan meningkat</p> <p>d. Demam menurun</p> <p>c. Kemerahan menurun</p> <p>f. Nyeri menurun</p> <p>g. Bengkak menurun</p> <p>h. Kadar sel darah putih membaik</p> <p>i. Kultur area luka membaik</p>	<p>Pencegahan infeksi (L.14539)</p> <p>Observasi</p> <p>5.1 Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>Terapeutik</p> <p>5.2 Batasi jumlah pengunjung</p> <p>5.3 Berikan perawatan luka pada area edema</p> <p>5.4 Cuci tangan sesudah dan sebelum kontak dengan pasien dan lingkungan sekitar pasien</p> <p>5.5 Pertahankan teknik aseptik</p> <p>Edukasi</p> <p>5.6 Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>5.7 Ajarkan cara cuci tangan yang benar</p> <p>5.8 Ajarkan etika batuk</p> <p>5.9 Anjurkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</p> <p>5.10 Anjurkan meningkatkan asupan cairan</p> <p>5.11 Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>Kolaborasi</p> <p>5.12 Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu</p>

Klien 2 Post Operasi			
Kamis, 09 Maret 2023	Nyeri akut (DD.0077) b.d agen pencedera fisik,	Setelah dilakukan tindakan intervensi keperawatan selama 3x8 jam diharapkan tingkat nyeri menurun (L.08066) dengan kriteria hasil : a. Keluhan nyeri menurun b. Meringis menurun c. Sikap protektif menurun d. Gelisah menurun e. Kesulitan tidur menurun f. Frekuensi nadi membaik	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi 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 1.5 Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 1.6 Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 1.7 Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 1.8 Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 1.9 Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 1.10 Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 1.11 Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri 1.12 Fasilitasi istirahat dan tidur 1.13 Pertimbangkan jenis dan sumber

			<p>nyeri dalam penilaian strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi</p> <p>1.14 Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</p> <p>1.15 Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>1.16 Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>1.17 Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>1.18 Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
Kamis, 09 Maret 2023	Gangguan mobilitas fisik (D.0054) b.d gangguan muskuloskeletal	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat (L.05042) dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Pergerakan ekstermitas meningkat</p> <p>b. Kekuatan otot meningkat</p> <p>c. Rentang gerak (ROM) meningkat</p> <p>d. Nyeri menurun</p> <p>e. Kecemasan menurun</p> <p>f. Kaku sendi menurun</p> <p>g. Gerakan tidak terkordinasi menurun</p> <p>h. Gerakan terbatas menurun</p> <p>i. Kelemahan fisik menurun</p>	<p>Dukungan mobilisasi (T.05173)</p> <p>Observasi</p> <p>2.1 Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>2.2 Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>2.3 Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</p> <p>2.4 Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>Terapeutik</p> <p>2.5 Fasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu</p> <p>2.6 Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu</p>

			<p>2.7 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>Edukasi</p> <p>2.8 Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi anjurkan melakukan mobilitas dini</p> <p>2.9 Ajarkan mobilisasi dini sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur dan lainnya)</p>
Kamis, 09 Maret 2023	Risiko jatuh (D.0143) d.d kondisi pasca operasi	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x8 jam diharapkan tingkat jatuh menurun (L.14125) dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jatuh dari tempat tidur menurun 2. Jatuh saat berdiri menurun 3. Jatuh saat duduk menurun 4. Jatuh saat berjalan menurun 5. Jatuh saat dipindahkan menurun 6. Jatuh saat dikamar mandi menurun 7. Jatuh saat membungkuk menurun 	<p>Pencegahan jatuh (I.14540)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Identifikasi faktor resiko jatuh 4.2 Identifikasi resiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai kebijakan institusi 4.3 Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh 4.4 Hitung resiko jatuh dengan menggunakan skala, jika perlu 4.5 Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur kekursi roda dan sebaliknya <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.6 Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga 4.7 Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu terkunci 4.8 Pasang <i>handrall</i>

			<p>tempat tidur</p> <p>4.9 Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</p> <p>4.10 Tempatkan pasien beresiko tinggi jatuh dekat dengan pemantauan perawat dari <i>nurse station</i></p> <p>4.11 Gunakan alat bantu jalan</p> <p>4.12 Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien</p> <p>Edukasi</p> <p>4.13 Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</p> <p>4.14 Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin</p> <p>4.15 Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh</p> <p>4.16 Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri</p> <p>4.17 Anjurkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat</p>
Kamis, 09 Maret 2023	Risiko infeksi (D.0142) d.d prosedur invasif (pemasangan pen)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x8 jam diharapkan tingkat infeksi menurun (L.14137) dengan kriteria hasil : 1. Kebersihan badan meningkat 2. Kebersihan tangan meningkat	Pencegahan infeksi (L.14539) Observasi 5.1 Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik 5.2 Batasi jumlah pengunjung 5.3 Berikan perawatan

		3. Nafsu makan meningkat 4. Demam menurun 5. Kemarahan menurun 6. Nyeri menurun 7. Bengkak menurun 8. Kadar sel darah putih membaik 9. Kultur area luka membaik	luka pada area edema 5.4 Cuci tangan sesudah dan sebelum kontak dengan pasien dan lingkungan sekitar pasien 5.5 Pertahankan teknik aseptik Edukasi 5.6 Jelaskan tanda dan gejala infeksi 5.7 Ajarkan cara cuci tangan yang benar 5.8 Ajarkan etika batuk 5.9 Anjurkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 5.10 Anjurkan meningkatkan asupan cairan 5.11 Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi Kolaborasi 5.12 Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu
--	--	---	--

(Sumber : Tim Pokja PPNI SDKI SLKI SIKI, 2017)

Berdasarkan tabel 4.9 setelah membuat perencanaan tindakan asuhan keperawatan sesuai dengan masing-masing diagnosa yang sudah ditegakan. Perencanaan dibuat menggunakan SIKI, 2017 dengan kriteria hasil sesuai dengan SLKI, 2017.

6. Implementasi Keperawatan

Tabel 4.10
Implementasi Keperawatan Klien 1 Dengan Post Operatif Operasi
Fracture Di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi				
Kamis, 09 Maret 2023 19.30	<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 tv 3.1 Mengidentifikasi faktor resiko jatuh. 3.2 Menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis. fall morse scale). 3.3 Memasang handrall tempat tidur. 4.1. Mengidentifikasi resiko infeksi 4.2. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi 	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan terasa nyeri pada paha kiri yang di operasi <p>P: nyeri post operasi</p> <p>Q: nyeri seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R: nyeri pada paha atas di area operasi</p> <p>S: skala nyeri 5</p> <p>T: nyeri yang dirasakan ketika digerkan dan hilang saat di istirahatkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) Klien mengatakan susah melakukan miring kanan dan miring kiri 3) Klien mengatakan paha kirinya susah digerakkan dan jika digerakkan terasa nyeri tetapi masih bisa merasakan sentuhan, jari-jari dan pergelangan kaki bisa digerakkan 4) Klien mengatakan kegiatan masih dibantu keluarga 5) Klien mengatakan belum mengetahui resiko infeksi <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ekspresi wajah sesekali meringis menahan nyeri 2) Klien tampak bersikap protektif 3) Klien terpasang infus dan drain. 4) Pergerakan sendi terbatas 5) Total sekor pada mobilisasi barthel indeks : 9 (ketergantungan sedang) 6) Kekuatan otot <table style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 0 5px;">5</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-top: 1px solid black; padding: 0 5px;">3</td> </tr> </table> 7) TTV: TD: 130/73 mmHg N: 70 x/menit 	5	5	5	3
5	5					
5	3					

20.00	<p>1.1 Mengajarkan teknik non farmakologi (nafas dalam)</p> <p>1.2 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p> <p>1.3 Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>1.4 Pemberian obat analgetik</p> <p>2.1. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis.duduk tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).</p> <p>2.2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu</p> <p>3.1 Mengajukan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah,</p> <p>3.2 Anjurkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat</p> <p>4.1. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>5.2 Mengajarkan mencuci tangan</p>	<p>S: 36,5 °C</p> <p>RR: 20 x/menit</p> <p>8) <i>Fall morse scall</i> 55 (resiko)</p> <p>9) Klien nampak kesakitan saat diganti perban</p> <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan paham cara melakukan tehnik nafas dalam 2) Klien mengatakan paham bagaimana cara duduk ditempat tidur. 3) Klien mengatakan paham cara mencuci tangan 4) 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 kanan paha atas 3) Klien terpasang drain dan infus <p>1) Kolaborasi obat analgetik yaitu ketorolax 3x1 mg dan ceftriaxone 1x1 mg</p>
<p>Jumat, 10 Maret 2023 08.00</p>	<p>Visite Keperawatan</p>	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan terasa nyeri pada kaki kanan paha atas yang di operasi P: nyeri post operasi Q: nyeri seperti tertusuk-tusuk R: nyeri pada paha kiri atas di area operasi S: skala nyeri 4 T: nyeri yang dirasakan ketika digerkan dan hilang saat di istirahatkan 2) Klien mengatakan susah melakukan miring kanan dan miring kiri 3) Klien mengatakan paha kirinya susah digerakkan

		<p>dan jika digerakkan terasa nyeri tetapi masih bisa merasakan sentuhan, jari-jari dan pergelangan kaki bisa digerakkan</p> <p>4) Klien mengatakan kegiatan masih dibantu keluarga</p> <p>5) Klien mengatakan belum mengetahui resiko infeksi</p> <p>DO :</p> <p>1) Ekspresi wajah sesekali meringis menahan nyeri</p> <p>2) Klien tampak bersikap protektif</p> <p>3) Klien terpasang infus dan drain.</p> <p>4) Pergerakan sendi terbatas</p> <p>5) Total skor pada mobilisasi barthel indeks : 9 (ketergantungan sedang)</p> <p>6) Kekuatan otot</p> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="padding: 0 10px;">5</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">5</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 0 10px;">5</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">3</td> <td></td> </tr> </table> <p>7) TTV:</p> <p>TD: 130/73 mmHg</p> <p>N: 70 x/menit</p> <p>S: 36,5 °C</p> <p>RR: 20 x/menit</p> <p>8) <i>Fall morse scall</i> 55 (resiko)</p> <p>9) Klien nampak kesakitan saat diganti perban</p> <p>A :</p> <p>1) Masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi</p> <p>2) Masalah keperawatan mobilisasi fisik belum teratasi</p> <p>3) Masalah keperawatan resiko jatuh teratasi sebagian</p> <p>4) Resiko infeksi teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>1) Manajemen nyeri</p> <p>2) Dukungan mobilitas</p> <p>3) Pencegahan jatuh</p> <p>4) Pencegahan infeksi</p>	5	5		5	3	
5	5							
5	3							

10.00	<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 nyerinon verbal</p> <p>1.4 Berikan teknik non farmakologi (nafas dalam)</p> <p>1.5 Kolaborasi pemberian analgetik</p> <p>2.1 Mengidentifikasi kemampuan klien dalam mobilisasi</p> <p>2.2 Memonitir TTV</p> <p>3.1 Mengidentifikasi factor resiko 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>4.1 Mengajarkan mencuci tangan</p> <p>4.2. Monitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>4.3. Anjurkan memeriksa kondisi luka atau luka operasi</p>	<p>DS:</p> <p>1) Klien mengatakan nyeri pada paha sebelah kiri atas masih terasa nyeri P: nyeri post operasi Q: nyeri seperti tertusuk-tusuk R: nyeri pada paha atas di area operasi S: skala nyeri 4 T: nyeri yang dirasakan ketika digerkan dan hilang saat di istirahatkan</p> <p>2) Klien mengatakan sudah mulai bisa digerakkan tetapi belum terlalu kuat dan masih terasa sakit.</p> <p>3) Klien mengatakan kaki kirinya bisa merasakan sentuhan dan jari-jari kaki bisa digerakkan</p> <p>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</p> <p>5) Klien mengatakan untuk mengganti pakaian di bantu oleh keluarga</p> <p>DO:</p> <p>1) Ekspresi wajah sesekali meringis menahan nyeri</p> <p>2) Terdapat luka jahitan operasi di paha kanan, tidak ada pembengkakan</p> <p>3) Klien tampak melakukan teknik nafas dalam</p> <p>4) Terpasang kateter dan infus</p> <p>5) $\begin{array}{c} 5 & & 5 \\ \hline 5 & & 3 \end{array}$ Kekuatan otot</p> <p>6) Pergerakan sendi terbatas</p> <p>7) Total skor pada mobilisasi barthel indeks: 9 (ketergantungan sedang)</p> <p>8) Total skor risiko jatuh dalam skala morse: 55 (risiko)</p> <p>9) Klien nampak kesakitan setelah diganti perban</p> <p>10) TTV : TD: 148/78 mmHg N:88 x/menit</p>
-------	---	---

18.00	<p>1.1 Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>1.2 Kolaborasi pemberian analgetik</p> <p>2.1 Mengajukan melakukan mobilisasi dini</p> <p>2.2 Melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>3.1 Mengajukan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</p> <p>4.1 Batasi jumlah pengunjung</p>	<p>S: 36,6 °C</p> <p>RR: 20 x/menit</p> <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan setelah melakukan tehnik nafas dalam klien sedikit merasa nyaman 2) Klien paham dan akan melaksanakan anjuran perawat. <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien tampak sedikit lebih tenang. 2) Klien tampak paham dengan apa yang dianjurkan oleh perawat. 3) Pemberian obat ketorolac 3x1 mg
Sabtu, 11 Maret 2023 08.00	Visite Keperawatan	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan nyeri pada kaki sebelah kanan paha atas masih terasa nyeri P: nyeri post operasi Q: nyeri seperti tertusuk-tusuk R: nyeri pada paha atas di area operasi S: skala nyeri 3 T: nyeri yang dirasakan ketika digerkan dan hilang saat di istirahatkan 2) Klien mengatakan sudah mulai bisa digerakkan tetapi belum terlalu kuat dan masih terasa sakit. 3) Klien mengatakan paha 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

10.00	<p>1.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri</p> <p>1.2 Mengidentifikasi nyeri skala</p> <p>1.3 Mengidentifikasi</p>	<p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ekspresi wajah sesekali meringis menahan nyeri 2) Terdapat luka jahitan operasi di paha kanan, tidak ada pembengkakan 3) Klien tampak melakukan teknik nafas dalam 4) Terpasang kateter dan infus 5) $\begin{array}{c} 5 & & 5 \\ & & \\ 5 & & 3 \end{array}$ Kekuatan otot 6) Pergerakan sendi terbatas 7) Total skor pada mobilisasi barthel indeks: 9 (ketergantungan sedang) 8) Total skor risiko jatuh dalam skala morse: 55 (risiko) 9) Klien nampak kesakitan setelah diganti perban 10) TTV : TD: 148/78 mmHg N: 88 x/menit S: 36,6 °C RR: 20 x/menit <p>A :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Masalah keperawatan nyeri akut teratasi sebagian 2) Masalah keperawatan mobilisasi fisik teratasi sebagian 3) Masalah keperawatan resiko jatuh teratasi sebagian 4) Resiko infeksi teratasi sebagian <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Manajemen nyeri 2) Dukungan mobilitas 3) Pencegahan jatuh 4) Pencegahan infeksi <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan nyeri pada kaki sebelah kanan mulai berkurang <p>P: nyeri pada paha atas ketika digerakkan mulai berkurang</p> <p>Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk mulai berkurang</p>
-------	---	--

18,00	<p>respon nyeri non verbal</p> <p>2.1 Monitor ttv</p> <p>2.2 Mengidentifikasi kemampuan klien dalam mobilisasi</p> <p>3.1 Mengidentifikasi faktor resiko jatuh</p> <p>3.2 Memasang handrall tempat tidur.</p> <p>4.1. Monitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>4.2. Mengajarkan mencuci tangan</p> <p>1.1 Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>1.2 Jelaskan strategi meredakan nyeri secara mandiri</p> <p>1.3 Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>2.1. Melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>2.2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini sederhana yang harus dilakukan (mis.duduk)</p> <p>3.1 Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan saat berdiri</p> <p>4.1 Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>4.2 Anjurkan memeriksa kondisi luka atau luka operasi</p> <p>4.3 Anjurkan meningkatkan asupan cairan</p> <p>Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p>	<p>R: nyeri pada paha kiri atas di area operasi mulai berkurang</p> <p>S: skala nyeri 2</p> <p>T: nyeri yang dirasakan hilang timbul mulai berkurang</p> <p>2) Klien mengatakan sudah bisa miring kiri dan kanan dan duduk dengan bersandar</p> <p>DO:</p> <p>1) Klien sesekali tampak meringis saat mengganti perban</p> <p>2) Klien tampak terlepas selang drain</p> <p>3) Handrall tempat tidur tampak terpasang</p> <p>4) TTV :</p> <p>TD: 130/90 mmHg</p> <p>N: 80 x/menit</p> <p>S: 36,2 °c</p> <p>RR : 20 x/menit</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 dalam mengatur posisi klien</p> <p>3) Handrall tempat tidur tampak terpasang</p> <p>4) Klien tampak tidak ada tanda-tanda infeksi</p> <p>5) Klien tampak paham dengan edukasi yang diberikan</p>
-------	---	---

(Sumber : Data Primer)

Berdasarkan tabel 4.10 Implementasi tindakan keperawatan dilakukan untuk mengatasi masalah yang ditemukan pada klien sesuai dengan perencanaan keperawatan masing-masing diagnosa keperawatan yang telah disusun. Pelaksanaan tindakan keperawatan *post operasi fracture femure* pada klien 1 dilakukan selama 3 hari perawatan yaitu dari tanggal 09 Maret 2023 sampai tanggal 11 Maret 2023. Pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan secara komprehensif.

Tabel 4.11
Implementasi Keperawatan Klien 2 dengan *Post Operasi Fracture* di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
Kamis, 09 Maret 2023 20.00	Melakukan pengkajian 1.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 1.2 Mengidentifikasi skala nyeri 1.3 Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal 3.1 Mengidentifikasi kemampuan klien dalam mobilisasi 3.2 Memonitor ttv 4.1. Mengidentifikasi factor resiko jatuh. 4.2. Menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis. fall morse scale). 4.3. Memasang handrall tempattidur. 5.1 mengidentifikasi resiko infeksi 5.2 menjelaskan tanda dan gejalainfeksi	DS: 1) Klien mengatakan masih terasa nyeri pada kaki kanan paha atas P : nyeri post operasi Q : nyeri yang dirasakan klien seperti tertusuk-tusuk R : nyeri pada pangkal kaki kiri di area operasi S : dengan skala nyeri 5 T : nyeri terus-menerus 2) Klien mengatakan susah melakukan miring kanan dan miring kiri 3) Klien mengatakan kaki kirinya susah digerakkan dan jika digerakkan terasa nyeri tetapi masih bisa merasakan sentuhan, jari-jari dan pergelangan kaki bisa digerakkan 4) Keluarga klien mengatakan aktivitas dibantu DO: 1) Ekspresi wajah sesekali

21.00	<p>1.1 Mengajarkan teknik non farmakologi (nafas dalam)</p> <p>1.2 Pemberian obat analgetik</p> <p>3.1 Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis.duduk tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).</p> <p>4.1. Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah.</p> <p>5.1 menjelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>5.2 Mengajarkan mencuci tangan</p> <p>5.1</p>	<p>meringis menahan nyeri</p> <p>2) Klien tampak bersikap protektif</p> <p>3) Klien terpasang infus.</p> <p>4) Klien terpasang drain</p> <p>5) Pergerakan sendi terbatas</p> <p>6) Total skor pada mobilisasi barthel indeks: 11 (ketergantungan sedang)</p> <p>7) Kekuatan otot</p> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </table> <p>10) TTV: TD: 116/64 mmHg N: 85 x/menit S: 36,5 °C RR: 20 x/menit</p> <p>11) Fall morse scall 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> <p>1) Klien mengatakan paham cara melakukan tehnik nafas dalam</p> <p>2) Klien mengatakan paham tentang kebersihan diri</p> <p>3) Klien mengatakan paham bagaimana cara duduk ditempat tidur.</p> <p>4) Klien mengatakan paham cara mencuci tangan</p> <p>5) Klien mengatakan paham dengan anjuran perawat</p> <p>6) Klien mengatakan nyaman setelah di berikan injeksi obat</p> <p>DO:</p> <p>1) Klien tampak mengerti dengan apa yang diajarkan oleh perawat</p> <p>2) Terdapat luka operasi di kaki kanan paha atas</p> <p>3) Terdapat luka lecet dibelakang punggung klien</p> <p>4) Klien terpasang infus</p>	5	5			5	3
5	5							
5	3							

		<p>5) Klien terpasang drain</p> <p>6) Klien terpasang transfusi darah</p> <p>7) Pemberian obat analgetik yaitu ketorolax 2x1 mg</p>				
<p>Jumat, 10 Maret 2023 08,00</p>	<p>Visite Keperawatan</p>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan masih terasa nyeri pada kaki kanan paha atas P : nyeri post operasi Q : nyeri yang dirasakan klien seperti tertusuk-tusuk R : nyeri pada pangkal kaki kiri di area operasi S : dengan skala nyeri 4 T : nyeri terus-menerus 2) Klien mengatakan susah melakukan miring kanan dan miring kiri 3) Klien mengatakan kaki kirinya susah digerakkan dan jika digerakkan terasa nyeri tetapi masih bisa merasakan sentuhan, jari-jari dan pergelangan kaki bisa digerakkan 4) Keluarga klien mengatakan aktivitas dibantu <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ekspresi wajah sesekali meringis menahan nyeri 2) Klien tampak bersikap protektif 3) Klien terpasang infus. 4) Klien terpasang transfusi darah 5) Pergerakan sendi terbatas 6) Total skor pada mobilisasi barthel indeks: 11 (ketergantungan sedang) 7) Kekuatan otot <table style="margin-left: 20px; 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> 8) TTV : TD: 116/64 mmHg N: 85 x/menit S: 36,5 °C RR: 20 x/menit 9) Fall morse scall 55 (resiko) 10) Terpasang gelang resiko jatuh 11) Handrall tempat tidur terpasang 12) Roda tempat tidur terkunci 13) Belum ada tanda-tanda 	5	5	5	3
5	5					
5	3					

10.00	<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 Bcrikan teknik non farmakologi (nafas dalam)</p> <p>3.1 Mengidentifikasi kemampuan klien dalam mobilisasi</p> <p>3.2 Memonitir TTV</p> <p>4.1. Mengidentifikasi faktor resiko jatuh.</p> <p>4.2. Orientasikan ruangan pada klien dan keluarga</p> <p>4.3. Menghining risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis. fall morse scale).</p> <p>4.4. Memasang handrall tempattidur.</p> <p>5.1 mengajarkan mencuci tangan</p> <p>5.2 monitor tanda dan gejala infeksi</p>	<p>resiko infeksi</p> <p>14) Kilen tampak mengerti dengan apa yang di jelaskan oleh perawat</p> <p>A :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi 2) Masalah keperawatan mobilisasi fisik belum teratasi 3) Masalah keperawatan resiko jatuh teratasi sebagian 4) Resiko infeksi teratasi sebagian <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Manajemen nyeri 2) Dukungan mobilitas 3) Pencegahan jatuh 4) Pencegahan infeksi <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan nyeri pada kaki sebelah kanan paha atas masih terasa nyeri P : nyeri post operasi Q : nyeri yang dirasakan klienseperti tertusuk-tusuk R : nyeri pada pangkal kaki kiri di arca operasi S : dengan skala nyeri 5 T : nyeri terus-menerus 2) Klien mengatakan kaki kirinya belum bisa digerakkan. 3) Klien mengatakan kaki kirinya bisa merasakan sentuhan dan jari-jari kaki bisa digerakkan serta pergelangan bisa di gerkan 4) Klien mengatakan belum bisa untuk miring ke kanan dan untuk miring ke kiri belum terlalu bisa dan untuk duduk belum terlalu bisa masih di bantu oleh perawat dan keluarga 5) Keluarga klien mengatakan masih membantu aktivitas klien <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ekspresi wajah sesekali meringis menahan nyeri 2) Terdapat luka jahitan operasi di kaki kiri, tidak
-------	---	--

18.00	<p>1.1 Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>1.2 Pemberian obat analgetik</p> <p>3.1 Menganjurkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>3.2 Melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>4.1 Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</p> <p>5.1 Monitor tingkat kebersihantangan Monitor tingkat resiko infeksi</p>	<p>ada pembengkakan</p> <p>3) Terdapat luka lecet dibelakang punggung klien</p> <p>4) Melakukan gv pada perban operasi dan pembersihan luka lecet dibelakang punggung</p> <p>5) Melakukan mobilisasi dari tempat tidur keberangkar untuk rongen</p> <p>6) Klien tampak melakukan teknik nafas dalam</p> <p>7) Terpasang infus ns 0,9%</p> <p>8) $\begin{array}{r} 5 \quad 5 \\ \hline 5 \quad 3 \end{array}$</p> <p>Kekuatan otot</p> <p>6) Pergerakan sendi terbatas</p> <p>7) Total skor pada mobilisasi barthel indeks: 11 (ketergantungan sedang)</p> <p>8) Total skor risiko jatuh dalam skala morse: 55 (risiko)</p> <p>9) TTV : TD: 120/80 mmHg N: 87 x/menit S: 36,5 °C RR: 20 x/menit</p> <p>DS:</p> <p>1) Klien mengatakan setelah melakukan tehnik nafas dalam klien sedikit merasa nyaman</p> <p>2) 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 2x1mg Tidak ada tanda dan gejala resiko infeksi</p>
-------	---	---

<p>Sabtu, 11 Maret 2023 08.00</p>	<p>Visite Keperawatan</p>	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 kaki kiri di area operasi S: skala nyeri 3 T: nyeri yang dirasakan hilang timbul 2) Klien mengatakan sudah bias miring kiri dan kanan dan duduk dengan bersandar 3) Klien mengatakan ingin melakukan berjalan menggunakan tongkat yang di anjurkan oleh dokter 4) Klien mengatakan sudah bisa miring kiri dan kanan 5) Klien mengatakan sudah bisa duduk dibantu oleh keluarga, serta berpegangan di pagar tempat tidur untuk duduk 6) Klien mengatakan untuk personal hygiene klien masih di bantu oleh keluarga seperti mengambilkan baju, menyiapkan alat untuk sikat gigi. <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien sesekali tampak meringis akibat nyeri dari pergerakan 2) Klien masih tampak
---	---------------------------	--

10.00	<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>3.1 Monitor ttv</p> <p>3.2 Mengidentifikasi kemampuan klien dalam mobilisasi</p> <p>4.1. Mengidentifikasi factor resiko jatuh</p> <p>4.2. Memasang handrall tempat tidur.</p> <p>5.1 monitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>5.2 mengajarkan mencuci tangan</p>	<p>terpasang selang infus</p> <p>3) Kilen tampak bersih</p> <p>4) Handrall tempat tidur tampak terpasang</p> <p>5) Roda tempat tidur terkunci</p> <p>6) Tidak ada tanda-tanda resiko infeksi</p> <p>7) TTV :</p> <p>TD: 125/80mmHg</p> <p>N: 85x/menit</p> <p>S: 36.0°c</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>DS:</p> <p>1) Klien mengatakan nyeri pada kaki sebelah kiri agak berkurang</p> <p>P : nyeri post operasi</p> <p>Q : nyeri yang dirasakan klien seperti tertusuk-tusuk mulai mereda</p> <p>R : nyeri pada kaki kiri di area operasi</p> <p>S : dengan skala nyeri 3</p> <p>T : nyeri terus-menerus mulai hilang dan suka hilang timbul</p> <p>2) Mengatakan sudah bisa miring kiri dan kanan dan duduk dengan bersandar</p> <p>3) Kilen mengatakan sudah bisa duduk dibantu oleh keluarga,serta berpegangan di pagar tempat tidur untuk duduk</p> <p>DO:</p> <p>1) Klien sesekali tampak meringis akibat nyeri dari pergerakan</p> <p>2) Kilen masih tampak terpasang selang infus ns 0,9%</p> <p>3) Kilen tampak bersih</p> <p>4) Handrall tempat tidur tampak</p>
-------	--	---

18.00	<p>1.1 Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>1.2 Pemberian obat analgetic</p> <p>3.1 Melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>4.1. Memasang handrall tempattidur.</p> <p>5.1 monitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>5.2 mengajarkan mencuci tangan</p>	<p>terpasang</p> <p>5) Roda tempat tidur terkunci</p> <p>6) Tidak ada tanda-tanda resiko infeksi</p> <p>7) Melakukan gv perban diluka operasi dan dibelakang punggung</p> <p>8) Melepas drain klien</p> <p>9) TTV : TD: 125/80 mmHg N: 85 x/menit S: 36.5 0°c RR : 20 x/menit</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 dalam mengatur posisi klien</p> <p>3) Kilen tampak melakukan mobilisasi dengan di bantu keluarga</p> <p>4) Keluarga membantu dalam perawatan diri seperti mengganti pakaian dan meseka kilen</p> <p>5) Handrall tempat tidur tampak terpasang</p> <p>6) Roda pada tempat tidur terkunci</p> <p>7) Kilen tampak tidak ada tanda dan gejala infeksi</p> <p>8) Kilen tampak melakukan mencuci tangan dengan benar</p> <p>9) Pemberian obat ketorolax 2x1mg</p>
-------	--	--

(Sumber : Data Premier)

Berdasarkan tabel 4.11 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 09 Maret 2023 sampai tanggal 11 Maret 2023. Pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan secara komprehensif.

7. Evaluasi

Tabel 4.12
Evaluasi asuhan keperawatan Klien 1 dengan *Post Operasi Fracture* di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Hari	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi SOAP
Kamis, 09 Maret 2023	(D0077) Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi)	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) P : Klien mengatakan nyeri dirasa ketika paha digerakkan Q : Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk R : Klien megatakan nyeri di bagian paha kiri atas yang di operasi S : Klien mengatakan skala nyeri 5 T : klien mengatakan nyeri terasa saat digerakan dan hilang saat di istirahatkan 2) Klien mengatakan paham apa yang di ajarkan oleh perawat untuk mengurangi nyeri <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Sese kali klien tampak meringis dan gelisah akibat nyeri 2) Klien tampak paham apa yang di jelaskan oleh perawat. 3) Klien melakukan tindakan teknik nafas dalam untuk mengurangi nyeri 4) TTV: TD : 130/73 mmHg N : 70 x/menit R : 20 x/menit S : 36.5 °c <p>A: Masalah nyeri belum teratasi</p> <ul style="list-style-type: none"> -Keluhan nyeri meningkat -Meringis meningkat -Sikap protektif meningkat -Gelisah meningkat -Kesulitan tidur meningkat -Frekuensi nadi meningkat <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>Observasi</p> <p>1.1 Identifikasi lokasi, karakteristik,</p>

<p>Kamis, 09 Maret 2023</p>	<p>(D.0054) gangguan mobilitas fisik b.d gangguan muskuloskeletal</p>	<p>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 Terapeutik 1.5 Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 1.6 Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri Edukasi 1.7 Ajarkan teknik non farmakologi (nafasdalam) Kalaborasi 1.8 Kalaborasi pemberian analgetik</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 3) Klien mengatakan agak lebih nyama setelah di lakukan latihan room <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien menderita fracture collum femur dextra 2) Klien dilakukan tindakan operasi (ORIF) 3) Aktivitas kilen terlihat di bantu oleh keluarga 4) Klien terlihat kesulitan membolak balik posisi 5) Klien tampak mengikuti perintah yang di berikan oleh perawat saat melakukan latihan room <p>A : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pergerakan ektermitas meningkat - Kekuatan otot menurun - Rentan gerak (ROM) menurun - Nyeri meningkat - Kecemasan meningkat - Kaku sendi meningkat - Gerakan tidak terkodinasi meningkat - Gerakan terbatas meningkat - Kelemahan fisik meningkat <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Identifikasi kemampuan kilen beraktifitas 2.2 Monitor kondisi umum selama
-------------------------------------	---	---

Kamis, 09 Maret 2023	D0143) Risiko Jatuh dibuktikan dengan kondisi pasca operasi	<p>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>S: 1) Klien mengatakan kekuatan paha kiri atas masih melemah</p> <p>O: 1) Skala morse pada klien 55 resiko tinggi, klien terlihat kesulitan bergerak, pagar tempat tidur sudah terpasang dan sudah terpasang gelang resiko jatuh. 2) Memasang handrall / pagar tempat tidur terpasang 3) Memastikan roda tempat tidur terkunci.</p> <p>A: Masalah resiko jatuh teratasi sebagian - Jatuh dari tempat tidur menurun (3) - Jatuh saat berdiri menurun (3) - Jatuh saat duduk menurun (3) - Jatuh saat berjalan menurun (3) - Jatuh saat dipindahkan menurun (3) - Jatuh saat dikamar mandi menurun (3) - Jatuh saat membungkuk menurun (3)</p> <p>P : Lanjutkan intervensi Observasi 3.1 Identifikasi factor risiko jatuh Terapeutik 3.2 Pastikan roda pada tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci. 3.3 Pasang handrall tempat tidur Edukasi 3.4 Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</p>
Kamis, 09 Maret 2023	(D.0142) Risiko infeksi dibuktikan dengan prosedur invasif	<p>S : 1) Klien mengatakan belum paham tanda dan gejala infeksi</p> <p>O : 1) Klien tampak mendengarkan apa yang di jelaskan oleh perawat 2) Belum ada tanda dan gejala infeksi</p>

		<p>akibat operasi</p> <p>3)</p> <p>A : Masalah resiko infeksi teratasi sebagian</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kebersihan badan meningkat (3) - Kebersihan tangan meningkat (3) - Nafsu makan meningkat (3) - Demam menurun (2) - Kemerahan menurun (2) - Nyeri menurun (2) - Bengkak menurun (2) - Kadar sel darah putih membaik (2) - Kultur area luka membaik (2) <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>Observasi</p> <p>4.1. Monitor tanda gejala infeksi</p> <p>Terapeutik</p> <p>4.2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>Edukasi</p> <p>4.3. Jelaskan tanda dan gejala resiko infeksi</p> <p>4.4. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</p>
Jumat, 10 Maret 2023	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi)	<p>S :</p> <p>1)</p> <p>lien mengatakan nyeri pada sebelah paha kiri atas masih terasa nyeri</p> <p>P: nyeri post operasi</p> <p>Q: nyeri seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R: nyeri pada paha atas di area operasi</p> <p>S: skala nyeri 4</p> <p>T: nyeri yang dirasakan ketika digerkan dan hilang saat di istirahatkan</p> <p>2)</p> <p>lien mengatakan suhu lingkungan sudah tidak terlalu dingin.</p> <p>O:</p> <p>1) Sese kali klien masih tampak meringis dan gelisah</p> <p>2) Klien tampak melakukan teknik nafas dalam untuk mengurangi nyeri</p> <p>3) TTV :</p> <p>TD: 148/78 mmHg</p> <p>N: 88 x/menit</p> <p>S: 36,6 °C</p> <p>RR: 20 x/menit</p> <p>A: Masalah teratas sebagian</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan nyeri meningkat (4) - Meringis meningkat (4) - Sikap protektif meningkat (4) - Gelisah meningkat (4) - Kesulitan tidur meningkat (4) - Frekuensi nadi meningkat (4)

<p>Jumat, 10 Maret 2023</p>	<p>(D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskulosekletal</p>	<p>P: Lanjutkan intervensi Observasi 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 Terapeutik 1.5 Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 1.6 Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri Kalaborasi 1.7 Kalaborasi pemberian analgetik</p> <p>S: 1) Klien mengatakan mulai melakukan pergerakan-pergerakan ringan 2) Klien mengatakan untuk duduk kilen belum berani secara mandiri masih di bantu oleh keluarga. 3) Klien mengatakan bisa miring kiri tetapi miring ke kanan belum bisa 4) Klien mengatakan ingin belajar duduk tetapi belum bias secara mandiri 5) Klien mengatakan lumayan nyaman saat di lakukan latihan room</p> <p>O: 1) Klien mengalami post op fracture collum femur dextra 2) Klien terlihat mulai beraktivitas akan tetapi masih di bantu 3) Klien tampak bisa mengikuti apa yang di perintah oleh perawat untuk latihan room</p> <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisi teratasi sebagian - Pergerakan ektermitas meningkat (4) - Kekuatan otot menurun (4) - Rentan gerak (ROM) menurun (4) - Nyeri meningkat (4) - Kecemasan meningkat (4) - Kaku sendi meningkat (4) - Gerakan tidak terkoordinasi meningkat (4) - Gerakan terbatas meningkat (4) - Kelemahan fisik meningkat (4)</p> <p>P: Lanjutkan intervensi Observasi 2.1 Identifikasi kemampuan klien</p>
-------------------------------------	--	--

<p>Jumat, 10 Maret 2023</p>	<p>(D.0143) Risiko Jatuh yang di buktikan dengan factor risiko penurunan kekuatan otot</p>	<p>beraktifitas 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>S: 1) Klien mengatakan kekuatan pada kaki kanan paha atas yang di operasi masih lemah</p> <p>O: 1) Tidak ada jatuh selama perawatan 2) Tampak terpasang handrall di tempat tidur. 3) Roda tempat tidur terkunci</p> <p>A : Masalah resiko jatuh teratasi sebagian - Jatuh dari tempat tidur menurun (4) - Jatuh saat berdiri menurun (4) - Jatuh saat duduk menurun (4) - Jatuh saat berjalan menurun (4) - Jatuh saat dipindahkan menurun (4) - Jatuh saat dikamar mandi menurun (4) - Jatuh saat membungkuk menurun (4)</p> <p>P : Lanjutkan intervensi Observasi 3.1 Identifikasi factor risiko jatuh Terapeutik 3.2 Pastikan roda pada tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci. 3.3 Pasang handrall tempat tidur Edukasi 3.4 Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</p>
<p>Jumat, 10 Maret 2023</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</p>

		<p>operasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3) Melakukan gv 4) Terpasang infus 5) Melepas drain <p>A : Masalah resiko infeksi teratasi sebagian</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kebersihan badan meningkat (4) - Kebersihan tangan meningkat (4) - Nafsu makan meningkat (4) - Demam menurun (3) - Kemerahan menurun (3) - Nyeri menurun (3) - Bengkak menurun (3) - Kadar sel darah putih membaik (3) - Kultur area luka membaik (3) <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1. Monitor tanda gejala infeksi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.3. Jelaskan tanda dan gejala resiko infeksi 4.4. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
Sabtu, 11 Maret 2023	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi)	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan nyeri di paha 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 <p>3) TTV: TD: 130/90mmHgN: 80x/menit RR: 20x/menit S: 36,2°C</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <ul style="list-style-type: none"> -Keluhan nyeri meningkat (5) -Meringis meningkat (5) -Sikap protektif meningkat (5) -Gelisah meningkat (5) -Kesulitan tidur meningkat (5) -Frekuensi nadi meningkat (5) <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

Sabtu, 11 Maret 2023	(D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan musculoskeletal	<p>1.2 Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri</p> <p>1.3 Kalaborasi pemberian analgetik</p> <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) kilen mengaatakan nyama setelah di berikan latihan room 3) kilen mengatakan akan belajar jalan ketika pulang di rumah <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kekuatan otot kilen sudah mulai membaik 2) Klien sudah mampu untuk miring Kanan dan kiri serta duduk masih di bantu oleh keluarga 3) Kilen tampak lebih baik setelah di berikan latihan room 4) Kilen tampak semangat ingin cepat sembuh <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pergerakan ektermitas meningkat (4) - Kekuatan otot menurun (4) - Rentan gerak (ROM) menurun (4) - Nyeri meningkat (4) - Kecemasan meningkat (4) - Kaku sendi meningkat (4) - Gerakan tidak terkoordinasi meningkat (4) - Gerakan terbatas meningkat (4) - Kelemahan fisik meningkat (4) <p>P: Lanjutkan Intervensi di rumah ajarkan keluarga dan pasien</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Identifikasi kemampuan kilen beraktifitas 2.2 Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.3 Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alatbantu (mis: pagar tempat tidur) <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.4 Anjurkan mobilisasi dini 2.5 Anjurkan mobilisasi sederhana yangharus dilakukan (mis:duduk di tempat tidur) 2.6 Ajarkankeluarga untuk lakukan latihan room di rumah dan memberi tahu keluarga untuk melakukan berjalan menggunakan tongkat di rumah
----------------------------	---	---

Sabtu, 11 Maret 2023	Risiko jatuh di buktikan dengan kondisi pasca operasi	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan tidak pernah jatuh selama di rumah sakit 2) Klien mengatakan kaki kiri mulai bisa digerakan 3) Klien mengatakan selalu memastikan handrall tempat tidur terpasang <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Handrall tempat tidur terpasang 2) Roda tempat tidur klienterkunci <p>A : Masalah teratasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jatuh dari tempat tidur menurun (5) - Jatuh saat berdiri menurun (5) - Jatuh saat duduk menurun (5) - Jatuh saat berjalan menurun (5) - Jatuh saat dipindahkan menurun (5) - Jatuh saat dikamar mandi menurun (5) - Jatuh saat membungkuk menurun (5) <p>P : hentikan Intervensi</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Identifikasi factor resiko jatuh. <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.2 Pasang handrall tempat tidur. 4.3 Pastikan roda pada tempat tidur dan kursiroda selalu terkunci <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.4 Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah
Sabtu, 11 Maret 2023	(D.1042) Resiko infeksi di buktikan dengan prosedur invasif (pemasangan pen)	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan sudah bisa melakukan cuci tangan dengan benar <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) Tidak kemerahan 4) Tidak bau pad area operasi 5) terpasang infus 6) Klien tampak melakukan cuci tangan dengan benar <p>A : masalah teratasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kebersihan badan meningkat (5) - Kebersihan tangan meningkat (5) - Nafsu makan meningkat (5) - Demam menurun (5) - Kemerahan menurun (5) - Nyeri menurun (5) - Bengkak menurun (5)

		<ul style="list-style-type: none"> - Kadar sel darah putih membaik (5) - Kultur area luka membaik (5) <p>P : hentikan intervensi ajarkan keluarga dan pasien untuk melakukan monitor tingkat infeksi di rumah</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>
--	--	---

(Sumber : Data Primer)

Pada table 4.12 Evaluasi Keperawatan di dokumentasikan dalam bentuk SOAP. Dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari dirumah sakit. Saat melakukan evaluasi tindakan pada klien 1 diagnosa keperawatan yang teratasi yaitu nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, risiko jatuh, dan risiko infeksi.

Tabel 4.13
Evaluasi asuhan keperawatan Klien 2 dengan *Post Operasi Fracture* di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
Kamis, 09 Maret 2023	(D.0077) Nyeri akut berhubungandengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)	<p>S :</p> <p>P: klien mengatakan nyeri di rasakan ketikakaki kanan di gerkan</p> <p>Q : klien mengatkan nyeri seperti di tusku-tusuk</p> <p>R: klien mengatakan nyeri di bagian kakikanan yang di operasi</p> <p>S: klien mengatakandkala nyeri 5</p> <p>T: klien mengatakannyeri di rasakan hilang timbul</p> <p>O :</p> <p>1) Wajah klien terlihat meringis</p> <p>2) Klien menderita post op fracture tibia fibula</p> <p>3) TTV :</p>

<p>Kamis, 09 Maret 2023</p>	<p>D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal</p>	<p>TD: 119/77mmHg N: 100x/menit RR: 20x/menit T : 38°C</p> <p>A : Masalah nyeri belum teratasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan nyeri menurun (3) - Meringis menurun (3) - Sikap protektif menurun (3) - Gelisah menurun (3) - Kesulitan tidur menurun (3) - Frekuensi nadi membaik (3) <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 1.6 Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri 1.7 Kolaborasi pemberian obat <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan sulit bergerak karena keadaan kakinya 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 dektra pada kaki kiri 2) Aktivitas klien terlihat dibantu oleh keluarga 3) Klien terlihat kesulitan membolak balikan posisi <p>A : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pergerakan ekstermitas meningkat (3) - Kekuatan otot meningkat (3) - Rentang gerak (ROM) meningkat (3) - Nyeri menurun (3) - Kecemasan menurun (3) - Kaku sendi menurun (3)
-------------------------------------	---	--

<p>Kamis, 09 Maret 2023</p>	<p>(D.0143) Risiko Jatuh yang di buklkan dengan kondisi pasca operas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gerakan tidak terkordinasi menurun (3) - Gerakan terbatas menurun (3) - Kelemahan fisik menurun (3) <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Identifikasi kemampuaankilen 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>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 teratasi sebagian</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jatuh dari tempat tidur menurun (3) - Jatuh saat berdiri menurun (3) - Jatuh saat duduk menurun (3) - Jatuh saat berjalan menurun (3) - Jatuh saat dipindahkan menurun (3) - Jatuh saat dikamar mandi (3)menurun - Jatuh saat membungkuk menurun (3) <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Identifikasi factorrisiko jatuh <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.2 Pastikan roda pada tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci. 4.3 Pasang handrall tempattidur <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.4 Anjurkan memanggilperawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah
-------------------------------------	--	--

<p>Kamis, 09 Maret 2023</p>	<p>(D.0142) Resiko infeksi di buktikan dengan prosedur invasif (pemasangan pen)</p>	<p>S : 1) Klien mengatakan belum paham tanda dan gejala infeksi O : 2) Klien tampak mendengarkan apa yang di jelaskan oleh perawat 3) Belum ada tanda dan gejala infeksi A : masalah resiko infeksi belum teratasi sebagian</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kebersihan badan meningkat (3) - Kebersihan tangan meningkat (3) - Nafsu makan meningkat (3) - Demam menurun (3) - Kemerahan menurun (3) - Nyeri menurun (3) - Bengkak menurun (3) - Kadar sel darah putih membaik (3) - Kultur area luka membaik (3) <p>P : Lanjutkan intervensi 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 resiko infeksi 5.4 Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</p>
<p>Jumat, 10 Maret 2023</p>	<p>(D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik</p>	<p>S : 1) Klien mengatakan paham apa yang diajarkan oleh perawat 2) Klien mengatakan nyeri pada kaki sebelah kiri agak berkurang P : nyeri post operasi Q : nyeri yang dirasakan klien seperti tertusuk- tusuk mulai mereda R : nyeri pada kaki kiri di area operasi S : dengan skala nyeri 3 T : nyeri terus-menerus mulai hilang dan suka hilang timbul 3) Klien mengatakan nyeri di kaki sudah mulai berkurang 4) Klien mengatakan skala nyeri turun menjadi 3 5) Klien mengatakan jika nyeri terasa klien melakukan teknik nafas</p>

<p>Jumat, 10 Maret 2023</p>	<p>(D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal</p>	<p>dalam yang sudah di ajarkan oleh perawat</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Wajah klien terlihat tidak meringis lagi 2) Klien terlihat lebih rilex 3) Klien menderita post op fracture tibia fibula 4) Klien tampak bias melakukan teknik nafas dalam 5) TTV : TD: 125/80 mmHg N: 85 x/menit S: 36.5 0°c RR : 20 x/menit <p>A : Masalah nyeri teratasi sebagian</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan nyeri menurun (4) - Meringis menurun (4) - Sikap protektif menurun (4) - Gelisah menurun (4) - Kesulitan tidur menurun (4) - Frekuensi nadi membaik (4) <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 1.6 untuk mengurangi rasa nyeri 1.7 Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri <p>Kalaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.8 Kalaborasi pemberian analgetik, jika perlu <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) Klien mengatakan agak lebih nyaman setelah di lakukan latihan room <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien menderita post op fracture
-------------------------------------	--	--

<p>Jumat, 10 Maret 2023</p>	<p>(D.0143) Resiko Jatuh yang dibuktikan dengan : kondisi pasca operasi</p>	<p>tibia fibula</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) Aktivitas klien terlihat masih dibantu oleh keluarga 3) Klien tampak lebih nyaman 4) Klien terlihat mulai beraktivitas lebih <p>A : Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pergerakan ekstermitas meningkat (4) - Kekuatan otot meningkat (4) - Rentang gerak (ROM) meningkat (4) - Nyeri menurun (4) - Kecemasan menurun (4) - Kaku sendi menurun (4) - Gerakan tidak terkordinasi menurun (4) - Gerakan terbatas menurun (4) - Kelemahan fisik menurun (4) <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Identifikasi kemampuan klien beraktifitas 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"> 3.4 Anjurkan mobilisasi dini 3.5 Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk ditempat tidur) <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 digerakan sedikit demi sedikit 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 sebagian</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jatuh dari tempat tidur menurun (4) - Jatuh saat berdiri menurun (4) - Jatuh saat duduk menurun (4) - Jatuh saat berjalan menurun (4) - Jatuh saat dipindahkan menurun (4) - Jatuh saat dikamar mandi
-------------------------------------	---	---

<p>Jumat, 10 Maret 2023</p>	<p>(D.0142) Resiko infeksi di buktikan dengan prosedur infasif (pemasagan pcn)</p>	<p>menurun (4) - Jatuh saat membungkuk menurun (4)</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi Observasi 4.1 Identifikasi factor resiko jatuh. Terapeutik 4.2 Pasang handrall tempat tidur. 4.3 Pastikan roda pada tempat tidur dan kursi roda selalu terkunci Edukasi 4.4 Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</p> <p>S : 1) Klien mengatakan paham tentang tanda dan gejala infeksi</p> <p>O : 1) Klien tampak mendengarkan apa yang dijelaskan oleh perawat 2) Melakukan gv pada daerah luka operasi klien 3) Belum ada tanda dan gejala infeksi</p> <p>A : Masalah resiko infeksi teratasi sebagian - Kebersihan badan meningkat (4) - Kebersihan tangan meningkat (4) - Nafsu makan meningkat (4) - Demam menurun (4) - Kemerahan menurun (4) - Nyeri menurun (4) - Bengkak menurun (4) - Kadar sel darah putih membaik (4) - Kultur area luka membaik (4)</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 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 resiko infeksi 5.4 Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</p>
-------------------------------------	--	--

Sabtu, 11 Maret 2023	(D0077) Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi)	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan paham apa yang diajarkan oleh perawat 2) Klien mengatakan nyeri pada kaki sebelah kiri berkurang P : nyeri post operasi menurun Q : nyeri yang dirasakan klien seperti tertusuk-tusuk menurun R : nyeri pada pangkal paha kanan di area operasi S : dengan skala nyeri 2 T : nyeri terus-menerus menurun 3) Klien mengatakan nyeri di kaki sudah mulai menurun/ membaik 4) Klien mengatakan skala nyeri turun menjadi 2 5) Klien mengatakan jika nyeri terasa klien melakukan teknik nafas dalam yang sudah diajarkan oleh perawat <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Wajah klien terlihat tidak meringis lagi 2) Klien terlihat lebih rileks 3) Klien menderita post op fracture tibia fibula 4) Klien tampak bias melakukan teknik nafas dalam 5) TTV : TD: 120/82 mmHg N: 78 x/menit S: 36,5 °C RR: 20 x/menit <p>A : Masalah nyeri teratasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan nyeri menurun (5) - Meringis menurun (5) - Sikap protektif menurun (5) - Gelisah menurun (5) - Kesulitan tidur menurun (5) - Frekuensi nadi membaik (5) <p>P : Hentikan intervensi</p>
Sabtu, 11 Maret 2023	(D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan musculoskeletal	<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) Klien mengatakan agak lebih nyaman setelah dilakukan latihan room

<p>Sabtu, 11 Maret 2023</p>	<p>(D.0143) Risiko jatuh yang di buktikan dengan kondisi pasca operasi</p>	<p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien menderita post op fracture tibia fibula 2) Aktivitas klien terlihat masih dibantu oleh keluarga 3) Klien tampak lebih nyaman 4) Klien terlihat mulai beraktivitas lebih <p>A : Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pergerakan ekstermitas meningkat (5) - Kekuatan otot meningkat (5) - Rentang gerak (ROM) meningkat (5) - Nyeri menurun (5) - Kecemasan menurun (5) - Kaku sendi menurun (5) - Gerakan tidak terkordinasi menurun (5) - Gerakan terbatas menurun (5) - Klemahan fisik menurun (5) <p>P : Hentikan intervensi</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan tidak pernah jatuh selama dirumah sakit 2) Klien mengatakan kaki kanan mulai bisa digerakan sedikit demi sedikit 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> <ul style="list-style-type: none"> - Jatuh dari tempat tidur menurun (5) - Jatuh saat berdiri menurun (5) - Jatuh saat duduk menurun (5) - Jatuh saat berjalan menurun (5) - Jatuh saat dipindahkan menurun (5) - Jatuh saat dikamar mandi menurun (5) - Jatuh saat membungkuk menurun (5) <p>P: Hentikan intervensi</p>
---	--	--

Sabtu, 11 Maret 2023	(D.0142) Resiko infeksi dibuktikan dengan prosedur infasif	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan paham tentang tanda dan gejala infeksi <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien tampak mendengarkan apa yang dijelaskan oleh perawat 2) Melakukan gv pada daerah luka operasi 3) Belum ada tanda dan gejala infeksi <p>A : Masalah resiko infeksi teratasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kebersihan badan meningkat (5) - Kebersihan tangan meningkat (5) - Nafsu makan meningkat (5) - Demam menurun (5) - Kemerahan menurun (5) - Nyeri menurun (5) - Bengkak menurun (5) - Kadar sel darah putih membaik (5) - Kultur area luka membaik (5) <p>P : Hentikan intervensi</p>
-------------------------------	--	---

(Sumber :Data Primer)

Pada table 4.13 Evaluasi Keperawatan di dokumentasikan dalam bentuk SOAP. Dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari dirumah sakit. Saat melakukan evaluasi tindakan pada klien 1 diagnosa keperawatan yang teratasi yaitu nyeri akut, risiko jatuh, dan risiko infeksi. Yang teratasi sebagian diagnosa gangguan mobilitas fisik

4.2 Pembahasan

Pada pembahasan kasus ini peneliti akan membahas tentang adanya kesesuaian maupun kesenjangan antara teori dan hasil asuhan keperawatan pada klien 1 dan 2 dengan kasus *post op fraktur* yang telah dilakukan sejak 09 s/d 11 Maret 2023 di ruang Flamboyan B di RSUD dr.Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. Kegiatan yang dilakukan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

Hasil pengkajian klien 1 dan 2 menggunakan konsep pengkajian keperawatan medikal bedah, dimana pengkajian ini difokuskan pada asuhan keperawatan pada klien dengan *post op fracture*. Pengkajian pada klien 1 umur 68 tahun dilakukan pada tanggal 09 Maret 2023 dan pada klien 2 umur 50 tahun dilakukan pada tanggal 09 Maret 2023. Hasil dari pengkajian sebagai berikut.

Pada riwayat penyakit sekarang ditemukan data klien 1 mengatakan jatuh dari motor akibat menghindari jalanan yang berlubang lokasi terjadi sekitar rumah pukul 15.00 kemudian dibawa ke rumah sakit terdekat mendapatkan perawatan dan di rontgen kemudian dirujuk ke RSKD pada pukul 17.05 dilakukan perawatan dan dipindahkan ke ruang perawatan di Flamboyan B untuk dijadwalkan melakukan operasi *post op fraktur* di ruang operasi. Klien mulai puasa pukul 19.30. klien mulai di pindah dari flamboyant B ke ruang operasi pukul 09.00 klie selesai

operasi pukul 10.15.

Sedangkan pada klien 2 mengatakan mengalami kecelakaan ditabrak oleh mobil dari belakang kemudian klien dibawa ke IGD RSKD pada pukul 15.30. di IGD klien mendapatka perawatan dan dilakukan rontgen kemudian klien di pindah ke ruang perawatan flamboyant B untuk menjadwalkan melakukan operasi post op fraktur diruan operasi. Klien mulai puasa pukul 18.00. klien mulai dipindahkan dari ruang flamboyant b ke ruang operasi puku 08.00 klien selesai operasi 09.00

Pasien pasca operasi fraktur seringkali mengeluh rasa nyeri, nyeri yang dirasakan pasca operasi disebabkan karena terjadinya torehan, tarikan, manipulasi jaringan dan organ. Hasil penelitian ini bertujuan memberikan deskripsi karakteristik dari responden dan menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi intensitas nyeri pasien pasca operasi fraktur ekstremitas bawah menurut (Wijaya, 2018). 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* dengan tindakan operasi ORIF sedangkan pada klien 2 diagnosa medisnya adalah *post op close fracture tibia fibula* 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 dan di paha kiri terpasang elastis verban. Sedangkan keadaan umum pada klien 2 yaitu sedang terpasang infus di tangan kanan dan di kaki kiri terpasang elastis verban. Menurut (Tarwono dan Wartonah 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).

Hasil pemeriksaan rontgen pada klien 1 didapatkan hasil *Fracture femur*, sedangkan pada klien 2 didapatkan hasil *fracture tibia fibula*. 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

Diagnosa 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 dengan menggunakan Standar Keperawatan Indonesia (PPNI, 2017)

Pada kasus ini peneliti menegakan 4 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, Resiko jatuh dengan ketidak adekuatan kondisi pasca operasi dan Risiko infeksi dengan ketidak adekuatan prosedur operasi (pemasangan pen).

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

a. Nyeri akut b.d agen pencedra 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: 130/73 mmHg, N: 70x/menit, RR: 20x/menit dan S: 36.5°C sedangkan pasien 2 tanda-tanda vital: TD: 116/64 mmHG, N: 85 x/menit, RR: 20x/menit dan S: 36,5°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 endorphin 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). Adanya perbedaan tingkat nyeri antara klien 1 dan 2 ternyata terjadi karena setiap orang memiliki penerimaan rasa sakit yang berbeda beda walaupun kondisi luka yang sama, nyeri bisa terjadi karna beberapa faktor yaitu gen seseorang, usia, makna nyeri, perhatian,

dan pengalaman sebelumnya. Penulis berasumsi bahwa gejala khas dari *fracture* pasti terjadi nyeri karena di akibatkan dari prosedur *post op* tersebut.

b. Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan muskuloosekeletal

Masalah keperawatan ini ditemukan pada pasien 1 dan 2 penegakan dilakukan berdasarkan SDKI (2017) dengan keluhan pasien 1 Data Subjektif: kilen mengatakan paha 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 paha kiri, pergerakan sendi terbatas dan terpasang balutan perban. Sedangkan pada kilen 2 Data Subjektif : kilen mengatakan sulit bergerak karena kaki kiri yang di operasi, kilen mengatakan tidak bisa beraktivitas normal seperti biasanya di akibat kan 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, tampak 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 pasca 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 pasca operasi, mempercepat pemulihan klien pasca operasi.

Penegakan diagnosa 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 klien muncul dari akibat dari pasca operasi sehingga mengakibatkan penurunan kekuatan otot.

c. Risiko jatuh d.d pasca operasi

Masalah keperawatan ini di temukan pada klien 1 dan klien

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 dengana cara memasang handrall pada tempat tidur, memastikan roda tempat tidur terkunci, memasang gelang resiko jatuh,dan menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah.

d. Risiko infeksi d.d prosedur tindkan invasive (pemasangan pen)

Masalah keperawatan ini ditemukan pada kilen 1 dan kilen 2 penegakan dilakukan berdasarakan SDKI (2017) dengan keluhan kilen 1 Data Subjektif: kilen mengetahui tanda dan gejala infeksi Data Objektif : 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 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* 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. 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 di tandi dengan pasien bias miring kiri dan kanan bias duduk, pada diagnosa deficit perawatan diri teratasi sebagian di tandai 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 infesi masalah dapat teratasi tandai 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 tibia fibula* 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. 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 masalah teratasi sebagian ditandai dengan pasien bias miring kiri dan kanan bias duduk dan proses berjalan menggunakan tongkat, pada diagnosa deficit perawatan diri masalah teratasi sebagian ditandai dengan pasien mau melakukan perawatan diri, menjaga kebersihan diri pada diagnosa 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 diagnosa 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

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian penerapan asuhan keperawatan pada klien 1 dengan *post operasi fracture femur* di Ruang Flamboyan B di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Kalimantan Timur dan klien 2 dengan *post operasi fracture tibia fibula* di ruang Flamboyan B 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 pasien 1 juga dirasakan pasien 2. Tanda dan gejala yang muncul yang di rasakan oleh kedua pasien yaitu adanya nyeri di anggota gerak ekstremitas atas dan 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 muskulo skelet, 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.

5.2 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 atas dan bawah di Ruang Falmboyan B 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 atas dan bawah.

DAFTAR PUSTAKA

- Fikri N. (2020). Asuhan Keperawatan pada klien. *Jurnal Akper Buntet : Jurnal Ilmiah Akper Buntet Pesantren Cirebon*.
- Suriyah. (2019). Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Pada Sistem Muskuloskeletal. *Jurnal Keperawatn Medikal Medah*.
- Wulandari. (2018). Efektifitas Terapi Asmul Husna Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pada Pasien Fraktur di RSUD Provinsi Riau. *Jurnal Edurance: Kajian Ilmiah Problem Kesehatan*.
- Desiartama, A. (2021). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Fraktur Dalam Pemenuhan Kebutuhan Aman Nyaman Nyeri Akut. *Fakultas Ilmu Kesehatan : Universitas Husada Surakarta*.
- RISKESDAS. (2019). Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). *Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Kementrian RI Tahun 2018*.
- PPNI. (2022). *PPNI Standar Intervensi, Keperawatan Indonesia. Definisi Dan Tindakan Keperawatan. Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI*.
- Prasetyo, C. (2021). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Pre Op Fraktur Dengan Permasalahan Ansietas Di Rsud Bangil Kabupaten Pasuruan. *Profil Kesehatan Kab.Semarang, 41, 1-9*.
- (No Title, n.d.)*No Title. (n.d.)*.
https://p2ptm.kemkes.go.id/uploads/VHcrbkVobjRzUDN3UCs4eUJ0dVBndz09/2019/03/Buku_Pedoman_Manajemen_PTM.pdf
- 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.
- Nurarif, Amin Huda & Kusuma, H. (2016). *Asuhan Keperawatan Praktis Berdasarkan Penerapan Diagnosa Nanda, NIC, NOC dalam Berbagai Kasus* (1st ed.). Mediacion Publishing
- Nurarif Huda, A. & K. H. (2015). *Aplikasi askep berdasarkan NANDA NIC-NOC*. MediAction.
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik* (1sted.). DPP PPNI.
- PPNI, T. P. S. D. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*.

PPNI, (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*.

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.

Rukajat, A. (2018). *Pendekatan Penelitian Kualitatif (Qualitative Research Approach)*. DEEPUBLISH.

Sani, F. (2018). *Metodologi Penelitian Farmasi Komunitas dan Eksperimental*. DEEPUBLISH

Kenneth A. Egol, Kenneth J. Koval, Joseph D. Zuckerman. 2015. *Handbook of Fractures 5th Edition*. New York. Wolters Kluwer

Brunner, Suddarth. 2015. *Buku Ajar keperawatan medikal bedah, edisi 8 vol.3. EGC*. Jakarta.

Sulistyaningsih. 2016. Gambaran kualitas hidup pada pasien pasca *open reduction internal fixation* (orif) ekstremitas bawah di poli ortopedi rs ortopedi prof.dr. r. soeharso surakarta.

Muttaqin, A. 2015. Asuhan Keperawatan Gangguan Integumen. Jakarta: Selemba Medika Palembang Tahun 2012. " *Jurnal Kedokteran dan Kesehatan* 2.3 : 253-260.

WHO. (2022). Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>

Kurniawan, 2021 *Jurnal Keperawatan Fraktur*. Ilmu

Lampiran 1

INFORMED CONSENT

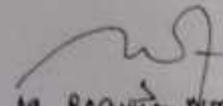
Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai asuhan keperawatan yang akan dilakukan oleh Delvutri Norwanti dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan *Fracture* Di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2023"

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada asuhan keperawatan ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama asuhan keperawatan saya menginginkan pengunduran diri, maka saya dapat mengundurkan sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Balikpapan, Maret 2023

Saksi

Yang Memberikan Persetujuan


(M. RACHMAD DUDI S, SST)


(.....)

Mahasiswa


(Delvutri Norwanti)

INFORMED CONSENT

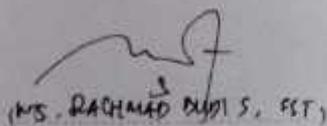
Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai asuhan keperawatan yang akan dilakukan oleh Delvitra Norwanti dengan judul "**Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Fracture Di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2023**".

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada asuhan keperawatan ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama asuhan keperawatan saya menginginkan pengunduran diri, maka saya dapat mengundurkan sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Balikpapan, Maret 2023

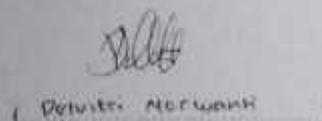
Saksi

Yang Memberikan Persetujuan


(MS. RACHMAD DUDI S. SST)


(Delvitra Norwanti)

Mahasiswa


(Delvitra Norwanti)

Lampiran 2



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

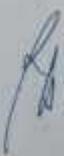


Jalan Kurnia Makmur No. 64 RT. 24 Kelurahan Harapan Baru Kecamatan Loa Janan Ilir
Samarinda Kalimantan Timur Telp (0541)738153, Faksimile (0541)768523
Laman: [http:// www.poltekkes-kaltim.ac.id](http://www.poltekkes-kaltim.ac.id) Surat Elektronik: poltekkes_smd2007@yahoo.co.id

LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

Nama : DELVITRI NORWANTI
Nim : P07220120068
Pembimbing : 1. Ns. Rahmawati Shoufiah., S.ST. M.Pd
: 2. Ns. Grace Carol Sipasulta. M.Kep., Sp.Kep.Mat

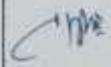
Proposal & Hasil KTI				Tanda Tangan/Paraf	
No	Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Pembimbing	Pembimbing 1	Pembimbing 2
1	Sabtu, 28 Januari 2023	Mengkonsultasikan tentang kasus			
2	Kamis, 03 Februari 2023	BAB 1	1. Mengerjakan yang bersifat umum terlebih dahulu 2. Jangnn ada pengulangan kata 3. Dampak komplikasi dan masalah dari penyakit jika tidak ditangani		

3	Rabu, 22 Februari 2023	BAB I	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki pengumpulan kata 2. Perbaiki kronologi masih terhambur 3. Rapikan pengetikan 		✓
4	Kamis, 23 Februari 2023	BAB I, II, dan III	<ol style="list-style-type: none"> 1. LMB 2. Kerapian pengetikan 		✓ 
5	Jumat, 24 Februari 2023	BAB I, II, dan III	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kerapian pengetikan dan jarak 		✓
6	Selasa, 28 Februari 2023	BAB I, II, dan III	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki LBM tambahkan yang kurang (MSKS) 2. Pathway tambahkan pre dan post, terbuka dan tertutup 		✓ 
7	Kamis, 02 Maret 2023	BAB I dan Pathway	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rapikan pengetikan 2. Ubah judul jadi fraktur biar bersifat umum 3. Tambahkan pre dan post fraktur di LBM 		✓

8	Kamis, 02 Maret 2023	LBM dan Pathway	1. Tambahkan fraktur tertutup dan terbuka		
9	Kamis, 02 Maret 2023	BAB I, II, dan III Daftar proposal	Acc ujian proposal		
10	Kamis, 08 Maret 2023	BAB I, II, dan III	1. Kerapian pengetikan 2. Kerapian penulis		
11	Kamis, 18 Maret 2023	BAB I, II, dan III	1. Patofisiologi dirubah 2. Pathway di perbaikan 3. Materi fraktur tertutup dan terbuka di tambah 4. Kerapian pengetikan, margins		
12	Selasa, 14 Maret 2023	BAB I, II, dan III	1. Perbaiki pengetikan jarak dan spasi 2. Perhatikan spasi before dan after		

13	Kamis, 16 Maret 2023	Bab I, II, dan III	1. Perbaiki pengetikan jarak dan spasi 2. Perhatikan before dan after		
14	Selasa, 21 Maret 2023	BAB I, II, dan III	1. Perhatikan pengetikan jarak dan spasi 2. Perhatikan before dan after 3. Perhatikan margin		
15	Selasa, 28 Maret 2023	BAB I, II, dan III	1. Cek pengetikan sistematika 2. Cek margin dan rata kanan kiri		
16	Rabu, 29 Maret 2023	BAB I, II, dan III	1. Perbaiki BAB I kurangi kalimat pengulang 2. BAB III ditambahkan DO		
17	Kamis, 30 Maret 2023	BAB I dan III	1. Tambahkan pengertian askep		

18	Jumat, 31 Maret 2023	BAB I, II, dan III	Acc proposal dan lanjut penelitian		✓
19	Sabtu, 08 April 2023	BAB I, II, dan III	Acc proposal dan lanjut penelitian		 ✓
20	Kmalis, 09 Mei 2023	Konsultasi pasien	1. Cari pasien yang lain 2. Tidak harus sama yang penting sama- sama fraktur		✓
21	Jumat 26 Mei 2023	BAB 4	1. Diagnose 2. kerapian		✓
22	Juamt, 02 Juni 2023	BAB 4	1. Interpretasi data dijelaskan sesuai dengan pengkajian data yang di dapat 2. Setiap tindakan mengacu ketujuan khusus		✓
23	Senin, 05 Juni 2023	BAB 4	1. Data lab bias dicantumkan untuk menegakkan diagnose 2. Kuasai photofisiologi		✓
24	Jumat, 09 Juni 2023	BAB 4 dan 5	1. Askep klien 1 dan 2		 ✓
25	Senin, 12 Juni 2023	BAB 4 dan 5	1. Abstrak 2. Hasil pengkajian 3. Teori yang		 ✓

			<p>mendukung</p> <ol style="list-style-type: none"> Analisa data Asumsi pasien 		
26	Rabu, 14 Juni 2023	BAB 4 dan 5	<ol style="list-style-type: none"> Rangkai kata-kata menjadi cerita yang indah di RPS Tambahkan data fokus 		
27	Senin, 19 Juni 2023	BAB 4 dan 5	Acc hasil dan maju semhas		
28	Selasa, 18 Juli 2023	BAB 4 (revisi setelah ujian)	<ol style="list-style-type: none"> Abtrak analisa data-evaluasi Data fokus harus sama dengan analisa data 		
29	Rabu 20 Juli 2023	BAB 4	<ol style="list-style-type: none"> Abstrak Tambahkan kata visit keperawatan dihari kedua Perbaiki keyikan Tambahkan teori tindakan operasi 		
30	Rabu 26 Juli 2023	BAB 4	<ol style="list-style-type: none"> Setiap tabel diberi kata sumber: data primer Jika bab 4 ada teori baru ditambahkan juga di bab 2 Kurangi kalimat pengulang 		
31	Jumat, 28 Juli 2023	BAB I, II, III, IV, dan V	ACC		

32	Jumat 28 Juli 2023	BAB 4	1. Kriteria waktu 2. analisa data 3. intervensi masukkan juga ke evaluasi		
33	Selasa 01 Agustus 2023	BAB I, II, III, IV, dan V	ACC		