

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN POST ORIF
FRAKTUR FEMUR DI RUANG CEMPAKA RSUD ABDUL
WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA



Oleh :
Krisdiyana
P07220116059

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

2019

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN POST ORIF
FRAKTUR FEMUR DI RUANG CEMPAKA RSUD ABDUL
WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA

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



Oleh :
Krisdiyana
P07220116059

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

2019

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI UNTUK DIUJIKAN
TANGGAL 11 Juni 2019

Oleh

Pembimbing



Sutrisno APP., M.Kes

NIDN : 4015056401

Pembimbing Pendamping



Ns. Andi Lis Arming G, S.Kep., M.Kep

NIDN : 4029036801

Mengetahui,

Ketua Program Studi D III Keperawatan Samarinda
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



Ns. Andi Lis Arming G, S.Kep., M.Kep

NIP.196803291994022001

Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Anak Dengan Demam Tifoid Di Ruang
Perawatan Anak Rumah Sakit Samarinda Medika Citra


Telah diuji

Pada tanggal 11 Juni 2019

PANITIA PENGUJI

Ketua Penguji

Hj. Umi Kalsum, S.Pd., M. Kes
NIDN : 4025086501


.....)

Penguji Anggota :

1. Sutrisno, APP., M. Kes
NIDN : 40150556401


.....)


2. Ns. Andi Lis Arming G, S. Kep., M. Kep
NIDN : 4029036801


.....)

Mengetahui :

Ketua Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Ketua Program Studi D III
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur


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


Ns. Andi Lis AG, M. Kep
NIP : 196803291994022001

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama : Krisdiyana
Tempat/Tanggal Lahir : Sri Raharja, 14 Mei 1998
Jenis Kelamin : Laki-laki
Agama : Islam
Alamat : Jln. Kemuning RT 007 Desa Sri Raharja

Riwayat Pendidikan

1. Tahun 2004 - 2010 : SDN 018 Babulu
2. Tahun 2010 - 2013 : SMP N 8 PPU
3. Tahun 2013 - 2016 : SMA N 4 PPU
4. Tahun 2016 - 2019 : Mahasiswa Prodi D-III Keperawatan Samarinda
Poltekkes Kemenkes Kaltim

KATA PENGANTAR

Puji syukur senantiasa penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Kuasa atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Pasien Post ORIF Fraktur Femur di Ruang Cempaka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini dapat diselesaikan karena adanya bantuan dan dukungan dari berbagai pihak. Bersama ini perkenankan saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Drs.H.Supriadi B, S.Kp M.Kep selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Kaltim.
2. Hj. Umi Kalsum, S.Pd., M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan.
3. Ns. Andi Lis AG, M.Kep selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan.
4. Ns.Wiyadi, S.Kep., M.Sc dan Indah Nur Imamah,SST.,M.Kes selaku pembimbing yang telah dengan setia memberikan masukan dan arahan yang tulus sehingga saya termotivasi untuk menjadi lebih baik dengan menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini tepat pada waktunya.
5. Para dosen dan seluruh staf pendidikan di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur yang telah membimbing dan mendidik penulis dalam masa pendidikan.
6. Kepada kedua orang tua saya yaitu, Ayahanda saya Taryana dan Ibunda saya Neneng Suryati dan kakak saya Rita Yuniati dirumah atas semua doa dan

semangatnya yang tiada henti mendukung saya untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

7. Teman-teman saya di Kos yang telah menemani saya selama perkuliahan, yang juga seperti saudara saya sendiri yang selalu memberi saya semangat dan motivasi dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah.
8. Teman-teman saya yang seperti saudara saya yang selalu memberi saya semangat dan motivasi dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini serta teman – teman angkatan 16 kelas 3B Samarinda.
9. Semua pihak yang telah menolong saya dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini baik secara langsung maupun tidak langsung yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu.

Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Samarinda, Mei 2019

Penulis,

Krisdiyana

ABSTRAK
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN POST ORIF
FRAKTUR FEMUR DI RUANG CEMPAKA RSUD ABDUL
WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA

Latar Belakang : Fraktur atau patah tulang adalah terputusnya kontinuitas jaringan tulang dan/atau tulang rawan yang umumnya disebabkan rudapaksa. Berdasarkan hasil RISKESDAS oleh Badan Penelitian dan Pengembangan KEMENKES RI tahun 2013 kasus cedera yang mengalami patah tulang (fraktur) dengan angka prevalensi sebesar 5,8%, sedangkan berdasarkan hasil RISKESDAS tahun 2018 kejadian cedera disebabkan kecelakaan lalulintas di Indonesia dengan angka prevalensi sebesar 2,2% dan data yang didapat dari bagian rekam medik RSUD AWS didapati jumlah pasien fraktur berjumlah 657 orang dari 32.004 pasien RSUD AWS selama tahun 2016 atau sekitar 2,05% dari seluruh pasien pada tahun 2016.

Tujuan : upaya untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien *fraktur femur*

Metode : Study kasus, peneliti berupaya melakukan tindakan untuk mengatasi masalah dengan metode keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

Hasil : Berdasarkan hasil perawatan yang telah dilakukan masalah yang muncul pada pasien *fraktur femur* yaitu nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, gangguan integritas kulit, deficit perawatan diri, dan resiko jatuh telah teratasi selama 3 hari perawatan.

Kata Kunci : Asuhan keperawatan, *Post ORIF fraktur femur*

DAFTAR ISI

Halaman Sampul Depan.....	i
Halaman Pernyataan.....	ii
Halaman Persetujuan.....	iii
Halaman Pengesahan	iv
Riwayat Hidup	v
Kata Pengantar	vi
Abstrak	viii
Daftar Isi.....	ix
Daftar Lampiran.....	xii
Daftar Tabel	xiii
Daftar Bagan	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian	3
1.3.1. Tujuan Umum	3
1.3.2. Tujuan Khusus	3
1.4 Manfaat Penelitian	3
1.4.1. Bagi Peneliti	4
1.4.2. Bagi Tempat Penelitian	4
1.4.3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan.....	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Dasar	5
2.1.1 Pengertian	5
2.1.2 Patofisiologi & Pathway	7
2.1.3 Etiologi.....	8

2.1.4 Klasifikasi	9
2.1.5 Tanda dan Gejala	11
2.1.6 Penatalaksanaan	13
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang	18
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	18
2.2.1 Pengkajian	18
2.2.2 Masalah Keperawatan	22
2.2.3 Intervensi Keperawatan.....	24
2.2.4 Implementasi Keperawatan.....	31
2.2.5 Evaluasi	33
 BAB 3 METODE PENULISAN	
3.1 Pendekatan/Desain Penelitian	35
3.2 Subyek Penelitian.....	35
3.3 Definisi Operasional/Batasan Istilah.....	36
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian	36
3.5 Prosedur Studi Kasus	36
3.6 Metode dan Instrumen Pengumpulan Data	37
3.6.1. Teknik Pengumpulan Data.....	37
3.6.2. Instrumen Pengumpulan Data.....	37
3.7 Keabsahan Data.....	37
3.8 Analisis Data	38
 BAB 4 PEMBAHASAN	
4.1 Hasil Studi Kasus	39
4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian	39
4.1.2 Data Asuhan Keperawatan.....	40
4.1.2.1 Pengkajian	40
4.1.2.2 Analisa Data	49

4.1.2.3 Diagnosa Keperawatan.....	55
4.1.2.4 Intervensi Keperawatan.....	57
4.1.2.5 Implementasi Keperawatan.....	64
4.1.2.6 Evaluasi Keperawatan.....	72
4.2 Pembahasan.....	93

BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan	102
5.2 Saran.....	104

DAFTAR PUSTAKA



LAMPIRAN

Lampiran 1	Lembar informed Consent
Lampiran 2	Penjelasan untuk Mengikuti Penelitian
Lampiran 3	Format Pengkajian Asuhan Keperawatan
Lampiran 4	Format Daftar Diagnosa Keperawatan
Lampiran 5	Format Perencanaan Keperawatan
Lampiran 6	Format Pelaksanaan Keperawatan
Lampiran 7	Format Evaluasi Keperawatan



DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
Tabel 2.1	25
Tabel 4.1	40
Tabel 4.2	47
Tabel 4.3	48
Tabel 4.4	49
Tabel 4.5	52
Tabel 4.6	55
Tabel 4.7	57
Tabel 4.8	64
Tabel 4.9	68
Tabel 4.10	72
Tabel 4.11	81

DAFTAR BAGAN

Bagan

Halaman

Bagan 2.1 : 7



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Menurut *World Health Organization* (WHO), kasus fraktur terjadi di dunia kurang lebih 13 juta orang pada tahun 2008, dengan angka prevalensi sebesar 2,7%, sementara pada tahun 2009 terdapat kurang lebih 18 juta orang mengalami fraktur dengan angka prevalensi 4,2%. Tahun 2010 meningkat menjadi 21 juta orang dengan angka prevalensi sebesar 3,5%.

Berdasarkan hasil RISKESDAS oleh Badan Penelitian dan Pengembangan KEMENKES RI tahun 2013 kasus cedera yang mengalami patah tulang (fraktur) dengan angka prevalensi sebesar 5,8%, sedangkan berdasarkan hasil RISKESDAS tahun 2018 kejadian cedera disebabkan kecelakaan lalu lintas di Indonesia dengan angka prevalensi sebesar 2,2% dan data yang didapat dari bagian rekam medik RSUD AWS didapati jumlah pasien fraktur berjumlah 657 orang dari 32.004 pasien RSUD AWS selama tahun 2016 atau sekitar 2,05% dari seluruh pasien pada tahun 2016, sedangkan di tahun 2017 jumlah pasien fraktur berjumlah 770 orang dari 33.241 pasien RSUD AWS atau sekitar 2,31% dari seluruh pasien pada tahun 2017.

Dengan tingginya kecelakaan lalu lintas pemerintah pusat telah membuat program yang didalamnya melibatkan beberapa kementerian dan lembaga terkait, yang disebut dengan program Rencana Umum Nasional Keselamatan (RUNK) bagi pengguna angkutan jalan dimana ada 5 pilar dalam program tersebut diantaranya

Bapenas, Kementerian PUPR untuk memperbaiki jalan, Kemenhub untuk memperbaiki kualitas kendaraannya, Kepolisian untuk meningkatkan kualitas pengemudinya, kemudian Poskes dari kementerian kesehatan.

Masalah keperawatan yang muncul pada pasien fraktur adalah nyeri akut, perfusi perifer tidak efektif, gangguan integritas kulit, gangguan mobilitas fisik, defisit perawatan diri: mandi, resiko infeksi, dan resiko syok (SDKI 2016). Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan sebagai perawat adalah sesuai diagnosa yaitu nyeri akut 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 BP, warna kulit suhu kulit, denyut jantung, HR, dan ritme, nadi perifer.

Berdasarkan latar belakang diatas, penulis merasa tertarik untuk membuat karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan keperawatan Pada Pasien Post ORIF Fraktur Femur di RSUD Abdul Wahab Sjahranie.

1.2 Rumusan masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimana gambaran asuhan keperawatan pada pasien Post ORIF fraktur femur di ruang Cempaka RSUD Abdul Wahab Sjahranie.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mendapatkan gambaran secara umum tentang asuhan keperawatan pasien fraktur.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Melakukan pengkajian pada pasien dengan fraktur
- 2) Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan fraktur
- 3) Menyusun perencanaan keperawatan pada pasien dengan fraktur
- 4) Melakukan implementasi keperawatan pada pasien dengan fraktur
- 5) Mengevaluasi pada pasien dengan fraktur.

1.4 Manfaat

1.4.1 Bagi Penulisan

Menambah pengetahuan, pengalaman dan wawasan bagi peneliti dalam melaksanakan studi kasus, khususnya dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien fraktur.

1.4.2 Bagi Tempat Penulisan

Diharapkan karya tulis ilmiah dapat menjadi referensi bacaan ilmiah untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien fraktur.

1.4.3 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Diharapkan penulisan ini dapat jadi acuan untuk meningkatkan pengetahuan tentang asuhan keperawatan pasien dengan fraktur.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Kasus

2.1.1 Pengertian Fraktur

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

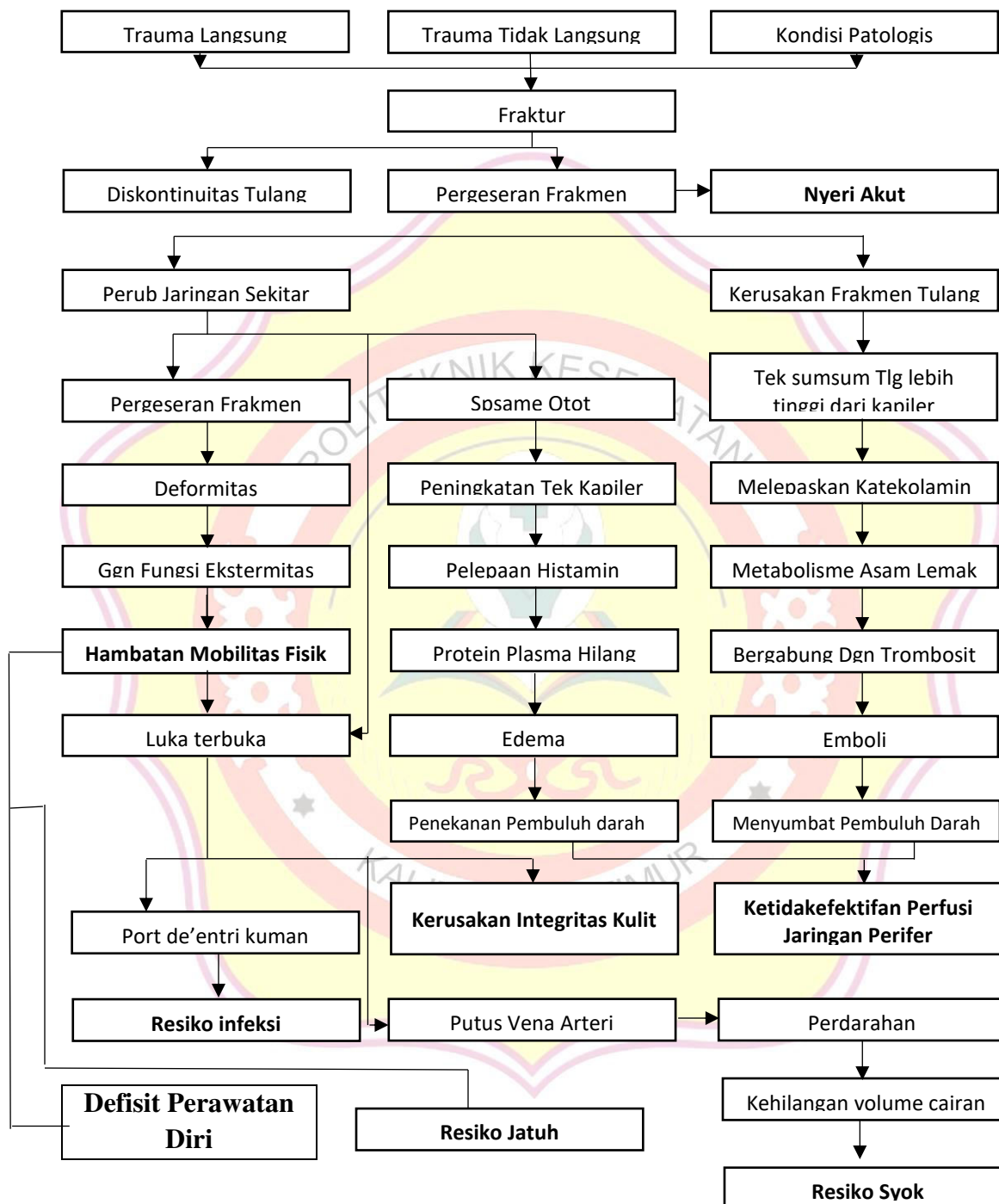
Fraktur adalah suatu diskontinuitas susunan tulang yang disebabkan oleh trauma atau keadaan patologis. Fraktur dapat disebabkan oleh keadaan patologis selain dari factor traumatik. Fraktur pada tulang lemah yang disebabkan oleh trauma minimal disebut dengan fraktur patologis. Penyebab tersering fraktur patologis pada femur proksimal adalah osteoporosis. Jenis fraktur femur mempunyai insiden yang tinggi diantara fraktur tulang lain dan fraktur femur paling sering terjadi pada batang femur 1/3 tengah. Fraktur femur lebih sering terjadi pada laki-laki dari pada perempuan dengan umur dibawah 45 tahun dan

sering berhubungan dengan olahrag, pekerjaan atau kecelakaan (Lukman & Nurna Ningsih, 2009).

Fraktur adalah terputusnya kontinuitas jaringan tulang yang umumnya disebabkan oleh rudapaksa (Mansjoer et al, 2000). Sedangkan menurut Linda Juall C. dalam buku *Nursing Care Plans and Dokumentation* menyebutkan bahwa fraktur adalah rusaknya kontinuitas tulang yang disebabkan tekanan eksternal yang datang lebih besar dari yang dapat diserap oleh tulang.

Patah tulang tertutup adalah patah tulang dimana tidak terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar (Soedirman, 2002). Pendapat lain menyatakan bahwa patah tulang tertutup adalah suatu fraktur yang bersih (karena kulit masih utuh atau tidak ada robek) tanpa komplikasi (Handerson, M. A, 1992). Fraktur terbuka merupakan kasus emergensi karena dapat terjadi kontaminasi oleh bakteri dan disertai dengan perdarahan yang hebat (Asikin, 2002)

2.1.2 Patofisiologi



Bagan 2.1
Patofisiologi fraktur : Nanda Nic Noc 2015 (modifikasi)

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

2.1.3 Etiologi

Fraktur dapat disebabkan oleh pukulan langsung, gaya meremuk, gerakan puntir mendadak dan kontraksi otot yang ekstrim. Patah tulang mempengaruhi jaringan sekitarnya mengakibatkan edema jaringan lunak, perdarahan ke otot dan sendi, dislokasi sendi, ruptur tendon, kerusakan saraf dan pembuluh darah. Organ tubuh dapat mengalami cedera akibat gaya yang disebabkan oleh fraktur atau gerakan fragmen tulang (smelt & Suddarth,2013).

Fraktur disebabkan oleh pukulan langsung, gaya meremuk, gerakan punter mendadak, dan bahkan kontaksi otot ekstrem (Smeltzer, 2002). Umumnya fraktur disebabkan oleh trauma dimana terdapat tekanan yang berlebihan pada tulang.

Fraktur cenderung terjadi pada laki-laki, biasanya fraktur terjadi pada umur dibawah 45 tahun dan sering berhubungan dengan olahraga, pekerjaan, atau luka yang disebabkan oleh kecelakaan kendaraan bermotor. Sedangkan pada orang tua perempuan lebih sering mengalami fraktur dari pada laki-laki yang berhubungan dengan meningkatnya insiden osteoporosis yang terkait dengan perubahan hormon pada menopause (Revees, 2001).

2.1.4 Klasifikasi

Fraktur dapat sangat bervariasi tetapi untuk alasan yang praktis, dibagi menjadi beberapa kelompok, yaitu :

- 1) Berdasarkan sifat fraktur (luka yang ditimbulkan)
 1. Fraktur Tertutup (closed), bila tidak terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar, disebut juga fraktur bersih (karena kulit masih utuh) tanpa komplikasi.
 2. Fraktur Terbuka (open/compound), bila terdapat hubungan antara hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar karena adanya permukaan kulit.
- 2) Berdasarkan komplrit atau ketidakkomplitan fraktur.
 1. Fraktur komplrit, bila garis patah melalui seluruh penampang tulang atau melalui kedua korteks tulang.
 2. Fraktur inkomplit, bila garis patah tidak melalui seluruh penampang tulang
- 3) Berdasarkan bentuk garis patah dan hubungannya dengan mekanisme trauma.

1. Fraktur Transversal : fraktur yang arahnya melintang pada tulang dan merupakan akibat trauma angulasi atau langsung.
 2. Fraktur Oblik : fraktur yang arah garis patahnya membentuk sudut terhadap sumbu tulang dan merupakan akibat trauma angulasi juga
 3. Fraktur Spiral : fraktur yang arah garis patahnya berbentuk spiral yang disebabkan trauma rotasi.
 4. Fraktur Kompresi : fraktur yang terjadi karena trauma aksial fleks yang mendorong tulang ke arah permukaan lain.
 5. Fraktur Avulasi : fraktur yang diakibatkan karena trauma tarikan atau traksi otot pada insersinya pada tulang.
- 4) Berdasarkan jumlah garis patah.
1. Fraktur komunitif : fraktur dimana garis patah lebih dari satu dan saling berhubungan.
 2. Fraktur Segmental : fraktur dimana garis patah lebih dari satu tapi tidak berhubungan.
 3. Fraktur Multiple : fraktur dimana garis patah lebih dari satu tapi tidak pada tulang yang sama.
- 5) Berdasarkan pergeseran fragmen tulang.
1. Fraktur Undisplaced (tidak bergeser): garis patah lengkap tetapi kedua fragmen tidak bergeser dan periosteum masih utuh.
 2. Fraktur Displaced (bergeser): terjadi pergeseran fragmen tulang yang juga disebut lokasi fragmen.

6) Berdasarkan posisi fraktur

Sebatang tulang terbagi menjadi tiga bagian :

1. 1/3 proksimal
2. 1/3 medial
3. 1/3 distal

7) Fraktur kelelahan : fraktur akibat tekanan yang berulang-ulang

8) Fraktur patologis : fraktur yang diakibatkan karena proses patologis tulang.

Pada fraktur tertutup ada klasifikasi tersendiri yang berdasarkan keadaan jaringan lunak sekitar trauma, yaitu tingkat 0 ; fraktur biasa dengan sedikit atau tanpa cedera jaringan lunak sekitarnya, tingkat 1 ; fraktur dengan abrasi dangkal atau memar kulit dan jaringan subkutan, tingkat 2 ; fraktur yang lebih berat dengan kontusio jaringan lunak bagian dalam dan pembengkakan, dan tingkat 3 ; cedera berat dengan kerusakan jaringan lunak yang nyata dan ancaman sindroma kompartement. (Wahid, 2013)

2.1.5 Tanda dan Gejala

1) Nyeri

Nyeri terus menerus dan bertambah beratnya sampai fragmen tulang diimmobilisasi. Spasme otot yang menyertai fraktur merupakan bentuk bidai alamiah yang dirancang untuk meminimalkan gerakan antar fragmen tulang.

2) Deformitas

Setelah terjadi fraktur, bagian-bagian tak dapat digunakan dan cenderung bergerak secara tidak alamiah (gerakan luar biasa) bukannya tetap rigid seperti normalnya. Pergeseran fragmen pada fragmen lengan atau tungkai menyebabkan deformitas (terlihat maupun teraba) ekstremitas yang bias diketahui dengan membandingkan dengan ekstremitas normal. Ekstremitas tak dapat berfungsi dengan baik karena fungsi normal otot bergantung pada integritas tulang tempat melengkutnya otot.

3) Pemendekan

Pada fraktur panjang, terjadi pemendekan tulang yang sebenarnya karena kontraksi otot yang melekat diatas dan bawah tempat fraktur. Fragmen sering saling melengkapi satu sama lain sampai 2,5 sampai 5 cm (1 sampai 2 inci)

4) Krepitus

Saat ekstremitas diperiksa dengan tangan teraba adanya derik tulang dinamakan krepitus yang teraba akibat gesekan antara fragmen satu dengan lainnya. (Uji krepitus dapat mengakibatkan kerusakan jaringan lunak yang lebih berat.)

5) Pembengkakan

Pembengkakan dan perubahan warna lokal pada kulit terjadi sebagai akibat trauma dan perdarahan yang mengikuti fraktur. Tanda ini bisa baru terjadi setelah beberapa jam atau hari setelah cedera.

2.1.6 Penatalaksanaan

1) Fraktur Terbuka

Merupakan kasus emergensi karena dapat terjadi kontaminasi oleh bakteri dan disertai perdarahan yang hebat dalam waktu 6-8 jam (golden periode). Hal yang perlu dilakukan adalah:

1. Pembersihan luka
2. Eksisi jaringan mati/debridement
3. Hecting situasi
4. Antibiotic

2) Seluruh fraktur

1. Rekognisis/pengenalan

Riwayat kejadian harus jelas untuk menentukan diagnosa dan tindakan selanjutnya.

2. Reduksi/Manipulasi/Reposisi

Upaya untuk memanipulasi fragmen tulang sehingga kembali seperti semula secara optimum. Dapat juga diartikan Reduksi fraktur (setting tulang) adalah mengembalikan fragmen tulang pada kesejajarannya dan rotasfanatomis (Brunner, 2001).

Reduksi tertutup, traksi, atau reduksi terbuka dapat dilakukan untuk mereduksi fraktur. Metode tertentu yang dipilih bergantung sifat fraktur, namun prinsip yang mendasarinya tetap, sama. Biasanya dokter melakukan reduksi fraktur sesegera mungkin untuk mencegah jaringan lunak kehilangan elastisitasnya akibat infiltrasi karena edema dan perdarahan. Pada kebanyakan kasus, reduksi fraktur semakin sulit bila cedera sudah mulai mengalami penyembuhan.

Sebelum reduksi dan imobilisasi fraktur, pasien harus dipersiapkan untuk menjalani prosedur, harus diperoleh izin untuk melakukan prosedur, dan analgetika diberikan sesuai ketentuan. Mungkin perlu dilakukan anestesia. Ekstremitas yang akan dimanipulasi harus ditangani dengan lembut untuk mencegah kerusakan lebih lanjut.

Reduksi tertutup. Pada kebanyakan kasus, reduksi tertutup dilakukan dengan mengembalikan fragmen tulang keposisinya (ujung-ujungnya saling berhubungan) dengan manipulasi dan traksi manual. Ekstremitas dipertahankan dalam posisi yang diinginkan, sementara gips, bidai dan alat lain dipasang oleh dokter. Alat imobilisasi akan menjaga reduksi dan menstabilkan ekstremitas untuk penyembuhan tulang. Sinar-X harus dilakukan untuk mengetahui apakah fragmen tulang telah dalam kesejajaran yang benar.

Traksi. Traksi dapat digunakan untuk mendapatkan efek reduksi dan imobilisasi. Beratnya traksi disesuaikan dengan spasme otot yang terjadi.

Sinar-X digunakan untuk memantau reduksi fraktur dan aproksimasi fragmen tulang. Ketika tulang sembuh, akan terlihat pembentukan kalus pada sinar-X. ketika kalus telah kuat dapat dipasang gips atau bidai untuk melanjutkan imobilisasi.

Reduksi Terbuka. Pada fraktur tertentu memerlukan reduksi terbuka. Dengan pendekatan bedah, fragmen tulang direduksi. Alat fiksasi interna dalam bentuk pin, kawat sekrup, plat paku, atau batang logam digunakan untuk mempertahankan fragmen tulang dalam posisinya sampai penyembuhan tulang yang solid terjadi. Alat ini dapat diletakkan disisi tulang atau langsung ke rongga sumsum tulang, alat tersebut menjaga aproksimasi dan fiksasi yang kuat bagi fragmen tulang.

3. Retensi/immobilisasi

Upaya yang dilakukan untuk menahan fragmen tulang sehingga kembali seperti semula secara optimum.

Imobilisasi fraktur. Setelah fraktur direduksi, fragmen tulang harus diimobilisasi, atau dipertahankan dalam posisi kesejajaran yang benar sampai terjadi penyatuan. Imobilisasi dapat dilakukan dengan fiksasi eksterna atau interna. Metode fiksasi eksterna meliputi pembalutan, gips, bidai, traksi kontinu, pin dan teknik gips, atau fiksator eksterna. Implant logam dapat digunakan untuk fiksasi interna yang berperan sebagai bidai interna untuk mengimobilisasi fraktur.

4. Rehabilitasi

Menghindari atropi dan kontraktur dengan fisioterapi. Segala upaya diarahkan pada penyembuhan tulang dan jaringan lunak. Reduksi dan imobilisasi harus dipertahankan sesuai kebutuhan. Status neurovaskuler (misalnya pengkajian peredaran darah, nyeri, perabaan, gerakan) dipantau, dan ahli bedah ortopedi diberitahu segera bila ada tanda gangguan neurovaskuler. Kegelisahan ansietas dan ketidaknyamanan dikontrol dengan berbagai pendekatan (misalnya meyakinkan, perubahan posisi, strategi pereda nyeri, termasuk analgetik). Latihan isometric dan setting otot diusahakan untuk meminimalkan atrofi disuse dan meningkatkan peredaran darah. Partisipasi dalam aktivitas hidup sehari-hari diusahakan untuk memperbaiki kemandirian fungsi dan harga diri. Pengembalian bertahap pada aktivitas semula diusahakan sesuai batasan teraupetik. Biasanya, fiksasi interna memungkinkan mobilisasi lebih awal. Ahli bedah yang memperkirakan stabilitas fiksasi fraktur, menentukan luasnya gerakan dan stress pada ekstermitas yang diperbolehkan, dan menentukan tingkat aktivitas dan beban berat badan.

Tahap – tahap proses penyembuhan :

Tahap 1: Peradangan (*inflammation*) Tulang patah baik terbuka atau tertutup akan menimbulkan perdarahan sekecil apapun itu dan membuat jaringan di sekitarnya meradang yang ditandai dengan bengkak, memerah dan teraba hangatserta tentunya terasa sakit. Tahap ini dimulai pada hari ketika patah tulang terjadi dan berlangsung sekitar 24 jam hingga 1minggu.

Tahap 2: Pembentukan kalus halus (*soft callus*) Antara 2 sampai 3 minggu setelah cedera, rasa sakit dan pembengkakan akan mulai hilang. Pada tahap penyembuhan patah tulang ini, terbentuk kalus yang halus di kedua ujung tulang yang patah sebagai cikal bakal yang menjembatani penyambungan tulang namun kalus ini belum dapat terlihat melalui ronsen. Tahap ini biasanya berlangsung hingga 4 sampai 8 minggu setelah cedera.

Tahap 3: Pembentukan kalus keras (*hard callus*) Antara 4 sampai 8 minggu, tulang baru mulai menjembatani fraktur (*soft callus* berubah menjadi *hard callus*) dan dapat dilihat pada x-rays atau ronsen. Dengan waktu 8 sampai 12 minggu setelah cedera, tulang baru telah mengisi fraktur. **Tahap4: *Remodeling tulang*** Dimulai sekitar 8 sampai 12 minggu setelah cedera, sisi fraktur mengalami *remodeling* (memperbaiki atau merombak diri) memperbaiki setiap cacat yang mungkin tetap sebagai akibat dari cedera. Ini tahap akhir penyembuhan patah tulang yang dapat bertahan hingga beberapa tahun.

Masalah penyembuhan pada patah tulang

1) **Sindrom kompartemen** Pembengkakan parah akibat patah tulang dapat menimbulkan tekanan pada pembuluh darah sehingga menghambat suplai darah, akibatnya aliran darah tidak cukup sampai ke jaringan sekitar fraktur. Penurunan suplai darah dapat menyebabkan jaringan sekitar fraktur menjadi mati, yang dapat menyebabkan cacat jangka panjang. Sindrom kompartemen biasanya terjadi hanya

setelah cedera yang parah. Sindroma kompartemen juga dapat mengakibatkan kematian jaringan yang berisiko dilakukan amputasi. Pada bagian yang mengalami sindrom kompartemen, komplikasi beresiko tinggi yang sering muncul ialah fraktur siku, lengan atas, dan tibia proksimal. Sindroma kompartemen ini ditandai dengan

5P:

- a. Pain (rasa nyeri)
- b. Paresthesia (mati rasa)
- c. Pallor (pucat)
- d. Paralisis (kelumpuhan)
- e. Pulselessness (ketiadaan denyut nadi)

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

- 1) Pemeriksaan Rontgen : menentukan lokasi/luasnya fraktur/ luasnya trauma, skan tulang, tomogram, scan CI : memperlihatkan fraktur juga dapat digunakan untuk mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak.
- 2) Hitung darah lengkap : HB mungkin meningkat/menurun.
- 3) Kreatinin : trauma otot meningkatkan beban kreatinin untuk ginjal.
- 4) Profil koagulasi : perubahan dapat terjadi pada kehilangan darah, transfusi multiple.

2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan landasan dalam proses keperawatan, untuk itu diperlukan kecermatan dan ketelitian tentang masalah-masalah pasien sehingga dapat memberikan arah terhadap tindakan keperawatan. Keberhasilan proses keperawatan sangat bergantung pada tahap ini. Tahap ini terbagi atas :

1) Pengumpulan Data

1. Identitas pasien

Meliputi nama, jenis kelamin, umur, alamat, agama, bahasa yang dipakai, status perkawinan, Pendidikan, pekerjaan, asuransi, golongan darah, no register, tanggal MRS, diagnose medis

2. Keluhan Utama

Pada umumnya keluhan utama pada kasus fraktur adalah rasa nyeri. Nyeri tersebut bias akut atau kronik tergantung dari lamanya serangan. Untuk memperoleh pengkajian yang lengkap tentang rasa nyeri pasien digunakan :

- (1) *Provoking incident*: apakah ada peristiwa yang menjadi factor presipitasi nyeri.
- (2) *Quality of pain*: seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan pasien. Apakah seperti terbakar, berdenyut, atau menusuk.
- (3) *Region: radiation, relief*: apakah rasa sakit bisa reda, apakah rasa sakit menjalar atau menyebar, dan dimana rasa sakit terjadi.
- (4) *Severity (scale) of pain*: seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan pasien, bisa berdasarkan skala nyeri atau pasien menerangkan seberapa jauh rasa sakit mempengaruhi kemampuan fungsinya.

(5) *Time*: berapa lama nyeri berlangsung, kapan, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari.

3. Riwayat Penyakit Sekarang

Pengumpulan data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari fraktur, yang nantinya membantu rencana tindakan terhadap pasien. Ini bisa berupa kronologi terjadinya penyakit tersebut sehingga nantinya bisa ditentukan kekuatan yang terjadi dan bagian tubuh mana yang terkena (Ignatavicius, Dona D, 2006).

4. Riwayat Penyakit Dahulu

Pada pengkajian ini ditemukan kemungkinan penyebab fraktur dan memberi petunjuk berapa lama tulang tersebut akan menyambung. Penyakit-penyakit tertentu seperti kanker tulang dan penyakit paget's yang menyebabkan fraktur patologis yang sering sulit untuk menyambung.

5. Riwayat Penyakit Keluarga

Penyakit keluarga yang berhubungan dengan penyakit tulang merupakan salah satu factor predisposisi terjadinya fraktur, seperti diabetes, osteoporosis, yang sering terjadi pada beberapa keturunan, dan kanker tulang yang cenderung diturunkan secara genetik.

6. Riwayat Psikososial

Merupakan respon emosi pasien terhadap penyakit yang dideritanya dan peran pasien dalam keluarga dan masyarakat serta respon atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-hari baik dalam keluarga ataupun masyarakat.

7. Pola-Pola Fungsi Kesehatan

(1) Pola Persepsi dan Tata Laksana Hidup Sehat

Pada kasus fraktur akan timbul ketidakpuasan akan terjadinya kecacatan pada dirinya dan harus menjalani penatalaksanaan kesehatan untuk membantu penyembuhan tulangnya. Selain itu, pengkajian juga meliputi kebiasaan hidup pasien seperti penggunaan obat steroid yang dapat mengganggu metabolisme kalsium, dan apakah pasien berolahraga atau tidak.

(2) Pola Nutrisi dan Metabolisme

Pada pasien fraktur harus mengkonsumsi nutrisi melebihi kebutuhan sehari-harinya seperti kalsium, zat besi, protein, vit. C dan lainnya untuk membantu proses penyembuhan.

(3) Pola Aktivitas

Karena timbulnya nyeri, keterbatasan gerak, maka semua bentuk kegiatan pasien menjadi berkurang dan kebutuhan pasien perlu banyak dibantu oleh orang lain. Hal lain yang perlu dikaji adalah bentuk aktivitas pasien terutama pekerjaan pasien. Karena ada beberapa bentuk pekerjaan beresiko untuk terjadinya fraktur.

(4) Pola Hubungan dan Peran

Pasien akan kehilangan peran dalam keluarga dan dalam masyarakat.

Karena pasien harus menjalani rawat inap.

(5) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Dampak yang timbul pada pasien fraktur yaitu timbul ketidakpuasan akan kecacatan akibat frakturnya, rasa cemas, rasa ketidakmampuan atau melakukan aktivitas secara optimal dan pandangan terhadap dirinya salah.

(6) Pola Sensori dan kognitif

Pada pasien fraktur daya rabunya berkurang terutama pada bagian distal fraktur, sedang pada indra yang lain tidak timbul gangguan. Begitu juga pada kognitifnya tidak mengalami gangguan.

(7) Pola Tata Nilai dan Keyakinan

Untuk pasien fraktur tidak dapat melaksanakan kebutuhan beribadah dengan baik terutama frekuensi dan konsentrasi. Hal ini bisa disebabkan karena nyeri dan keterbatasan gerak pasien.

2.2.2 Masalah keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons pasien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan.

Jenis jenis diagnosis keperawatan yaitu diagnosis actual, diagnosis resiko, dan diagnosis promosi kesehatan. Diagnosis actual menggunakan respons pasien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang menyebabkan pasien mengalami masalah kesehatan. Tanda/gejala mayor dan minor dapat di temukan dan divalidasi pada pasien. Diagnosis resiko menggambarkan respons pasien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang dapat menyebabkan pasien beresiko mengalami masalah kesehatan. Tidak ditemukan tanda/gejala mayor dan minor pada pasien , namun pasien memiliki factor resiko mengalami masalah kesehatan. Diagnosis promosi kesehatan menggambarkan adanya keinginan dan motivasi pasien untuk meningkatkan kondisi kesehatannya ke tingkat yang lebih baik atau optimal.

Diagnosis keperawatan memiliki dua komponen utama yaitu masalah (problem) atau label diagnosis dan indicator diagnostik. Masalah (problem) merupakan label diagnosis keperawatan yang menggambarkan inti dari respons pasien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya. Indicator diagnostik terdiri atas penyebab, tanda/gejala, dan factor resiko. Penyebab (etiology) merupakan factor-faktor yang mempengaruhi perubahan status kesehatan. Etiologic dapat mencakup empat katagori yaitu: a) fisiologis, biologis, atau psikologis; b) efek terapi/tindakan ; c) situasional(lingkungan atau personal), dan d) muturasional. Tanda (sign) dan Gejala (symptom). Tanda merupakan data objektif yang diperoleh dari hasil pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium, dan prosedur diagnostic, sedangkan gejala merupakan data subjektif yang diperoleh dari hasil anamnesis. Tanda/gejala dikelompokan menjadi dua yaitu mayor dan minor. Factor resiko

merupakan kondisi atau situasi yang dapat meningkatkan kerentanan pasien mengalami masalah kesehatan (SDKI, 2016)

Diagnosa keperawatan ditegakan atas dasar data pasien. Kemungkinan diagnosa keperawatan pada pasien fraktur adalah sebagai berikut :

1) Nyeri akut (D.0077)

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

2) Perfusi perifer tidak efektif (D.0009)

Perfusi perifer tidak efektif adalah penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh.

3) Gangguan integritas kulit/jaringan (D.0129)

Gangguan integritas kulit/jaringan adalah kerusakan kulit (dermis dan atau epidermis) atau jaringan (membrane mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligamen).

4) Gangguan mobilitas fisik (D.0054)

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

5) Defisit perawatan diri (D.0109)

Defisit perawatan diri adalah tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.

6) Resiko infeksi (D.142)

Resiko infeksi yaitu beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

7) Resiko syok (D.0039)

Resiko syok adalah beresiko mengalami ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa.

2.2.3 Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan adalah tindakan yang dirancang untuk membantu pasien dalam beralih dari tingkat kesehatan saat ini ke tingkat yang diinginkan dalam hasil yang diharapkan (Gordon, 1994). Intervensi keperawatan adalah semua tindakan asuhan yang perawat lakukan atas nama klien. Tindakan ini termasuk intervensi yang diprakarsai oleh perawat, dokter, atau intervensi kolaboratif (McCloskey & Bulechek, 1994).

Tabel 2.1 intervensi pada pasien fraktur (Nanda Nic Noc 2015)

Hari/ tanggal	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi
	Nyeri akut (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan nyeri berkurang atau hilang dengan kriteria hasil: 1. melaporkan bahwa nyeri berkurang 2. menyatakan rasa nyaman	1. Identifikasi factor pencetus dan pereda nyeri 2. Monitor kualitas nyeri 3. Monitor lokasi dan penyebaran nyeri

		setelah nyeri berkurang	<ol style="list-style-type: none"> 4. Monitor intensitas nyeri dengan menggunakan skala 5. Monitor durasi dan frekuensi nyeri 6. Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 7. Kolaborasi pemberian obat analgetik
	Perfusi perifer tidak efektif	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan perfusi perifer tidak efektif dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan systole dan diastole dalam rentang yang diharapkan 2. Tidak ada ortostatik hiptensi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Monitor status hidrasi 3. Monitor status pernafasan 4. Monitor hb pasien 5. Kolaborasi pemberian transfusi darah bila diperlukan
	Gangguan integritas kulit	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan gangguan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka 2. Lepaskan balutan

		<p>integritas kulit dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Integritas kulit yang baik bias dipertahankan 2. Perfusi jaringan baik 3. Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikankulit dan mencegahterjadinya cedera berulang 4. Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembapan kulit dan perawatan alami 	<p>dan plaster secara perlahan</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Pasang balutan sesuai jenis luka 4. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 5. Jelaskan tanda gejala infeksi 6. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 7. Kolaborasi pemberian antibiotik
	Gangguan mobilitas fisik	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan gangguan mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien meningkat dalam aktivitas fisik 2. Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas 3. Memverbalisasikan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemampuan pasien beraktivitas 2. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 3. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan

		<p>perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah</p>	<p>alat bantu (mis. Pagar tempat tidur)</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Fasilitasi melakukan pergerakan jika perlu 5. Libatkan keluarga dalam merencanakan dan memelihara program latihan fisik 6. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 7. Anjurkan melakukan mobilisasi dini <p>Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan</p>
	<p>Defisit perawatan diri : mandi</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan pasien mampu merawat diri dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak bersih dan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat

		<p>segar</p> <p>2. Pasien mampu melakukan perawatan diri secara mandiri atau dengan bantuan.s</p>	<p>kemandirian</p> <p>3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, dan berhias.</p> <p>4. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. Privasi pasien)</p> <p>5. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri.</p> <p>6. Bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri</p> <p>7. Jadwalkan rutinitas perawatan diri</p> <p>8. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.</p>
	Resiko	Setelah dilakukan tindakan	1. Inspeksi kulit dan

	infeksi	<p>keperawatan selama 3x8 jam diharapkan tidak terjadi infeksi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien bebas dari tanda gejala infeksi 2. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi 3. Menunjukkan perilaku hidup sehat 	<p>membrane mukosa terhadap kemerahan, panas</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Inspeksi kondisi luka 3. Dorong masukan nutrisi yang cukup 4. Dorong masukan cairan 5. Dorong istirahat 6. Instruksikan pasien untuk minum antibiotik sesuai resep
	Resiko syok	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan tidak terjadi syok dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nadi dalam batas yang diharapkan 2. Irama jantung dalam batas yang diharapkan 3. Frekuensi nafas dalam batas yang diharapkan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor status sirkulasi BP, warna kulit, suhu kulit, denyut jantung, HR, dan ritme, nadi perifer, dan kapiler refill. 2. Monitor tanda adekuat oksigenasi jaringan 3. Monitor suhu dan

			<p>pernafasan</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Monitor input dan output 5. Pantau nilai labor : HB,HT,AGD dan elektrolit 6. Monitor tanda dan gejala asites 7. Monitor tanda awal syok
	Resiko jatuh	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x8 jam diharapkan tidak ada jatuh pada pasien dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mengidentifikasi factor resiko meningkat 2. Kemampuan melakukan strategi control resiko meningkat 3. Kemampuan menghindari factor resiko meningkat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi factor resiko jatuh 2. Identifikasi factor lingkungan yang meningkatkan factor resiko jatuh 3. Hitung resiko jatuh dengan menggunakan skala morse 4. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga 5. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda dalam

			kondisi terkunci 6. Pasang handralltempat tidur 7. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah.
--	--	--	--

2.2.4 Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Potter & Perry, 2005). 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. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi. (Kozier et al., 2010).

Menurut Purwaningsih & Karlina (2010) ada 4 tahap oprasional yang harus di perhatikan oleh perawat dalam melakukan implementasi keperawatan, yaitu sebagai berikut :

1) Tahap Praintraksi

Pada tahap praintraksi yang dilakukan perawat yaitu membaca rekam medis pasien, mengeksplorasi perasaan, analisis kekuatan dan keterbatasan profesional pada diri sendiri, memahami rencana keperawatan secara baik, menguasai keterampilan teknis keperawatan, memahami rasional ilmiah dari tindakan yang akan dilakukan, mengetahui sumber daya yang diperlukan, memahami kode etik dan aspek hukum yang berlaku dalam pelayanan keperawatan, memahami standar praktik klinik keperawatan untuk mengukur keberhasilan, dan penampilan perawat harus meyakinkan.

2) Tahap Perkenalan

Pada tahap perkenalan yang dilakukan perawat yaitu pertama mengucapkan salam, memperkenalkan nama, menanyakan nama, umur, alamat pasien, menginformasikan kepada pasien tujuan dan tindakan yang akan dilakukan oleh perawat, memberitahu kontrak waktu, dan memberi kesempatan pada pasien untuk bertanya tentang tindakan yang akan dilakukan.

3) Tahap Kerja

Pada tahap kerja yang dilakukan perawat yaitu menjaga privasi pasien, melakukan tindakan yang sudah direncanakan, hal-hal yang perlu diperhatikan pada saat pelaksanaan tindakan adalah energi pasien, pencegahan kecelakaan dan komplikasi, rasa aman, kondisi pasien, respon pasien terhadap tindakan yang telah diberikan.

4) Tahap Terminasi

Pada tahap terminasi beri kesempatan pasien untuk mengekspresikan perasaannya setelah dilakukan tindakan oleh perawat, berikan feedback yang baik kepada pasien dan puji atas kerja sama pasien, kontrak waktu selanjutnya, rapikan peralatan dan lingkungan pasien dan lakukan terminasi, berikan salam sebelum meninggalkan pasien, dan lakukan pendokumentasian.

2.2.5 Evaluasi

Dalam evaluasi, perawat dapat mengetahui sejauh mana asuhan keperawatan telah diberikan kepada pasien dengan melihat pada kerangka SOAP (tepatnya pada analisa data) jika pada analisa data disebutkan bahwa masalah teratasi berarti dalam pelaksanaan asuhan keperawatan kondisi pasien telah berubah ke arah yang lebih baik dan artinya sudah mencapai tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan sehingga intervensi dapat dihentikan. Namun jika pada analisa data disebutkan bahwa masalah teratasi sebagian maka dalam pelaksanaan asuhan keperawatan kondisi pasien belum sepenuhnya baik/hanya sebagian dan tujuan maupun kriteria hasil belum mencapai hasil yang optimal sehingga perawat butuh mempertahankan intervensi yang telah dibuat. Apabila dalam Analisa data disebutkan bahwa masalah belum teratasi berarti dalam asuhan keperawatan kondisi pasien masih belum membaik sehingga intervensi perlu dilanjutkan dengan mengikuti tujuan dan kriteria hasil yang ingin dicapai dan jika dalam analisa data disebutkan muncul masalah baru berarti perawat harus menyusun intervensi dan menetapkan tujuan maupun kriteria hasil yang ingin dicapai untuk masalah baru tersebut.

BAB III

METODE PENULISAN

3.1 Pendekatan/Desain penulisan

Desain penulisan yang digunakan adalah deskriptif dengan menggunakan pendekatan studi kasus yaitu mengaplikasikan langsung proses keperawatan yang mencakup pengkajian satu unit penulisan secara intensif misalnya satu pasien, keluarga, kelompok, komunitas, atau institusi (Nursalam, 2013). Penulisan ini memaparkan penerapan asuhan keperawatan pasien dengan fraktur di ruang Cempaka RSUD Abdul Wahab Sjahranie tahun 2018.

3.2 Subyek Penulisan

Subjek studi kasus dalam penulisan ini adalah dua orang pasien Post ORIF fraktur Femur di ruang Cempaka RSUD Abdul Wahab Sjahrani Samarinda. Adapun kriteria inklusi dan eksklusi adalah sebagai berikut :

3.2.1 Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi merupakan kriteria dimana subyek penulisan dapat mewakili dalam sampel penulisan yang memenuhi syarat sebagai sampel pasien fraktur femur.

3.2.2 Kriteria eksklusi

Kriteria ekskulusi adalah pasien fraktur yang telah dibedah lebih dari 30 hari dan pasien fraktur yang mengalami komplikasi lain (DM atau AIDS).

3.3 Definisi Oprasional/Batasan istilah

Pasien fraktur adalah seluruh pasien yang mengalami retak/patah tulang dibagian anggota gerak tubuhnya, baik anggota gerak atas (tangan) atau bawah (kaki). Fraktur femur disebut juga sebagai fraktur tulang paha yang disebabkan akibat benturan atau trauma langsung maupun tidak langsung (Helmi, 2012). Salah satu penatalaksanaan yang sering dilakukan pada kasus fraktur femur adalah tindakan operatif atau pembedahan (Mue DD, 2013).

3.4 Lokasi dan Waktu Penulisan

Penulisan dilaksanakan di Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie. Waktu penulisan di mulai pada bulan januari tahun 2019. Studi kasus penerapan asuhan keperawatan yang dilakukan selama 3-6 hari.

3.5 Prosedur Studi Kasus

Studi kasus ini diawali dengan penyusunan usulan karya tulis dengan menggunakan metode studi kasus. Setelah disetujui oleh penguji maka dilanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data. Data merupakan hasil pengukuran, observasi, atau wawancara terhadap kasus yang dijadikan subyek studi kasus kemudian melakukan pegkajian, menentukan diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

3.6 Metode dan Instrumen Pengumpulan Data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

- 1) Wawancara : Menanyakan identitas, menanyakan keluhan utama, menanyakan riwayat penyakit sekarang, dahulu, dan riwayat keluarga, menanyakan informasi tentang pasien kepada keluarga, observasi / memonitor
- 2) Pemeriksaan fisik (inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi)
- 3) Dokumentasi laporan asuhan keperawatan

3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

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

3.7 Keabsahan Data

3.7.1 Data Primer

Data primer adalah data yang dikumpulkan langsung dari responden dan keluarga berdasarkan format pengkajian asuhan keperawatan medikal bedah. Data primer dari penulisan berikut didapatkan dari hasil wawancara observasi langsung dan pemeriksaan fisik langsung pada responden Data ini meliputi: Identitas pasien, riwayat kesehatan pasien, pola aktifitas sehari-hari dirumah, dan pemeriksaan fisik terhadap pasien.

3.7.2 Data Sekunder

Data sekunder diperoleh dari laporan status pasien. Informasi yang diperoleh berupa data tambahan atau penunjang dalam merumuskan diagnosa keperawatan. Data yang diperoleh biasanya berupa data penunjang dari laboratorium, terapi pengobatan yang diberikan dokter.

3.7.3 Data Tersier

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

3.8 Analisis Data

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

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Studi Kasus

4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Studi kasus ini dilakukan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie yang terletak di Jl. Palang Merah Indah No. 01, Kelurahan Sidodadi Kecamatan Samarinda Ulu, Kota Samarinda, Provinsi Kalimantan Timur, RSUD ini dibangun tahun 1933, RSUD Abdul Wahab Sjahranie adalah Rumah Sakit tipe A sebagai Rumah Sakit rujukan terdapat fasilitas pelayanan IGD 24 jam, Poliklinik Spesialis, Laboratorium, Instalasi Radiologi, Instalasi Bedah Sentral, Apotek, Instalasi Gizi, Histologi/ Kamar Jenazah, Fisioterapi, Ruang Kemoterapi, CSSD, Ruang Intensif Terpadu, Ruang Hemodialisa, Ruang Bersalin/VK, Gedung Pavilium, Instalasi Rawat Inap (kelas I, II, III, dan VIP).

Dalam studi kasus ini peneliti melakukan studi kasus di ruang Cempaka yaitu ruang rawat inap bagi pasien yang diterima langsung dari IGD atau dari poliklinik. Kasus penyakit yang terdapat diruang Cempaka meliputi diantaranya pasien dengan pre dan pasca bedah namun tidak menutup kemungkinan untuk menerima kasus lain.

4.1.2 Data Asuhan Keperawatan

4.1.2.1 Pengkajian

Tabel 4.1

Pengkajian Pasien 1 (Ny. E) dan Pasien 2 (Tn. B) di Ruang Cempaka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019

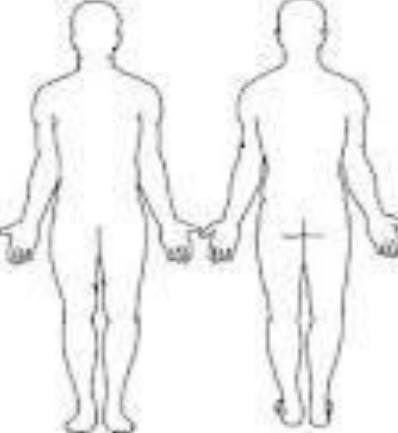
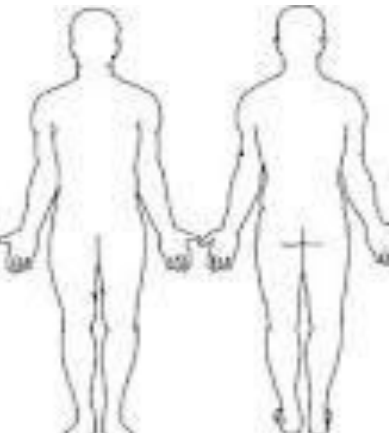
No .	Identitas Pasien	Pasien I (Ny. E)	Pasien II (Tn. B)
1	Nama Pasien	Ny. E	Tn. B
2	Tanggal Lahir	05 Juni 1969	13 Agustus 1971
3	Suku/Bangsa	Jawa/Indonesia	Jawa/Indonesia
4	Agama	Islam	Islam
5	Pendidikan	SD	SMA
6	Pekerjaan	Ibu Rumah Tangga	Swasta
7	Alamat	Tanah merah	Jl Dermaga
8	Diagnosa Medis	Fraktur femur dextra	Fraktur femur dextra
9	Sumber Informasi	Klien dan keluarga	Klien dan keluarga
10	No. Register	01.05.41.xx	01.05.46.xx
11	Tanggal MRS	26 April 2019	25 April 2019
12	Tanggal Pengkajian	2 Mei 2019	2 Mei 2019
13	Keluhan Utama	Nyeri pada kaki kanan	Nyeri pada kaki kanan
14	Riwayat Penyakit Sekarang	Pasien mengatakan mengalami tabrakan dan langsung dibawa ke IGD pada tanggal 26 April 2019. Di IGD pasien mendapat perawatan dan dilakukan rontgen kemudian pasien dibawa ke ok IGD untuk dilakukan operasi, kemudian pada hari sabtu pasien dipindah ke ruang cempaka.	Pasien mengatakan mengalami kecelakaan di tabrak motor, kemudian pasien dibawa ke puskesmas dari puskesmas pasien di rujuk langsung ke IGD pada tanggal 25 April 2019. Di IGD pasien mendapat perawatan dan dilakukan rontgen kemudian pasien dibawa ke ok IGD dan dilakukan operasi, kemudian pasien dipindahkan ke ruang perawatan cempaka.
15	Riwayat Penyakit Dahulu	Pasien tidak pernah dirawat dirumah sakit sebelumnya.	Pasien tidak pernah dirawat dirumah sakit sebelumnya.
16	Riwayat Penyakit Keluarga	Keluarga mengatakan tidak ada riwayat penyakit diabetes mellitus dalam keluarga	Keluarga mengatakan tidak ada riwayat penyakit diabetes mellitus dalam keluarga
17	Genogram Pasien I (Ny. E)		Genogram Pasien II (Tn. B)

No .	Identitas Pasien	Pasien I (Ny. E)	Pasien II (Tn. B)
18	Keadaan Umum	Sedang	Sedang
19	Kesadaran	Compos Mentis E ₄ M ₆ V ₅	Compos Mentis E ₄ M ₆ V ₅
20	Tanda – Tanda Vital	TD :130/80 mmHg Nadi : 80 kali/menit RR : 20 kali/menit Temp : 36.5 °C	TD :120/80 mmHg Nadi : 80 kali/menit RR : 19 kali/menit Temp : 36.2 °C
21	Kenyamanan/nyeri	P : fraktur pada kaki kanan Q : seperti tertusuk R : paha kanan S : 5 T : Hilang timbul	P : fraktur pada kaki kanan Q : seperti tertusuk R : paha kanan S : 6 T : Hilang timbul
22	Status Fungsional Barthel Indeks	Total skor 8 Dengan kategori tingkat ketergantungan pasien adalah ketergantungan berat.	Total skor 7 Dengan kategori tingkat ketergantungan pasien adalah ketergantungan berat.
23	Pemeriksaan Kepala	<p>Kepala : Simetris, kepala bersih, penyebarab rambut merata, warna rambut hitam mulai beruban dan tidak ada kelainan.</p> <p>Mata : Sklera putih, konjungtiva anemis, palpebra tidak ada edema, refleks cahaya +, pupil isokor.</p> <p>Hidung : Pernafasan cuping hidung tidak ada, posisi septum nasal simetris, lubang hidung bersih, tidak ada penurunan ketajaman penciuman dan tidak ada kelainan</p> <p>Rongga Mulut dan Lidah : Warna bibir merah muda, lidah warna merah muda, mukosa lembab, ukuran tonsil normal, letak uvula simetris ditengah</p>	<p>Kepala : Simetris, kepala bersih, penyebarab rambut merata, warna rambut hitam mulai beruban dan tidak ada kelainan.</p> <p>Mata : Sklera putih, konjungtiva anemis, palpebra tidak ada edema, refleks cahaya +, pupil isokor.</p> <p>Hidung : Pernafasan cuping hidung tidak ada, posisi septum nasal simetris, lubang hidung bersih, tidak ada penurunan ketajaman penciuman dan tidak ada kelainan</p> <p>Rongga Mulut dan Lidah : Warna bibir merah muda, lidah warna merah muda, mukosa lembab, ukuran tonsil normal, letak uvula simetris ditengah</p>
24	Pemeriksaan Thorax	<p>Keluhan : Pasien tidak ada keluhan sesak nafas, nyeri waktu bernafas dan batuk</p> <p>Inspeksi : Bentuk dada simetris, frekuensi nafas 20 kali/menit, irama nafas</p>	<p>Keluhan : Pasien tidak ada keluhan sesak nafas, nyeri waktu bernafas dan batuk</p> <p>Inspeksi : Bentuk dada simetris, frekuensi nafas 19 kali/menit, irama nafas</p>

No	Identitas Pasien	Pasien I (Ny. E)	Pasien II (Tn. B)
		teratur, pernafasan cuping hidung tidak ada, penggunaan otot bantu nafas tidak ada, pasien tidak menggunakan alat bantu nafas. Palpasi : Vokal premitus teraba diseluruh lapang paru Ekspansi paru simetris, pengembangan sama di paru kanan dan kiri Tidak ada kelainan Perkusi : Sonor, batas paru hepar ICS 5 dekstra Auskultasi : Suara nafas vesikuler dan tidak ada suara nafas tambahan	teratur, pernafasan cuping hidung tidak ada, penggunaan otot bantu nafas tidak ada, pasien tidak menggunakan alat bantu nafas. Palpasi : Vokal premitus teraba diseluruh lapang paru Ekspansi paru simetris, pengembangan sama di paru kanan dan kiri Tidak ada kelainan Perkusi : Sonor, batas paru hepar ICS 5 dekstra Auskultasi : Suara nafas vesikuler dan tidak ada suara nafas tambahan
25	Pemeriksaan Jantung	a. Tidak ada keluhan nyeri dada b. Inspeksi Tidak terlihat adanya pulsasi iktus kordis, CRT < 2 detik dan Tidak ada sianosis c. Palpasi Ictus Kordis teraba di ICS 5, dan Akral Hangat d. Perkusi - Batas atas : ICS II line sternal dekstra - Batas bawah : ICS V line midclavicula sinistra - Batas kanan : ICS III line sternal dekstra - Batas kiri : ICS III line sternal sinistra e. Auskultasi - BJ II Aorta : Dub, reguler dan intensitas kuat - BJ II Pulmonal : Dub, reguler dan intensitas kuat - BJ I Trikuspid : Lub, reguler dan intensitas kuat - BJ I Mitral : Lub, reguler dan intensitas kuat - Tidak ada bunyi jantung tambahan - Tidak ada kelainan	a. Tidak ada keluhan nyeri dada b. Inspeksi Tidak terlihat adanya pulsasi iktus kordis, CRT < 2 detik dan Tidak ada sianosis c. Palpasi Ictus Kordis teraba di ICS 5 dan Akral Hangat d. Perkusi - Batas atas : ICS II line sternal dekstra - Batas bawah : ICS V line midclavicula sinistra - Batas kanan : ICS III line sternal dekstra - Batas kiri : ICS III line sternal sinistra e. Auskultasi - BJ II Aorta : Dub, reguler dan intensitas kuat - BJ II Pulmonal : Dub, reguler dan intensitas kuat - BJ I Trikuspid : Lub, reguler dan intensitas kuat - BJ I Mitral : Lub, reguler dan intensitas kuat - Tidak ada bunyi jantung tambahan - Tidak ada kelainan
26	Pemeriksaan Sistem Pencernaan dan Status Nutrisi	a. BB : 65 Kg b. TB : 150 Cm c. Asupan makan tidak berkurang d. BAB - 2 hari sekali - Konsistensi lunak	a. BB : 55 Kg b. TB : 150 Cm c. Asupan makan tidak berkurang d. BAB - 1 kali sehari - Konsistensi lunak

No	Identitas Pasien	Pasien I (Ny. E)	Pasien II (Tn. B)
		<p>e. Diet</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frekuensi makan 3 kali sehari - Nafsu makan baik - Porsi makan dihabiskan <p>f. Abdomen</p> <p>Inspeksi : bentuk bulat, tidak ada bayangan vena, tidak terlihat adanya benjolan abdomen, tidak ada luka operasi pada abdomen, dan tidak terpasang drain</p> <p>Auskultasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peristaltik 9 kali/menit <p>Palpasi</p> <p>Tidak ada nyeri tekan, tidak teraba adanya massa, dan tidak ada pembesaran pada hepar dan lien</p> <p>Perkusi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Shifting Dullness tidak ditemukan - Tidak ada nyeri pada pemeriksaan perkusi ginjal 	<p>e. Diet</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frekuensi makan 3 kali sehari - Nafsu makan baik - Porsi makan habis <p>f. Abdomen</p> <p>Inspeksi</p> <p>Inspeksi : bentuk bulat, tidak ada bayangan vena, tidak terlihat adanya benjolan abdomen, tidak ada luka operasi pada abdomen, dan tidak terpasang drain</p> <p>Auskultasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peristaltik 16 kali/menit <p>Palpasi</p> <p>Tidak ada nyeri tekan, tidak teraba adanya massa, dan tidak ada pembesaran pada hepar dan lien</p> <p>Perkusi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Shifting Dullness tidak ditemukan - Tidak ada nyeri pada pemeriksaan perkusi ginjal
27	Pemeriksaan Sistem Syaraf	<p>a. Memori : Panjang</p> <p>b. Perhatian : Dapat mengulang</p> <p>c. Bahasa : komunikasi verbal menggunakan bahasa Indonesia</p> <p>d. Kognisi dan Orientasi : dapat mengenal orang, tempat dan waktu</p> <p>e. Refleks Fisiologis</p> <ul style="list-style-type: none"> - Achilles : 2 - Bisep : 2 - Trisep : 2 - Brankioradialis : 2 <p>f. Tidak ada keluhan pusing</p> <p>g. Istirahat/ tidur 5 jam/hari</p> <p>h. Pemeriksaan syaraf kranial</p> <ul style="list-style-type: none"> - N1 : Pasien mampu membedakan bau minyak kayu putih dan alkohol - N2 : Pasien mampu melihat dalam jarak 30 cm - N3 : Pasien mampu mengangkat kelopak mata - N4 : Pasien mampu menggerakkan bola mata kebawah - N5 : Pasien mampu mengunyah 	<p>a. Memori : Panjang</p> <p>b. Perhatian : Dapat mengulang</p> <p>c. Bahasa : komunikasi verbal menggunakan bahasa Indonesia</p> <p>d. Kognisi dan Orientasi : dapat mengenal orang, tempat dan waktu</p> <p>e. Refleks Fisiologis</p> <ul style="list-style-type: none"> - Achilles : 2 - Bisep : 2 - Trisep : 2 - Brankioradialis : 2 <p>f. Tidak ada keluhan pusing</p> <p>g. Istirahat/ tidur 6 jam/hari</p> <p>h. Pemeriksaan syaraf kranial</p> <ul style="list-style-type: none"> - N1 : Pasien mampu membedakan bau minyak kayu putih dan alkohol - N2 : Pasien mampu melihat dalam jarak 30 cm - N3 : Pasien mampu mengangkat kelopak mata - N4 : Pasien mampu menggerakkan bola mata kebawah - N5 : Pasien mampu mengunyah

No	Identitas Pasien	Pasien I (Ny. E)	Pasien II (Tn. B)								
		<ul style="list-style-type: none"> - N6 : Pasien mampu menggerakkan mata kesamping - N7 : Pasien mampu tersenyum dan mengangkat alis mata - N8 : Pasien mampu mendengar dengan baik - N9 : Pasien mampu membedakan rasa manis dan asam - N10 : Pasien mampu menelan - N11 : Pasien mampu menggerakkan bahu dan melawan tekanan - N12 : Pasien mampu menjulurkan lidah dan menggerakkan lidah ke berbagai arah 	<ul style="list-style-type: none"> - N6 : Pasien mampu menggerakkan mata kesamping - N7 : Pasien mampu tersenyum dan mengangkat alis mata - N8 : Pasien mampu mendengar dengan baik - N9 : Pasien mampu membedakan rasa manis dan asam - N10 : Pasien mampu menelan - N11 : Pasien mampu menggerakkan bahu dan melawan tekanan - N12 : Pasien mampu menjulurkan lidah dan menggerakkan lidah ke berbagai arah 								
28	Pemeriksaan Sistem Perkemihan	<ul style="list-style-type: none"> a. Kebersihan : Bersih b. Kemampuan berkemih : Menggunakan alat bantu <ul style="list-style-type: none"> - Jenis : <i>Folley Chateter</i> - Ukuran : 16 - Hari ke - 7 - Produksi urine 2000ml/hari - Warna : Kuning cerah - Bau : Khas urine c. Tidak ada distensi kandung kemih d. Tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih 	<ul style="list-style-type: none"> a. Kebersihan : Bersih b. Kemampuan berkemih : Menggunakan alat bantu <ul style="list-style-type: none"> - Jenis : <i>Folley Chateter</i> - Ukuran : 18 - Hari ke - 5 - Produksi urine 2400ml/hari - Warna : Kuning cerah - Bau : Khas urine c. Tidak ada distensi kandung kemih d. Tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih 								
29	Pemeriksaan Sistem Muskuloskeletal dan Integumen	<ul style="list-style-type: none"> a. Pergerakan sendi bebas b. Kekuatan otot <table border="1" style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="padding: 5px;">5</td> <td style="padding: 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; padding: 5px;">5</td> <td style="border-top: 1px solid black; padding: 5px;">3</td> </tr> </table> c. Tidak ada kelainan tulang belakang d. Post Operasi ORIF femur hari ke 5 e. Turgor kulit baik f. Terdapat Luka dengan panjang luka 20 cm g. Terdapat 3 jahitan h. Edema pada kaki kanan i. Nilai risiko dekubitus , pasien dalam kategori rendah yaitu dengan skor 15 	5	5	5	3	<ul style="list-style-type: none"> a. Pergerakan sendi bebas b. Kekuatan otot <table border="1" style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="padding: 5px;">5</td> <td style="padding: 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; padding: 5px;">5</td> <td style="border-top: 1px solid black; padding: 5px;">3</td> </tr> </table> c. Tidak ada kelainan tulang belakang d. Post Operasi ORIF femur hari ke 6 e. Turgor kulit baik f. Terdapat Luka dengan panjang 20 cm g. Terdapat 3 jahitan h. Edema pada kaki kanan i. Nilai risiko dekubitus , pasien dalam kategori rendah yaitu dengan 15 	5	5	5	3
5	5										
5	3										
5	5										
5	3										

No	Identitas Pasien	Pasien I (Ny. E)	Pasien II (Tn. B)
			
30	Pemeriksaan Sistem Endokrin	Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, getah bening dan trias DM	Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, getah bening dan trias DM
31	Kemanan Lingkungan	Total skor penilaian risiko pasien jatuh dengan skala morse adalah 55	Total skor penilaian risiko pasien jatuh dengan skala morse adalah 55
32	Pengkajian Psikososial	<ul style="list-style-type: none"> a. Persepsi klien terhadap penyakitnya adalah merupakan cobaan Tuhan b. Ekspresi klien terhadap penyakitnya adalah menerima c. Pasien kooperatif saat interaksi d. Pasien tidak mengalami gangguan konsep diri dilihat dari citra tubuh persepsi pasien terhadap kondisi kakinya tidak jadi masalah meskipun harus menggunakan tongkat saat berjalan, dari prilaku pasien hanya harus mengikuti anjuran dari dokter dan perawat dan pasien ingin cepat sembuh. 	<ul style="list-style-type: none"> a. Persepsi klien terhadap penyakitnya adalah merupakan cobaan Tuhan b. Ekspresi klien terhadap penyakitnya adalah menerima c. Pasien kooperatif saat interaksi d. Pasien tidak mengalami gangguan konsep diri dilihat dari citra tubuh persepsi pasien terhadap kondisi kakinya tidak jadi masalah meskipun harus menggunakan tongkat saat berjalan, dari prilaku pasien hanya harus mengikuti anjuran dari dokter dan perawat dan pasien ingin cepat sembuh.
33	Pengkajian Spiritual	Kebiasaan beribadah <ul style="list-style-type: none"> a. Sebelum sakit pasien sering beribadah b. Setelah sakit pasien beribadah hanya kadang - kadang 	Kebiasaan beribadah <ul style="list-style-type: none"> a. Sebelum sakit pasien sering beribadah b. Setelah sakit pasien beribadah hanya kadang - kadang

No .	Identitas Pasien	Pasien I (Ny. E)	Pasien II (Tn. B)
34	Personal Hygiene	a. Mandi 2 kali sehari b. Keramas 2 hari sekali c. Memotong kuku setiap 1 minggu sekali d. Ganti pakaian 2 kali sehari e. Sikat gigi 2 hari sekali	a. Mandi 1 kali sehari b. Pasien tidak pernah keramas c. Kuku pasien terlihat Panjang d. Ganti pakaian 2 kali sehari e. Sikat gigi 1 hari sekali

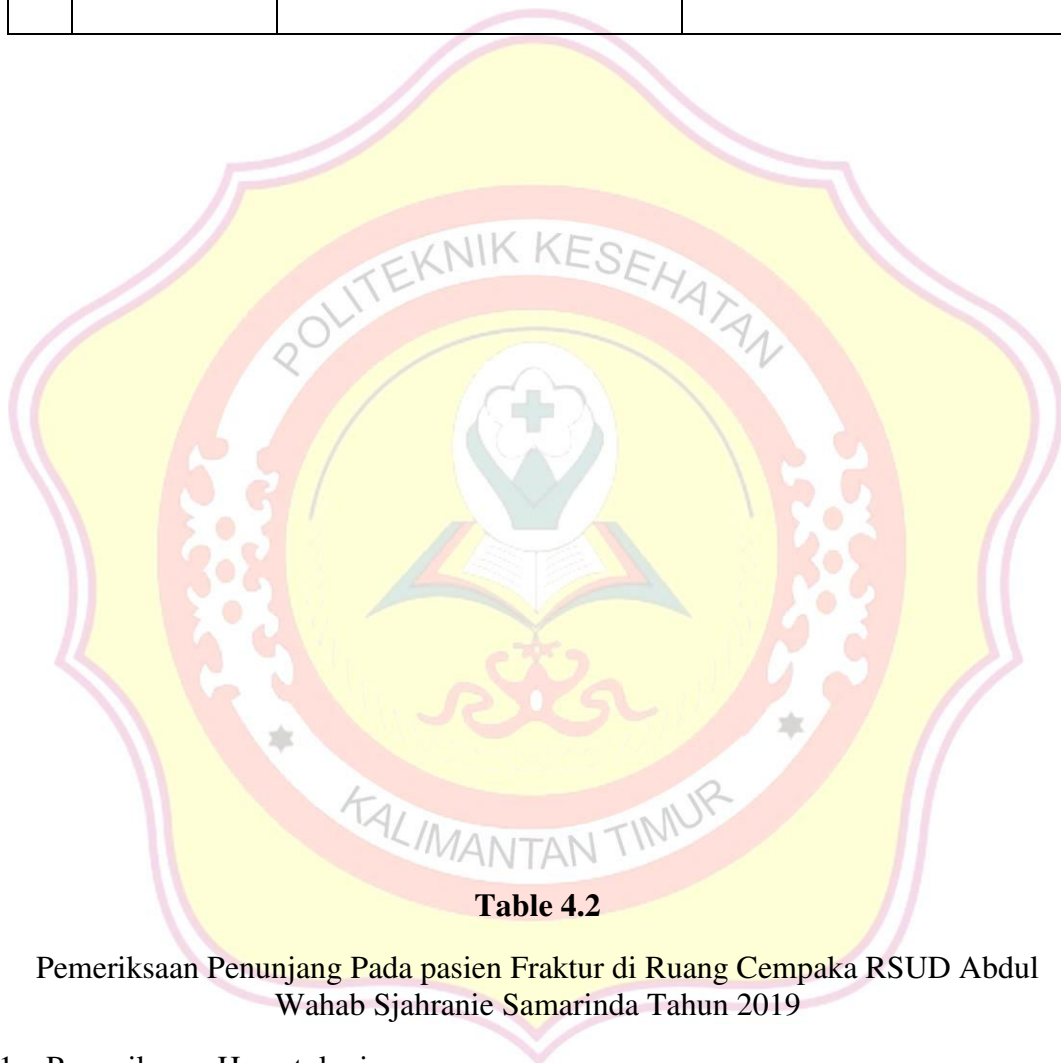


Table 4.2

Pemeriksaan Penunjang Pada pasien Fraktur di Ruang Cempaka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019

1. Pemeriksaan Hematologi

No	Pasien	Tanggal 26 april 2019	Tanggal 29 April 2019	Hasil Normal
1.	Pasien I (Ny. E)	Leukosit 9,66 Eritrosit 3,47 Hemoglobin 9,8 Hematokrit 29,4 PLT 335 Glukosa sewaktu 110 Ureum 25,6	Leukosit 8,89 Eritrosit 3,46 Hemoglobin 9,6 Hematocrit 29,6 PLT 310 Glukosa Sewaktu 120	4,80 – 10,80 $10^3/\mu\text{L}$ 4,20 – 5,40 $10^6/\mu\text{L}$ 12,0 – 16,0 g/dl 37,0 – 54,0 % 150 – 450 $10^3/\mu\text{L}$

		Kreatinin 0,6 Natrium 148	Ureum 27,4 142	70 – 140 mg/dl 19,3 – 49,2 mg/dl 0,5 – 1,1 mg/dl 135 – 155 mmol/L
		Tanggal 27 April 2019	Tanggal 30 April 2019	Hasil Normal
2.	Pasien 2 (Tn. B)	Leukosit 5,57 Eritrosit 3,62 Hemoglobin 14,5 Hematokrit 30,0 PLT 338 Glukosa sewaktu 102 Ureum 22,6 Kreatinin 0,7 Natrium 139	Leukosit 5,68 Eritrosit 3,66 Hemoglobin 14,6 Hematokrit 30,6 PLT 410 Glukosa Sewaktu 115 Ureum 30,4	4,80 – 10,80 10 ³ /μL 4,70 – 5,40 10 ⁶ /μL 14,0 – 18,0 g/dl 37,0 – 54,0 % 150 – 450 10 ³ /μL 70 – 140 mg/dl 19,3 – 49,2 mg/dl 0,5 – 1,1 mg/dl 135 – 155 mmol/L

2. Pemeriksaan Rontgen

Hasil Rontgen Pasien 1 (Ny.E) pada tanggal 29 April 2019 yaitu tampak fraktur komunitif 1/3 distal os femur kanan, terpasang internal fiksasi, aligament cukup baik, Trabekulasi tulang tampak baik.

Kesimpulan : fraktur komunitif 1/3 distal os femur kanan, terpasang internal fiksasi, aligament cukup baik

Tabel 4.3

Hasil Penatalaksanaan Pasien 1 (Ny. E) dan Pasien 2 (Tn. B) dengan Fraktur Femur di ruang Cempaka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019

Nama Obat	Kandungan Obat	Bentuk Obat	Kekuatan	Dosis/Aturan Pakai	Cara Pemberian
Santagesik	Metamizole Sodium	Ampul	1 gr	3x1	IV
Ceftriaxone	Ceftriaxone disodium	Vial	1 gr	2x1	IV
Ranitidine	Ranitidine	Ampul	2 ml	3x1	IV

4.1.2.2 Analisa Data

Tabel 4.4
Analisa Data Pada Pasien 1 (Ny. E) dengan Fraktur Femur di Ruang Cempaka RSUD
Abdul Wahab sjahranie Samarinda Tahun 2019

No.	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
1.	Data Subjektif : a. Pasien mengatakan nyeri pada kaki kanan bagian paha nyeri yang dirasakan pasien seperti ditusuk tusuk sekala nyeri yang dirasakan yaitu 5 dan nyeri yang dirasa hilang timbul dengan durasi nyeri saat muncul sekitar 2 menit Data Objektif : a. Wajah pasien terlihat meringis b. Pasien menderita fraktur femur	Agen pencedra fisik	(D. 0077) Nyeri akut
2.	Data Subjektif : a. Pasien mengatakan sulit bergerak karena keadaan kakinya yang fraktur b. Pasien mengatakan tidak bias beraktivitas normal seperti biasanya karena fraktur tersebut c. Pasien mengatakan belum bias menapakkan	Gangguan Muskulosekletal	(D.0054) Gangguan mobilitas fisik

No.	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
	<p>telapak kaki kanannya</p> <p>d. Pasien mengatakan kesulitan berpindah dari duduk ke berdiri</p> <p>Data Objektif :</p> <p>a. Pasien menderita fraktur pada kaki kanan</p> <p>b. Aktivitas pasien terlihat dibantu oleh keluarga</p> <p>c. Pasien terlihat kesulitan membolak balikan posisi</p> <p>d. Kekutan otot pada kaki kanan 3 selain itu 5</p> <p>e. Terpasang balutan perban pada paha kanan</p>		
3.	<p>Data Subjektif :</p> <p>a. Pasien mengatakan nyeri ekstremitas</p> <p>b. Pasien mengatakan kadang kadang kakinya keram</p> <p>c. Pasien mengatakan kakinya bengkak</p> <p>Data Objektif :</p> <p>a. Terlihat edema pada kaki kanan pasien</p>	<p>Penurunan Aliran Arteri dan /atau Vena (edema)</p>	<p>(D.0009) Perfusi Perifer Tidak Efektif</p>
4.	<p>Data Subjektif :</p> <p>a. Pasien mengatakan sulit untuk merawat diri karena keterbatasan pergerakan</p> <p>b. Pasien mengatakan sehari 2 kali di seka</p> <p>Data Objektif :</p> <p>a. Pasien dalam memenuhi kebutuhan personal hygiene dibantu oleh keluarga</p> <p>b. Pasien untuk kebutuhan toileting menggunakan diapers</p>	<p>Kelemahan</p>	<p>(D.0109) Defisit Perawatan Diri</p>

No.	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
	c. Pasien terpasang cateter d. Skor barthel indeks dengan kategori tingkat ketergantungan total dengan skor 4		
5.	Skala morse pasien 55 (skala tinggi), pasien ada riwayat jatuh, pasien terpasang selang kateter, selang infus, dan pasien menggunakan alat bantu berjalan dengan berpegangan dengan dinding.	Dibuktikan dengan penurunan kekuatan otot	(D.0143) Risiko Jatuh

Tabel 4.5

Analisa Data Pasien II (Tn. B) dengan Fraktur Femur di Ruang Cempaka RSUD

Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019

No.	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
1.	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan nyeri pada kaki kanan bagian paha nyeri yang dirasakan pasien seperti ditusuk tusuk dengan skala nyeri 6 dan nyeri yang dirasakan hilang timbul dengan durasi nyeri saat nyeri muncul sekitar 1 – 2 menit <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Wajah pasien terlihat meringis b. Terpasang perban dikaki kanan c. Pasien menderita fraktur femur 	Agen pencedra fisik	(D. 0077) Nyeri akut
2.	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan sulit bergerak karena keadaan kakinya yang fraktur b. Pasien mengatakan tidak bias beraktivitas normal seperti biasanya karena fraktur tersebut c. Pasien mengatakan belum bias menapakkan telapak kaki kanannya d. Pasien mengatakan kesulitan berpindah dari duduk ke berdiri <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien menderita fraktur pada kaki kanan b. Aktivitas pasien terlihat dibantu oleh keluarga 	Gangguan Muskulosekletal	(D.0054) Gangguan mobilitas fisik

No.	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
	<ul style="list-style-type: none"> c. Pasien terlihat kesulitan membolak balikkan posisi d. Kekutan otot pada kaki kanan 3 selain itu 5 e. Tepasang balutan perban pada paha kanan 		
3.	Data Subjektif : <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan nyeri ekstremitas b. Pasien mengatakan kadang kadang kakinya keram c. Pasien mengatakan kakinya bengkak Data Objektif : <ul style="list-style-type: none"> a. Terlihat edema pada kaki kanan pasien 	Penurunan Aliran Arteri dan /atau Vena (edema)	(D.0009) Perfusi Perifer Tidak Efektif
4.	Data Subjektif : <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan sulit untuk merawat diri karena keterbatasan pergerakan b. Pasien mengatakan sehari hanya 1 kali di seka Data Objektif : <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien dalam memenuhi kebutuhan personal hygiene dibantu oleh keluarga b. Pasien untuk kebutuhan toileting menggunakan diapers c. Pasien terpasang cateter d. Skor barthel indeks dengan kategori tingkat ketergantungan total dengan skor 3 	Kelemahan	(D.0109) Defisit Perawatan Diri

No.	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
5.	Skala morse pasien 55 (resiko tinggi), pasien ada riwayat jatuh , pasien terpasang sekang kateter, infus, dan pasien berpegangan dinding saat berjalan	Dibuktikan dengan kekuatan otot menurun	(D.0143) Risiko Jatuh



4.1.2.3 Diagnosa Keperawatan

4.6 Tabel

Daftar Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas Pada Pasien Fraktur Femur di Ruang Cempaka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda 2019

No	Klien 1			Klien 2		
	Tanggal Ditemukan	Tanggal Teratasi	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Ditemukan	Tanggal Teratasi	Diagnosa Keperawatan
1.	02 Mei 2019	04 Mei 1019	(D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan wajah pasien tammak meringis dan pasien mengeluh nyeri pada kaki kanan dengan sekala nyeri 5 dan durasi nyeri saat timbul 1-2 menit.	02 Mei 2019	04 Mei 2019	(D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan wajah pasien tammak meringis dan pasien mengeluh nyeri pada kaki kanan dengan sekala nyeri 6 dan durasi nyeri saat timbul 1-2 menit.
2.	02 Mei 2019	04 Mei 2019	(D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal yang dibuktikan dengan mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, dan Rentang Gerak (ROM) menurun	02 Mei 2019	04 Mei 2019	(D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal yang dibuktikan dengan mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, dan Rentang Gerak (ROM) menurun
3.	02 Mei 2019	04 Mei 2019	(D.0009) Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan penurunan	02 Mei 2019	04 Mei 2019	(D.0009) Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan/atau vena

			aliran arteri dan/atau vena			
4.	02 Mei 2019	04 Mei 2019		02 Mei 2019	04 Mei 2019	(D.0109) Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan yang dibuktikan pasien tidak mampu mandi, menggunakan pakaian, makan, ke toilet, dan berhias secara mandiri, dan minat untuk melakukan perawatan diri kurang
5.	02 Mei 2019	04 Mei 2019	(D.0143) Risiko Jatuh yang dibuktikan dengan skala morse pada pasien 55 (resiko tinggi), dan pasien menggunakan atau terpasang selang katater dan infus.	02 Mei 2019	04 Mei 2019	(D.0143) Risiko Jatuh yang dibuktikan dengan skala morse pada pasien 55 (resiko tinggi), dan pasien menggunakan atau terpasang selang katater dan infus.



4.1.2.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 4.7
Intervensi Keperawatan pada Pasien 1 (Ny. E) dan Pasien 2 (Tn. B) di Ruang Cempaka RSUD
Abdul Wahab Sjahranie Samarinda tahun 2019

No.	Tanggal Ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1.	2 Mei 2019	(D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik yang dibuktikan dengan : Pasien mengeluhkan nyeri pada kaki kanan bagian paha nyeri seperti ditusuk tusuk dengan skala nyeri 5 dan nyeri yang dirasa hilang timbul dengan durasi nyeri 1 – 2 menit. Wajah pasien terlihat meringis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka tautan nyeri meningkat dengan kriteria hasil: 1. Melaporkan nyeri terkontrol meningkat 2. Kemampuan mengenali onset nyeri meningkat 3. Kemampuan menggunakan teknik nonfarmakologis meningkat 4. Keluhan nyeri penggunaan analgesik menurun	Manajemen Nyeri Observasi 1.1 Identifikasi factor pencetus dan pereda nyeri 1.2 Monitor kualitas nyeri 1.3 Monitor lokasi dan penyebaran nyeri 1.4 Monitor intensitas nyeri dengan menggunakan skala 1.5 Monitor durasi dan frekuensi nyeri

No.	Tanggal Ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
		karena nyeri	5. Meringis menurun 6. Frekuensi nadi membaik 7. Pola nafas membaik 8. Tekanan darah membaik	Teraupetik 1.6 Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 1.7 Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 1.8 Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 1.9 Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat Kolaborasi 1.10 Kolaborasi pemberian obat analgetik
2.	2 Mei 2019	(D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskulosekletal yang dibuktikan dengan : Pasien mengatakan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM)	Dukungan Ambulasi Observasi 2.1 Identifikasi kemampuan pasien beraktivitas 2.2 Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Teraupetik

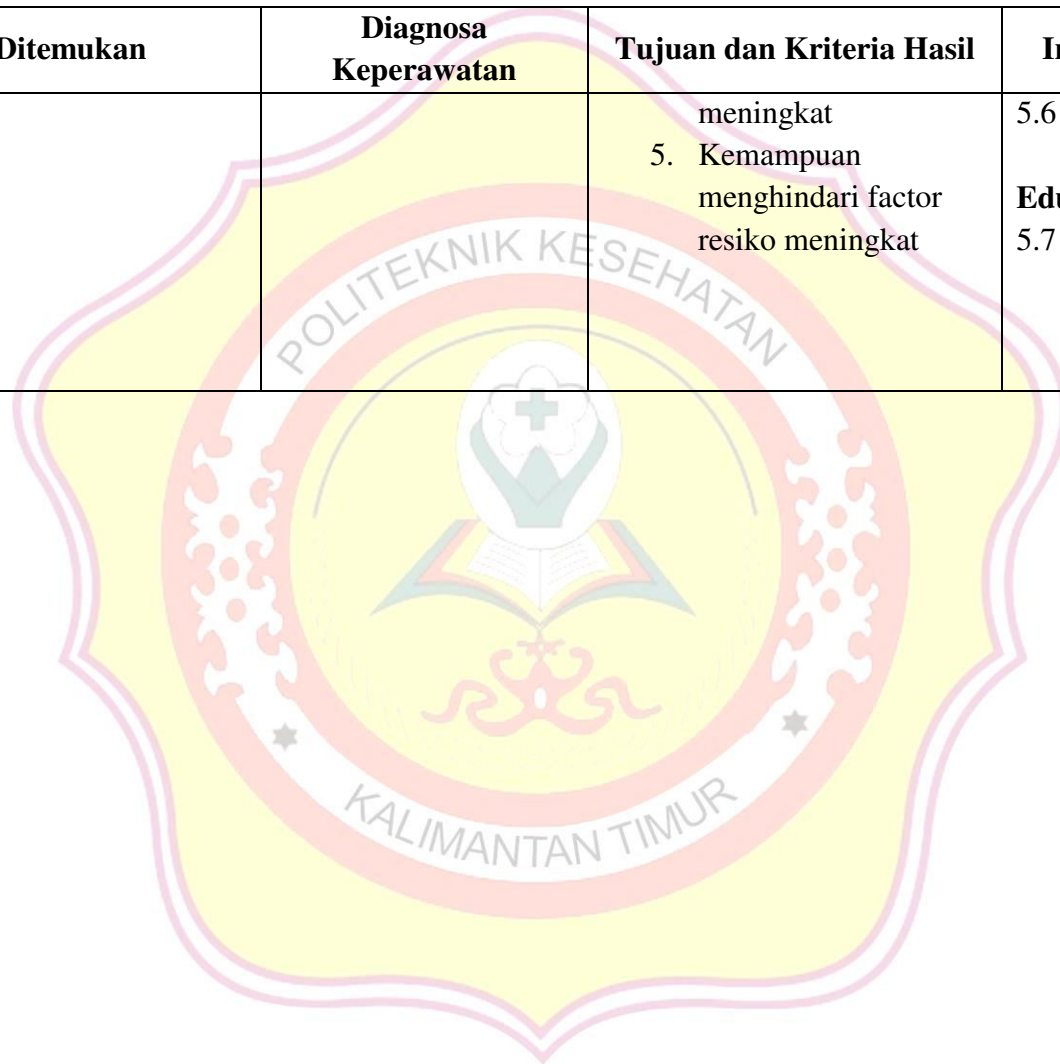
No.	Tanggal Ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
		sulit bergerak karena keadaan kakinya yang fraktur, pasien mengatakan tidak bias beraktivitas normal seperti biasanya karena fraktur tersebut, aktivitas pasien terlihat dibantu oleh keluarga	meningkat 4. Kelemahan fisik menurun	<p>2.3 Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur)</p> <p>2.4 Fasilitasi melakukan pergerakan jika perlu</p> <p>2.5 Libatkan keluarga dalam merencanakan dan memelihara program latihan fisik</p> <p>Edukasi</p> <p>2.6 Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>2.7 Anjurkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>2.8 Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan</p>
3.	2 Mei 2019	(D.0009) Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan/atau vena yang	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam perfusi Perifer meningkat dengan kriteria hasil:	<p>Perawatan Sirkulasi</p> <p>Observasi</p> <p>3.1 Periksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema)</p>

No.	Tanggal Ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
		dibuktikan dengan : Terdapat edema pada kaki kanan pasien dan pasien mengeluh nyeri pada kaki kanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Denyut nadi perifer meningkat 2. Penyembuhan luka meningkat 3. Edema perifer menurun 4. Nyeri ekstremitas menurun 	<ol style="list-style-type: none"> 3.2 Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas <p>terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.3 Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi 3.4 Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 3.5 Lakukan pencegahan infeksi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.6 Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat 3.7 Anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.8 Kolaborasi pemberian

No.	Tanggal Ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
				antibiotic
4.	2 Mei 2019	(D.0109) Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan yang dibuktikan dengan : Pasien tidak mampu mandi, menggunakan pakaian, makan, dan berhias secara mandiri, aktivitas pasien dibantu oleh keluarga	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3. Kemampuan makan meningkat 4. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat 5. Mempertahankan kebersihan diri meningkat	Dukungan perawatan Diri Observasi 4.1 Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 4.2 Monitor tingkat kemandirian 4.3 Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, dan berhias. Teraupetik 4.4 Sediakan lingkungan yang teraupetik (mis. Privasi pasien) 4.5 Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri. 4.6 Bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 4.7 Jadwalkan rutinitas perawatan diri

No.	Tanggal Ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
				Edukasi 4.8 Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.
5.	2 Mei 2019	(D.0143) Risiko Jatuh yang dibuktikan dengan : Pasien terpasang selang kateter, selang infus dan skala morse 55	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x8 jam tingkatan jatuh meningkat dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak jatuh dari tempat tidur meningkat 2. Tidak jatuh saat berjalan meningkat 3. Kemampuan mengidentifikasi factor resiko meningkat 4. Kemampuan melakukan strategi control resiko 	Pencegahan Jatuh Observasi 5.1 Identifikasi factor resiko jatuh 5.2 Identifikasi factor lingkungan yang meningkatkan factor resiko jatuh 5.3 Hitung resiko jatuh dengan menggunakan skala morse Teraupetik 5.4 Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga 5.5 Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda dalam kondisi terkunci

No.	Tanggal Ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
			meningkat 5. Kemampuan menghindari factor resiko meningkat	5.6 Pasang handrall tempat tidur Edukasi 5.7 Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah.



4.1.2.5 Implementasi Keperawatan

Tabel 4.8

Implementasi Keperawatan pada Pasien 1 (Ny. E) di Ruang Cempaka RSUD
Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019

No.	Hari/Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
1.	Kamis , 02 Mei 2019 07.00 WITA 07.30 WITA 08.00 WITA 08.20 WITA 08.20 WITA	1.1 Menanyakan pada pasien factor pencetus dan Pereda nyeri 1.2 Menanyakan pada pasien kualitas nyeri yang dirasakan seperti apa 1.4 Menanyakan intensitas nyeri dengan skala 1.1 Melihat kemampuan pasien dalam beraktivitas 2.2.melihat kondisi umum pasien selama melakukan mobilisasi 2.5. Meminta keluarga	Nyeri timbul saat ada pergerakan, dan pasien mengatakan Pereda nyerinya merupakan obat nyeri dan teknik nonfarmakologis (nafas dalam) Nyeri yang dirasakan seperti ditusuk – tusuk Skala nyeri yang dirasakan pasien yaitu 5 (sedang) Pasien terlihat masih kesulitan membolak balikkan posisi pasien terlihat hanya berbaring ditempat tidur dengan ttv TD : 120/80 MMhg N : 86 x/menit RR : 18x/menit T : 36,4

No.	Hari/Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
	09.00 WITA	membantu dalam merencanakan program latihan pergerakan	Keluarga berperan aktif dalam membantu pasien melakukan gerakan gerakan dini seperti mengangkat kaki perlahan
	09.10 WITA	2.8. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakuka	
	09.15 WITA	3.1 Melihat edema pada kaki kanan	Membantu pasien untuk duduk secara perlahan
	09.20 WITA	3.7 Menganjurkan pasien mengkonsumsi makanan tinggi kalori daan protein	Edema pada kakai kanan pasien terlihat menurun
	09.20 WITA	3.8 Memberi injeksi obat ceftriaxone 1 gr yang diberikan melalui IV sesuai resep dokter	pasien mengkonsumsi makan makanan yang di sedikan rumah sakit
	09.30 WITA	1.7 Memberi injeksi obat santagesik 2 mg melalui IV sesuai resep dokter	pasien mengatakan lebih nyaman setelah diberikan injeksi obat
	10.00 WITA	4.1 Menanyakan pada pasien tentang perawatan diri seperti mandi	pasien mengatakan lebih nyaman setelah diberikan injeksi obat
	10.10 WITA	4.6 Membantu pasien melakukakan perawatan diri jika pasien tidak mamapu sendiri	pasien mengtakan diseka dua kali sehari dengan bantuan keluarga
		5.3 Menghitung resiko jatuh	

No.	Hari/Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
	<p>10.15 WITA</p> <p>10.25WITA</p>	<p>dengan menggunakan skala morse</p> <p>5.5 Melihat dan memastikan tempat tidur dalam kondisi terkunci</p>	<p>skala morse pasien 55 resiko tinggi</p> <p>roda tempat tidur terkunci</p>
2.	<p>Jumat, 03 Mei 2019</p> <p>07.00 WITA</p> <p>07.10 WITA</p> <p>07.20 WITA</p> <p>07.30 WITA</p> <p>07.50 WITA</p> <p>08.00 WITA</p> <p>09.00 WITA</p>	<p>1.2 Menanyakan kualitas nyeri yang dirasakan pasien</p> <p>1.4 Mengukur dan menanyakan intensitas nyeri dengan skala</p> <p>3.5 Melakukan pencegahan infeksi dengan memberitahu pasien tanda gejala dari infeksi</p> <p>1.6 Mengajarkan pasien teknik rileksasi nafas dalam</p> <p>2.7.Menganjurkan pasien melakukan mobilisasi dini</p> <p>4.2 Melihat tingkat kemandirian pasien</p> <p>4.8 Menganjurkan pasien melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai</p>	<p>Nyeri yang dirasa seperti ditusuk – tusuk</p> <p>Nyeri yang dirasakan pasien berkurang dengan skala nyeri 4</p> <p>Pasien paham dan tau beberapa tanda gejala adanya infeksi</p> <p>Pasien dapat mengontrol nyeri dengan teknik nafas dalam</p> <p>Pasien melakukan gerakan mengoyang goyangkan jari kakinya agar tidak kaku dan mencoba duduk dengan berpegangan pagar tempat tidur</p> <p>Pasien terlihat mulai melakukan perawatan diri</p>

No.	Hari/Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
	09.10 WITA	<p>kemampuan</p> <p>1.7 Memberikan injeksi obat santagesik 2 mg melalu IV sesuai resep dokter</p> <p>3.7 Memberikan injeksi obat Ceftriaxone 1 gr melalu IV sesuai resep dokter</p>	<p>Pasien mengatakan sudah melakukan perawatan diri meskipun ada bantuan dari keluarganya</p> <p>Pasien mengatakan nyaman setelah diberikan injeksi santagesik</p> <p>Pasien mengatakan keadaanya merasa lebih baik</p>
3.	<p>Sabtu, 4 Mei 2019</p> <p>07.00 WITA</p> <p>07.20 WITA</p> <p>07.50 WITA</p> <p>08.20 WITA</p> <p>08.40 WITA</p>	<p>1.2 Menanyakan kualitas nyeri yang dirasakan pasien</p> <p>1.4 Mengukur dan melihat intensitas nyeri dengan skala</p> <p>2.1.Melihat kemampuan pasien dalam beraktivitas</p> <p>4.2 Melihat dan menanyakan tingkat kemandirian pasien</p> <p>5.7 Menganjurkan pasien memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah posis</p>	<p>Pasien mengatakan nyerinya tidak terlalu sakit lagi</p> <p>Nyeri yang dirasakan pasien berkurang dengan skala nyeri 2</p> <p>Pasien terlihat sudah bisa duduk sendiri dengan memegang pagar tempat tidur</p> <p>Pasien terlihat sudah melakukan perawatan diri secara mandiri</p> <p>Pasien paham untuk memanggil perawat jika butuh bantuan</p>

No.	Hari/Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
	09.10 WITA	1.7 Memberikan injeksi obat santagesik 2 mg melalui IV sesuai resep dokter	Pasien mengatani nyeri sudah berkurang dan merasa lebih nyaman
	09.10 WITA	3.7 Memberikan injeksi obat Ceftriaxone 1 gr Melalui IV sesuai resep dokter	Pasien mengatakan lebih baik

Tabel 4.9

Implementasi Keperawatan pada Pasien 2 (Tn. B) di Ruang Cempaka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019

No.	Hari/Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
1.	Kamis , 02 Mei 2019 11.00 WITA	1.1 Menanyakan factor pencetus dan Pereda nyeri	Nyeri timbul saat ada pergerakan, dan pasien mengatakan Pereda nyerinya merupakan obat nyeri
	11.25 WITA	1.2 Menanyakan kualitas nyeri yang dirasakan	Nyeri yang dirasakan seperti ditusuk – tusuk
	11.40 WITA	1.4 Menanyakan intensitas nyeri dengan skala	Skala nyeri yang dirasakan pasien yaitu 6 (sedang)
	12.00 WITA	2.1 Melihat dan menanyakan kemampuan pasien beraktivitas 2.2.Memeriksa kondisi umum	Pasien terlihat masih kesulitan membolak balikkan posisi

No.	Hari/Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
	12.20 WITA	selama melakukan mobilisasi	Pasien terlihat hanya berbaring ditempat tidur dengan ttv TD : 120/70 MMhg N : 87 x/menit RR : 18x/menit T : 36,3
	12.30 WITA	1.6 Mengajarkan pasien teknik rileksasi nafas dalam	Pasien dapat melakukan teknik nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri
	12.50 WITA	2.5. Meminta keluarga membantu dalam merencanakan program latihan pergerakan	Hanya istri yang sering membantu pasien
	13.20 WITA	2.8. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan	Membantu pasien untuk duduk secara perlahan
	13.35 WITA	3.6 Menganjurkan pasien mengkonsumsi makanan tinggi kalori daan protein	pasien mengkonsumsi makan makanan yang di sedikan rumah sakit
	13.40 WITA	3.7 Memberikan obat injeksi ceftriaxone 1 gr melalui IV sesuai resep dokter	pasien mengatakan lebih nyaman setelah diberikan injeksi obat
	14.00 WITA	1.7 Memberikan obat injeksi santagesik 2 mg melalui IV sesuai resep dokter	pasien mengatakan lebih nyaman setelah

No.	Hari/Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
	<p>14.15 WITA</p> <p>14.20 WITA</p> <p>14.25 WITA</p>	<p>4.1 Melihat dan menanyakan kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia</p> <p>5.3 Menghitung resiko jatuh dengan menggunakan skala morse</p> <p>5.5 Memastikan tempat tidur dalam kondisi terkunci</p>	<p>diberikan injeksi obat pasien mengatakan diseka dua kali sehari dengan bantuan istri skala morse pasien 55 resiko tinggi</p> <p>roda tempat tidur terkunci</p>
2.	<p>Jumat, 03 Mei 2019</p> <p>10.00 WITA</p> <p>10.25 WITA</p> <p>10.40 WITA</p> <p>11.50 WITA</p> <p>12..00 WITA</p> <p>13.00 WITA</p>	<p>1.2 Menanyakan kualitas nyeri</p> <p>1.4 Menanyakan intensitas nyeri yang dirasakan pasien dengan skala</p> <p>2.7.Menganjurkan pasien melakukan mobilisasi dini</p> <p>4.2 Melihat dan menanyakan tingkat kemandirian pasien</p> <p>4.3 Menanyakan pada pasien apakah membutuhkan alat bantu untuk latihan mobilisasi</p> <p>2.2 Menanyakan dan memeriksa kondisi umum pasien</p>	<p>Nyeri yang dirasa seperti ditusuk – tusuk</p> <p>Nyeri yang dirasakan pasien berkurang dengan skala nyeri 5</p> <p>Pasien melakukan gerakan mengoyang goyangkan jari kakinya agar tidak kaku</p> <p>Pasien terlihat mulai melakukan perawatan diri</p> <p>Pasien menggunakan pagar tempat tidur sebagai alat bantu untu duduk</p> <p>TD : 120/70</p> <p>MMhg</p>

No.	Hari/Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
	<p>13.10 WITA</p> <p>13.20 WITA</p>	<p>4.8 Menganjurkan pasien melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</p> <p>1.7 Memberikan injeksi obat Santagesik 2 mg melalui IV sesuai resep dokter</p> <p>3.7 Memberikan injeksi obat ceftriaxone 1 gr melalui IV resep dokter</p> <p>5.5 Memastikan roda tempat tidur terkunci</p>	<p>N : 87x/menit RR 18x/menit T : 36,4</p> <p>Pasien mengatakan sudah melakukan perawatan diri meskipun ada bantuan dari keluarganya</p> <p>Pasien mengatakan nyaman setelah diberikan injeksi santagesik</p> <p>Pasien mengatakan keadaanya merasa lebih baik</p> <p>Roda tempat tidur terlihat terkunci</p>
3.	<p>Sabtu, 4 Mei 2019</p> <p>10.00 WITA</p> <p>10.20 WITA</p> <p>10.50 WITA</p> <p>11.20 WITA</p>	<p>1.2 Menanyakan kualitas nyeri</p> <p>1.4 Menanyakan intensitas nyeri dengan skala</p> <p>2.2.Melihat kemampuan pasien beraktivitas</p> <p>4.2 Melihat tingkat kemandirian pasien</p>	<p>Nyeri yang dirasakan pasien sudah tidak terlalu sakit</p> <p>Nyeri yang dirasakan pasien berkurang dengan skala nyeri 3</p> <p>Pasien terlihat sudah bisa duduk sendiri dengan memegang pagar tempat tidur</p> <p>Pasien terlihat sudah melakukan perawatan diri</p>

No.	Hari/Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
	11.40 WITA	<p>5.7 Menganjurkan pasien memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah posisi</p> <p>1.7 Memberikan injeksi obat Santagesik 2 mg melalui IV sesuai resep dokter</p> <p>3.7 Memberikan injeksi obat ceftriaxone 1 gr melalui IV sesuai resep dokter</p>	<p>secara mandiri</p> <p>Pasien paham untuk memanggil perawat jika butuh bantuan</p> <p>Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang dan merasa lebih nyaman</p> <p>Pasien mengatakan lebih baik</p>

4.1.2.6 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.10

Evaluasi Keperawatan Pasien 1 (Ny. E) di Ruang Cempaka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
1.	kamis , 2 Mei 2019	(D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	<p>S : Pasien mengatakan nyeri pada kaki kanan bagian paha, nyeri yang dirasa seperti ditusuk tusuk dengan sekala nyer 4 dan durasi saat nyeri timbul sekitar 1 – 2 menit</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wajah pasien terlihat

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
			<p>meringis</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien menderita fraktur femur <p>A : Masalah nyeri teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi</p> <p>1.2 Monitor kualitas nyeri 1.4 Monitor intensitas nyeri dengan menggunakan skala 1.6 Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengontrol rasa nyeri 1.7 Kolaborasi pemberian obat analgetik</p>
2.		(D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskulosekletal	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sulit bergerak karena keadaan kakinya yang fraktur - Pasien mengatakan tidak bias beraktivitas normal seperti biasanya <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien menderita fraktur pada kaki kanan - Aktivitas pasien terlihat

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
			<p>dibantu oleh keluarga</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat kesulitan membolak-balikan posisi <p>A : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> 2.1. Identifikasi kemampuan pasien beraktivitas 2.2. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 2.8. Anjurkan mobilisasi dini
3.		(D.0009) Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan/atau vena (Edema)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri pada bagian kaki kanan - Pasien mengatakan kakinya bengkak <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat edema pada kaki kanan <p>A : masalah perfusi perifer belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> 3.1 periksa sirkulasi perifer

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
4.		(D.0143) Risiko Jatuh yang dibuktikan dengan : Pasien terpasang selang kateter, selang infus dan skala morse 55	<p>S: pasien mengatakan kekuatan otot kakinya melemah</p> <p>O : skala morse pada pasien 55 resiko tinggi , pasien terlihat kesulitan bergerak, pagar pada tempat tidur sudah terpasang dengan kuat</p> <p>A : Masalah resiko jatuh teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>5.5 Pastikan roda pada tempat tidur terkunci</p> <p>5.6 Pasang handrall</p> <p>5.7 Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan</p>
1.	jumat, 3 Mei 2019	(D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	<p>S : Pasien mengatakan nyeri yang dirasa sudah menurun dengan skala nyeri menjadi 3 dan durasi saat nyeri timbul sekitar 1 menit</p> <p>O :</p> <p>- Wajah pasien</p>

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
			<p>terlihat tidak meringis lagi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wajah pasien terlihat lebih santai <p>A : Masalah nyeri teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi</p> <p>1.2 Monitor kualitas nyeri 1.4 Monitor intensitas nyeri dengan menggunakan skala 1.6 Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengontrol rasa nyeri 1.7 Kolaborasi pemberian obat analgetik</p>
2.		(D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskulosekletal	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mulai melakukan pergerakan pergerakan ringan - Pasien mengatakan mencoba belajar duduk secara mandiri dengan bantuan pagar tempat tidur <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien menderita fraktur pada

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
			<p>kaki kanan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat mulai beraktivitas lebih <p>A : Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>2.2. Identifikasi kemampuan pasien beraktivitas</p> <p>2.3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>2.8. Anjurkan mobilisasi dini</p>
3.		(D.0009) Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan/atau vena (Edema)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri pada kaki kanan menurun - Pasien mengatakan bengkak pada kaki kanan menurun <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edema pada kaki kanan menurun <p>A : Masalah Perfusi Perifer belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>3.1 Periksa sirkulasi</p>

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
			perifer (edema)
4.		(D.0143) Risiko Jatuh yang dibuktikan dengan : Factor risiko penurunan kekuatan otot	<p>S : Pasien mengatakan kekuatan otot kaki melemah</p> <p>O : skala morse pada pasien 55 resiko tinggi , pasien terlihat kesulitan bergerak, pagar pada tempat tidur sudah terpasang dengan kuat</p> <p>A : Masalah resiko jatuh teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 5.5 Pastikan roda pada tempat tidur terkunci 5.6 Pasang handrall 5.7 Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan</p>
1.	sabtut, 4 Mei 2019	(D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	<p>S : Pasien mengatakan nyeri yang dirasa sudah menurun dengan sekala nyeri turun menjadi 2 dan durasi saat nyeri timbul kurang dari 1 menit</p> <p>O : - Wajah pasien terlihat tidak</p>

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
			<p>meringis lagi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat rileks <p>A : Masalah nyeri teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>1.2 Monitor kualitas nyeri</p> <p>1.4 Monitor intensitas nyeri dengan menggunakan skala</p> <p>1.6 Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengontrol rasa nyeri</p> <p>1.7 Kolaborasi pemberian obat analgetik</p>
2.		(D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskulosekletal	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mulai melakukan pergerakan pergerakan ringan - Pasien mengatakan sudah bisa duduk dengan mandiri dengan berpegangan dengan pagar tempat tidur <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien menderita fraktur pada kaki kanan

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
			<ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat mulai beraktivitas lebih <p>A : Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> 2.2. Identifikasi kemampuan pasien beraktivitas 2.3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 2.8. Anjurkan mobilisasi dini
3.		(D.0009) Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan/atau vena (Edema)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri pada kaki kanan menurun - Pasien mengatakan bengkak menurun <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edema terlihat menurun <p>A : Masalah perfusi perifer teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> 3.1 Periksa sirkulasi perifer (edema)
4.		(D.0143) Risiko Jatuh yang dibuktikan dengan :	S : pasien mengatakan

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		Factor risiko penurunan kekuatan otot	<p>kaki kanan mulai bisa bergerak</p> <p>O :</p> <p>skala morse pada pasien 55 resiko tinggi , pasien terlihat kesulitan bergerak, pagar pada tempat tidur sudah terpasang dengan kuat, dan pasien terlihat aman</p> <p>A :</p> <p>Masalah resiko jatuh teratasi</p> <p>P :</p> <p>lanjutkan intervensi</p> <p>5.6 Pastikan roda pada tempat tidur terkunci</p> <p>5.7 Pasang handrall</p> <p>5.8 Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan</p>

Tabel 4.11

Evaluasi Keperawatan Pasien 2 (Tn. B) di Ruang Cempaka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
1.	kamis , 2 Mei 2019	(D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	S : Pasien mengatakan nyeri pada kaki kanan bagian paha, nyeri

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
			<p>yang dirasa seperti ditusuk tusuk dengan sekala nyeri 5 dan durasi saat nyeri timbul sekitar 1 – 2 menit</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wajah pasien terlihat meringis - Pasien menderita fraktur femur <p>A : Masalah nyeri teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>1.2 Monitor kualitas nyeri</p> <p>1.4 Monitor intensitas nyeri dengan menggunakan skala</p> <p>1.6 Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengontrol rasa nyeri</p> <p>1.7 Kolaborasi pemberian obat analgetik</p>
2.		(D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskulosekletal	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sulit bergerak karena keadaan kakinya yang fraktur - Pasien mengatakan tidak bias

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
			<p>beraktivitas normal seperti biasanya</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien menderita fraktur pada kaki kanan - Aktivitas pasien terlihat dibantu oleh keluarga - Pasien terlihat kesulitan membolak-balikan posisi <p>A : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> 2.2. Identifikasi kemampuan pasien beraktivitas 2.3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 2.8. Anjurkan mobilisasi dini
3.		(D.0009) Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan/atau vena (Edema)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kaki kananya kadang – kadang keram - Pasien mengatakan kaki kananya seperti bengkak

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
			<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terlihat edema pada kaki kanan pasien <p>A : masalah perfusi perifer teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>3.1 Periksa sirkulasi perifer</p>
4.		(D.0109) Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sulit untuk merawat diri karena keterbatasan pergerakan - Pasien mengatakan sehari 2 kali di seka <p>O : *</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien dalam memenuhi kebutuhan personal hygiene dibantu oleh keluarga - Pasien untuk kebutuhan toileting menggunakan diapers - Pasien terpasang cateter <p>A : Masalah Defisit perawatan diri belum teratasi</p>

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
			<p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>4.3 Monitor tingkat kemandirian</p> <p>4.4 Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, dan berhias</p> <p>4.8 Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</p>
5.		(D.0143) Risiko Jatuh yang dibuktikan dengan : Factor risiko penurunan kekuatan otot	<p>S : pasien mengatakan kekuatan otot kakinya melemah</p> <p>O : skala morse pada pasien 55 resiko tinggi , pasien terlihat kesulitan bergerak, pagar pada tempat tidur sudah terpasang dengan kuat</p> <p>A : Masalah resiko jatuh teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>5.6 Pastikan roda pada tempat tidur terkunci</p> <p>5.7 Pasang handrall</p> <p>5.8 Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan</p>

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
1.	jumat, 3 Mei 2019	(D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	<p>bantuan</p> <p>S : Pasien mengatakan nyeri menurun dengan skala nyeri turun menjadi 4 dan durasi saat nyeri timbul sekitar 1 menit</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wajah pasien terlihat tidak meringis lagi - Wajah pasien terlihat santai - Pasien menderita fraktur femur <p>A : Masalah nyeri teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>1.2 Monitor kualitas nyeri</p> <p>1.4 Monitor intensitas nyeri dengan menggunakan skala</p> <p>1.6 Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengontrol rasa nyeri</p> <p>1.7 Kolaborasi pemberian obat analgetik</p>
2.		(D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskulosekletal	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mulai melakukan pergerakan

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
			<p>pergerakan ringan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mencoba belajar duduk secara mandiri dengan bantuan pagar tempat tidur <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien menderita fraktur pada kaki kanan - Pasien terlihat mulai beraktivitas lebih <p>A : Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>2.2. Identifikasi kemampuan pasien beraktivitas</p> <p>2.3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>2.8. Anjurkan mobilisasi dini</p>
3.		(D.0009) Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan/atau vena (Edema)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan bengkak pada kaki kananya menurun <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edema terlihat

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
			<p>menurun</p> <p>A : masalah perfusi perifer teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>3.1 Periksa sirkulasi perifer</p>
4.		(D.0109) Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mulai rutin melakukan perawatan diri - Pasien mengatakan sehari 2 kali di seka <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien dalam memenuhi kebutuhan personal hygiene dibantu oleh keluarga - Pasien untuk kebutuhan toileting menggunakan diapers - Pasien terpasang cateter <p>A : Masalah Defisit perawatan teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>4.4 Monitor tingkat kemandirian</p> <p>4.5 Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersiha</p>

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
			<p>diri, berpakaian, dan berhias</p> <p>4.8 Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</p>
5.		(D.0143) Risiko Jatuh yang dibuktikan dengan : Factor risiko penurunan kekuatan otot	<p>S : pasien mengatakan kekuatan otot kakimelemah</p> <p>O : skala morse pada pasien 55 resiko tinggi , pasien terlihat kesulitan bergerak, pagar pada tempat tidur sudah terpasang dengan kuat</p> <p>A : Masalah resiko jatuh teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>5.6 Pastikan roda pada tempat tidur terkunci</p>
1.	sabtut, 4 Mei 2019	(D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	<p>S : Pasien mengatakan sekala nyeri turun menjadi 3 dan durasi saat nyeri timbul sekitar kurang dari 1 menit</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wajah pasien terlihat tidak meringis lagi - Pasien terlihat lebih rilex

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
			<ul style="list-style-type: none"> - Pasien menderita fraktur femur A : Masalah nyeri teratasi P : lanjutkan intervensi 1.2 Monitor kualitas nyeri 1.4 Monitor intensitas nyeri dengan menggunakan skala 1.6 Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengontrol rasa nyeri 1.7 Kolaborasi pemberian obat analgetik
2.		(D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskulosekletal	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mulai melakukan pergerakan pergerakan ringan - Pasien mengatakan sudah bisa duduk dengan mandiri dengan berpegangan dengan pagar tempat tidur <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien menderita fraktur pada kaki kanan

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
			<ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat mulai beraktivitas lebih <p>A : Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> 2.1. Identifikasi kemampuan pasien beraktivitas 2.4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 2.8. Anjurkan mobilisasi dini
3.		(D.0009) Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan/atau vena (Edema)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kakinya sudah tidak bengkak lagi <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edema pada kaki kanan pasien sudah menurun <p>A : perfusi perifer meningkat</p> <p>P : pertahankan intervensi</p>
4.		(D.0109) Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mulai rutin melakukan perawatan diri - Pasien mengatakan sehari 2 kali di

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
			<p>seka</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien dalam memenuhi kebutuhan personal hygiene dibantu oleh keluarga - Pasien untuk kebutuhan toileting menggunakan diapers - Pasien terpasang cateter <p>A : Masalah Defisit perawatan teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>4.5 Monitor tingkat kemandirian</p> <p>4.6 Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, dan berhias</p> <p>4.7 Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</p>
5.		(D.0143) Risiko Jatuh yang dibuktikan dengan : Factor risiko penurunan kekuatan otot	<p>S : pasien mengatakan kaki kanan mulai bisa bergerak</p> <p>O : skala morse pada pasien 55 resiko tinggi , pasien terlihat kesulitan</p>

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
			<p>bergerak, pagar pada tempat tidur sudah terpasang dengan kuat, dan pasien terlihat aman</p> <p>A : Masalah resiko jatuh teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>5.6 Pastikan roda pada tempat tidur terkunci</p>



4.2 Pembahasan

1) Pengkajian

Pengkajian ini dilaksanakan pada tanggal 2 Mei – 4 Mei 2019 di Ruang Cempaka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Pengkajian dilakukan pada 2 pasien dengan *Fraktur Femur*. Pasien 1 (Ny.E) usia 50 tahun dengan keluhan utama nyeri pada kaki kanan bagian paha dengan skala nyeri 5, nyeri yang dirasakan seperti dituuk tusuk dengan durasi nyeri saat timbul sekitar 1-2 menit dan keluhan tambahan yang dirasakan pasien yaitu pasien mengeluh sulit melakukan aktivitas secara normal karena kesulitan untuk bergerak dengan kekuatan otot pada kaki kanan 3. Pasien 2 (Tn.B) usia 48 tahun dengan keluhan utama nyeri pada kaki kanan bagian paha dengan skala nyeri 6, nyeri yang dirasakan seperti ditusuk tusuk, nyeri hialng timbul dengan durasi nyeri saat muncul sekitar 1-2 menit. Keluhan tambahan yang dirasakan pasien yaitu kesulitan bergerak dengan normal dengan kukatan otot pada kaki kanan 3 dan yang lainnya 5.

Berdasarkan data hasil pengkajian resiko jatuh pada kedua pasien ditemukan kesamaan antara data yang didapat peneliti dengan teori dimna pasien dengan fraktur femur berisiko jatuh. Sesuai dengan skala morse pasien 1 (Ny. E) dan Pasien 2 (Tn.B) keduanya sama sama mendapatkan skore 55 yang berarti keduanya masuk dalam kategori risiko jatuh tinggi.

Pada pengkajian personal hygiene ditemukan bahwa pasien 1 (Ny. E) di seka 2 kali sehari, keramas 2 hari 1 kali, memotong kuku 1 minggu sekali, sikat

gigi 1 kali sehari, dan ganti pakaian 1 kali sehari. Sedangkan pada pasien 2 (Tn. B) di seka 1 x sehari, keramas 5 hari 1x, memotong kuku jika panjang, sikat gigi 1x sehari, dan mengganti pakaian 1x sehari. Pada pasien 2 (Tn. B)tersebut memiliki personal hygiene yang kurang. Menurut peneliti hal itu dikarenakan terjadinya gangguan fungsi pada anggota gerak pasien yang menyebabkan sulit mengerjakan aktivitas sehari-hari.

2) Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan data hasil pengkajian Asuhan Keperawatan didapatkan 4 masalah keperawatan yang sama pada dua pasien dan 1 diagnosa berbeda yaitu Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan gangguan system muskuloskeletal, Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan/atau vena (Edema), Risiko Jatuh dibuktikan dengan factor risiko penurunan kekuatan otot dan 1 masalah keperawatan yang berbeda yaitu Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan kelemahan

Berikut pembahasan diagnosa yang muncul sesuai teori pada kasus pasien 1 (Ny.E) dan Pasien 2 (Tn.B) yaitu :

a) Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Ditemukan bahwa pasien 1 (Ny.E) mengeluh nyeri pada kaki kanan bagian paha dengan skala nyeri 5 dan Pasien 2 (Tn.B) mengeluh Nyeri dengan skala nyeri 6. Menurut *Association For Study Of Pain* (2016) nyeri adalah suatu pengalaman sensoris dan emosional yang tidak menyenangkan yang terkait dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial, atau

menggambarkan kondisi terjadinya kerusakan. Berdasarkan hasil studi mengenai nyeri akut yang didapatkan dari penilaian lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri terhadap kemampuan pasien untuk mengontrol nyeri pada kedua pasien diatas.

b) Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan gangguan system Muskulosekletal

Pasien 1 (Ny.E) dan pasien 2 (Tn.B) mengeluh kesulitan melakukan aktivitas normal sehari hari karena sulit menggerakkan kaki kanan yang mengalami gangguan keterbatasan pergerakan. Gangguan mobilitas fisik didefinisikan oleh *North American Nursing Diangnosis Association* (2015) sebagai suatu keadaan dimana individu yang mengalami atau beresiko mengalami gangguan keterbatasan pergerakan.

c) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan/vena (edema) Pada Pasien 1 (Ny. E) dan Pasien 2 (Tn.B) keduanya mengeluh bahwa kakinya bengkak dan nyeri pada kaki kanannya

d) Defisit Perawatan diri berhubungan dengan kelemahan pasien 2 (Tn.B) menngeluh tidak bisa melakukan aktivitas dasar sehari-hari secara mandiri (memerlukan bantuan 1 orang). Pasien juga kadang tidak membersihkan diri jika tidak ada yang membantu ketika keluarga tidak ada. Deficit Perawatan Diri merupakan kerusakan kemampuan dalam memenuhi aktivitas (Rosenberg dan Smith, 2005 : 180).

e) Risiko Jatuh dibuktikan dengan factor risiko penurunan kekuatan otot

Ditemukan kesamaan antara Pasien 1 (Ny. E) dan Pasien 2 (Tn. B) dimana terjadi kelemahan anggota gerak sehingga meningkatkan risiko jatuh pasien. Sekala morse pada kedua pasien sama – sama dalam katagori risiko tinggi. Jatuh adalah suatu kajadian dengan hasil seorang berbaring secara tidak sengaja di tanah atau lantai atau permukaan yang lebih rendah (WHO 2004 dalam Miake-Lye et al, 2013). Jatuh merupakan suatu yang dilaporkan penderita atau saksi mata, yang melihat kejadian dengan akibat seseorang mendadak terbaring atau duduk di lantai atau tempat yang lebih rendah dengan atau tanpa kehilangan kesadaran atau luka (Darmojo, 2004).

3) Intervensi keperawatan

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada kedua pasien dengan masalah keperawatan Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam diharapkan tautan nyeri meningkat dengan kriteria hasil melaporkan nyeri terkontrol meningkat, kemampuan menggunakan teknik nafas dalam meningkat, dan keluhan nyeri penggunaan analgetik menurun.

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada kedua pasien dengan masalah keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan gangguan system muskulosekletal adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil

pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, renggang gerak meningkat, dan kelemahan fisik menurun.

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada pasien dengan masalah keperawatan Risiko Infeksi yang dibuktikan dengan efek prosedur invasif adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam maka tingkat infeksi menurun yang ditandai dengan kriteria hasil demam menurun, nyeri menurun, kemerahan menurun, dan bengkak menurun.

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada pasien dengan masalah Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan kelemahan adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil kemampuan mandi meningkat, kemampuan menggunakan pakaian meningkat, dan mempertahankan kebersihan diri meningkat.

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada pasien dengan masalah Risiko Jatuh yang dibuktikan dengan factor penurunan kekuatan otot adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam diharapkan tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil jatuh dari tempat tidur menurun, jatuh saat berdiri menurun, dan jatuh saat berjalan menurun.

4) Implementasi Keperawatan

Implementasi yang dilakukan pada pasien 1 (Ny. E) dan Pasien 2 (Tn. B) selama 3 hari perawatan akan dijabarkan sebagai berikut.

Pada pasien 1 (Ny. E) pada hari pertama dilakukan menanyakan pada pasien factor pencetus dan Pereda nyeri, mengukur skala nyeri pasien, melihat

kemampuan pasien dalam beraktivitas, menanyakan pada pasien tentang perawatan diri, menghitung resiko jatuh pasien menggunakan skala morse, memberi injeksi obat ceftriaxone 1 gr dan santagesik 2 mg melalui IV sesuai resep dokter, dan memastikan pagar tempat tidur terpasang.

Pada hari kedua tindakan yang dilakukan yaitu menanyakan kualitas nyeri yang dirasakan pasien, menanyakan skala nyeri yang dirasakan pasien, mengajarkan pasien menggunakan teknik nafas dalam, mengajarkan pasien melakukan mobilisasi dini, menganjurkan pasien melakukan perawatan diri sesuai dengan kemampuan, dan memberikan injeksi obat ceftriaxone 1 gr dan santagesik 2 mg.

Pada hari ketiga menanyakan kualitas nyeri yang dirasakan, mengukur skala nyeri pasien, melihat tingkat kemandirian pasien, menganjurkan pasien memanggil perawat jika membutuhkan bantuan.

Pada Pasien 2 (Tn. B) pada hari pertama menanyakan factor pencetus dan Pereda nyeri, menanyakan kualitas nyeri yang dirasakan, melihat dan menanyakan kemampuan pasien beraktivitas, mengajarkan pasien teknik nafas dalam, mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan, memberikan obat injeksi ceftriaxone 1 gr dan santagesik 2 mg, menghitung skala jatuh menggunakan skala morse pasien.

Pada hari kedua menanyakan kualitas nyeri, mengukur skala nyeri yang dirasakan pasien, menganjurkan pasien melakukan mobilisasi dini, memeriksa kondisi umum pasien, menganjurkan pasien melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan, memberikan injeksi obat

ceftriaxone 1 gr dan santagesik 2 mg melalui IV sesuai resep dokter, dan memastikan roda pada tempat tidur terkunci dan pagar tempat tidur terpasang. Pada hari ketiga menanyakan kualitas nyeri, menanyakan dan mengukur skala nyeri, melihat kemampuan pasien beraktivitas, melihat tingkat kemandirian pasien, memberikan injeksi obat ceftriaxone 1 gr dan santagesik 2 mg melalui IV sesuai resep dokter.

5) Evaluasi Keperawatan

a) Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Setelah dilakukan penatalaksanaan nyeri, pada pasien I penurunan skala nyeri dan peningkatan rasa nyaman terjadi secara bertahap mulai dari hari pertama dengan skala nyeri 4 hingga pada hari ketiga skala nyeri berkurang hingga skala 2 dan pada pasien II skala nyeri berkurang mulai dari hari pertama dengan skala nyeri 5 hingga pada hari terakhir skala nyeri berkurang hingga skala 3. Kolaborasi pemberian santagesik dan pengaruh terapi relaksasi nafas dalam terhadap penurunan tingkat nyeri, yang menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan pada pemberian analgetik dan teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan persepsi nyeri. Berdasarkan teori dan penelitian terkait penulis berasumsi bahwa selain penatalaksanaan farmakologis, penatalaksanaan nyeri dengan teknik relaksasi nafas dalam dapat menciptakan kenyamanan, pasien merasa rileks dengan kegiatan tersebut dan mampu mengurangi nyeri yang dirasakan. Penurunan skala nyeri pada kedua pasien berbeda dimana pasien 1 mengalami penurunan skala nyeri dari skala

lima menjadi dua sedangkan penurunan skala nyeri pada pasien 2 menurun dari skala enam menjadi tiga

b) Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan gangguan muskulosekletal
Hasil yang didapat dari teknik ambulasi dan latihan mobilisasi kedua pasien mengalami peningkatan dalam aktivitas dimna yang sebelumnya pasien sulit membolak balikan posisi dan sulit untuk duduk dengan latihan mobilisasi secara rutin pasien dapat membolak balik posisi dan kudua pasien meningkat dalam aktivitas fisik. Berdasarkan teori dan hasil penelitian terkait penulis berasumsi bahwa gangguan mobilitas fisik dapat meningkat setelah melakukan teknik ambulasi dan mobilisasi dini secara rutin.

c) Perfusi Perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan vena (edema)

Hasil penatalaksanaan pada kedua pasien dengan masalah perfusi perifer tidak efektif yaitu dengan memeriksa sirkulasi perifer, melihat edema pasien, mengukur tekanan darah, nadi, suhu tubuh pasien.

d) Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan kelemahan

Hasil evaluasi yang didapatkan Pada pasien 2 (Tn.B) setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari adalah keluarga mampu membantu pasien untuk memenuhi kebutuhan dasarnya. Dengan ini maka masalah teratasi dan intervensi dihentikan.

e) Risiko Jatuh dibuktikan dengan factor penurunan kekuatan otot

Hasil evaluasi yang didapatkan pada pasien 1 (Ny.E) setelah perawatan selama 3 hari adalah pasien terjaga keamanan lingkungannya dan tidak terjadi jatuh. Dengan ini masalah teratasi dan intervensi dihentikan.

Hasil evaluasi yang didapatkan pada pasien 2 setelah perawatan selama 3 hari adalah pasien terjaga keamanannya dan tidak ada jatuh. Dengan ini masalah teratasi dan hentikan intervensi.



BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini diuraikan tentang kesimpulan yang dapat diambil dari hasil penelitian dan saran bagi Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie, bagi responden, dan bagi peneliti selanjutnya.

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil studi kasus asuhan keperawatan pada pasien dengan Post ORIF fraktur femur di Ruang Cempaka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Hasil pengkajian yang didapatkan dari kedua pasien menunjukkan adanya tanda gejala yang sama seperti nyeri, tetapi nyeri yang dirasakan kedua pasien berbeda dimana pasien 1 (Ny. E) memiliki skala nyeri 5 dan pasien 2 (Tn. B) memiliki skala nyeri 6, tanda gejala lain yang dimiliki oleh kedua pasien yaitu, kedua pasien kesulitan untuk menggerakkan ekstremitas, kedua pasien kesulitan untuk merawat diri, dan skala morse pada kedua pasien sama yaitu 55 (resiko tinggi).
2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada kedua pasien tersebut yaitu, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan system muskuloskeletal, perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arter dan/vena , defisit perawatan diri berhubungan dengan gako tinggi).

3. Hasil yang diperoleh dari intervensi yang dilakukan oleh penulis, baik intervensi yang dilakukan mengidentifikasi skala nyeri, mengajarkan teknik nonfarmakologis, membantu mobilisasi pasien, membantu pasien melakukan perawatan diri dan menjaga keamanan pasien dengan memastikan pagar tempat tidur terkunci. hal ini bertujuan untuk mengatasi masalah nyeri , untuk membantu aktivitas pasien agar menjadi mandiri, meningkatkan perawatan diri pasien dan meningkatkan keamanan pasien dari resiko jatuh.
4. Implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah penulis susun. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada kasus seperti mengidentifikasi pencetus nyeri, mengidentifikasi kemandirin pasien, membantu perawatan diri pasien, dan memastikan keamanan pasien dari resiko jatuh. Dalam proses implementasi yang dilakukan sesuai dengan rencana yang dibuat, dan penulis tidak menemukan adanya perbedaan antara intervensi yang dibuat dengan implementasi yang dilakukan .
5. Hasil evaluasi yang dilakukan oleh penulis pada kedua kasus dilakukan selama 3 hari perawatan oleh penulis. Hasil evaluasi yang dilakukan oleh penulis pada pasien 1 menunjukkan bahwa masalah keperawatan yang dialami pasien 1 sudah teratasi yang dapat dilihat dari menurunnya skala nyeri dimna dari skala nyeri 5 menjadi skala nyeri 2 dan pasien sudah bisa beraktivitas secara mandiri yang sebelumnya tidak bisa duduk menjadi bisa duduk, tidak ada tanda tanda infeksi pada pasien, dan pasien terhindar dari resiko jatuh. Hasil evaluasi keperawatan pada pasien 2 menunjukkan perkembangan kesehatan dan masalah keperawatan

yang teratasi, yang dapat dilihat dari penurunan skala nyeri dari skala 6 turun menjadi skala 3 dan menunjukkan perkembangan aktivitas secara mandiri dilihat dari pasien sudah aktif merubah rubah posisinya, tidak ada tanda tanda infeksi, pasien meingkat dalam perawatan diri dan pasien terhindar dari kejadian jatuh.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Subjek Penelitian

Bagi pasien yang mengalami patah tulang dan harus menjalani oprasi, dapat menggunakan tindakan – tindakan keperawatan berupa relaksasi nafas dalam dan mobilisasi pasif fleksi dan ekstensi jari secara mandiri sehingga nyeri yang dirasakan dapat berkurang.

5.2.2 Bagi Rumah Sakit

Untuk meningkatkan pelayanan bagi Rumah Sakit khususnya bagi pasien yang mengalami patah tulang berupa asuhan keperawatan yang tepat dengan cara melakukan pengumpulan data terlebih dahulu. Data merupakan hasil pengukuran, observasi, atau wawancara terhadap kasus yang dijadikan subyek studi kasus kemudian melakukan pegkajian, menentukan diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

5.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya

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



DAFTAR PUSTAKA

- Asikin, Nasir (2013) *Keperawatan Medikal Bedah: Sistem muskuloskeletal*. Jakarta: Erlangga
- Wahid, A. (2002) *Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal*. Jakarta: Sagung seto
- Ali, Zaidin (2009) *Dasar-dasar Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Brunner. Suddarth (2013) *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta : EGC.
- Data Rekam Medik Pasien (2016) Rekam Medik RSUD Abdul Wahab Sjahranie
- Data Rekam Medik Pasien (2017) Rekam Medik RSUD Abdul Wahab Sjahranie.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2013) *Profil Kesehatan Indonesia 2013* Jakarta : Departemen Kesehatan Republik Indonesia diakses dari www.depkes.go.id, pada tanggal 20 Nopember 2018.
- Fauzi, A. (2018). Analisis Data Dalam Penelitian. Unpublished Tesis for Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
- Kozier. Erb, Berman. Snyder (2010) *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik. Edisi 7. Volume 1*. Jakarta: EGC.
- Lukman, Ningsih Nurna (2012) *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal*. Jakarta: Salemba Medika.
- McCloskey, J. C. & Bulechek, G. M. (2004) *Nursing Intervention Classification 4th Ed.* St. Louis: Mosby- Year Book.
- Nur arif, Amin Huda (2015) *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA NIC-NOC*. Yogyakarta: Mediaction.
- Nursalam (2013) *Metodologi Penelitian: Pendekatann Praktis (edisi 3)*. Jakarta : Salemba Medika.

PPNI (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik Keperawatan, Edisi 1*. Jakarta: DPP PPNI.

PPNI (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1*. Jakarta: DPP PPNI.

PPNI (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1*. Jakarta: DPP PPNI.

Potter, P.A, Perry, A.G. (2005) *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses dan Praktik. Edisi 4. Volume 1*. Jakarta: EGC.

Reeves CJ, Roux G and Lockhart R (2001) *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta : Salemba Medika.

Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS). (2007) Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan , Republik Indonesia.

