

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.K DENGAN
DIAGNOSA MEDIS *POST OP CLOSE FRAKTURE*
FEMUR DI RUANG MELATI RSUD
BANGIL PASURUAN**



OLEH :

DWI RENY PRAMUDITA

NIM 1902054

**PROGRAM DIII KEPERAWATAN
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA
SIDOARJO
2020**

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.K DENGAN DIAGNOSA MEDIS *POST OP CLOSE FRAKTURE FEMUR* DI RUANG MELATI RSUD BANGIL PASURUAN

**Sebagai Persyaratan untuk Memperoleh Gelar
Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep)
Di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo**



OLEH :

DWI RENY PRAMUDITA

NIM 1902054

**PROGRAM DIII KEPERAWATAN
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA
SIDOARJO**

2020

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Dwi Reny Pramudita
NIM : 1902054
Tempat, Tanggal Lahir : Surabaya, 09 Maret 1995
Institusi : Akademi Keperawatan Kerta Cendekia

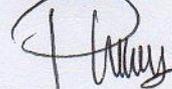
Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah berjudul : **“Asuhan Keperawatan Pada Tn.J Dengan Diagnosa Medis *Post Op Close Fraktur Femur* Di Ruang Melatirsud Bangil Pasuruan.”** adalah bukan Karya Tulis Ilmiah orang lain baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila pernyataan ini tidak benar, saya bersedia mendapat sanksi.

Sidoarjo, 11 Juni 2020

Yang Menyatakan,

Mahasiswa

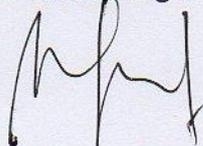


DWI RENY PRAMUDITA

NIM 1902054

Mengetahui,

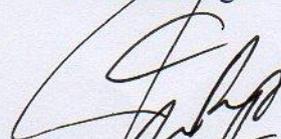
Pembimbing 1



Ns. Meli Diana, S.Kep.,M.Kes

NIDN. 0724098402

Pembimbing 2



Ns. Kusuma Wijaya Ridi Putra, S.kep. MNS

NIDN.0731108603

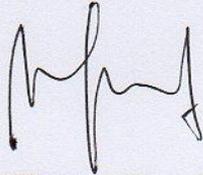
LEMBAR PERSETUJUAN

Nama : Dwi Reny Pramudita

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny. K Dengan Diagnosa Medis *Post Op Close Fraktur Femur* Di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan
Telah disetujui untuk diajukan dihadapan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah pada Tanggal : 11 Juni 2020

Oleh

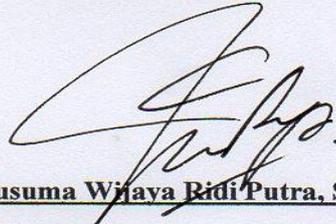
Pembimbing 1



Ns. Meli Diana, S.Kep.,M.Kes

NIDN. 0724098402

Pembimbing 2



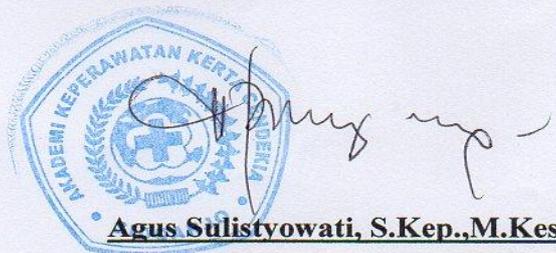
Ns. Kusuma Wijaya Ridi Putra, S.kep. MNS

NIDN. 0731108603

Mengetahui,

Direktur

Akademi Keperawatan Kerta Cendekia



Agus Sulistyowati, S.Kep.,M.Kes

NIDN. 0703087801

HALAMAN PENGESAHAN

Telah diuji dan disetujui oleh Tim Penguji pada sidang di program D3 Keperawatan di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo.

Tanggal : 11 Juni 2020

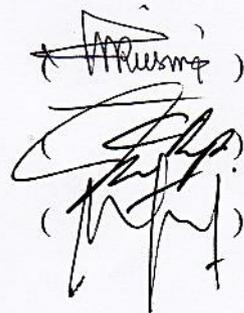
TIM PENGUJI

Tanda Tangan

Ketua : Riesmiyatiningdyah. S.kep.,Ns. MNS

Anggota : 1.Ns. Kusuma Wijaya Ridi Putra, S.kep. MNS

2. Ns. Meli Diana, S.Kep., M.Kes



Mengetahui,

Direktur

Akademi Keperawatan Kerta Cendekia



Agus Sulistyowati, S.Kep.,M.Kes

NIDN. 0703087801

KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah kami panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, taufik serta hidayat hidayah-Nya, sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “**Asuhan Keperawatan Pada Ny. K Dengan Diagnosa Medis *Post Op Close* Fraktur Femur Di Ruang MelatiRsud Bangil Pasuruan**” ini dengan tepat waktu sebagai persyaratan akademik dalam menyelesaikan Program D3 Keperawatan di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo.

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini tidak terlepas dari bantuan dan bimbingan berbagai pihak, untuk itu kami mengucapkan banyak terima kasih kepada :

1. Tuhan yang Maha Esa yang senantiasa memberikan rahmat-Nya sehingga Karya Tulis Ilmiah ini selesai dengan baik.
2. Orang tua tercinta yang selalu mendukung dan mendoakan sehingga semua bisa berjalan lancar.
3. Agus Sulistyowati, S.Kep., M.Kes selaku Direktur Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo.
4. Ns. Meli Diana, S.Kep., M.Kes selaku pembimbing 1 dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah.
5. Ns. Kusuma Wijaya Ridi Putra, S.kep. MNS selaku pembimbing 2 dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah.
6. Para responden keluarga Klien.
7. Pihak – pihak yang turut berjasa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang tidak bisa disebutkan satu persatu.

Penulis sadar bahwa Karya Tulis ini belum mencapai kesempurnaan, sebagai bekal perbaikan, penulis akan berterima kasih apabila para pembaca berkenan memberikan masukan, baik dalam bentuk kritikan maupun saran demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis berharap Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi para pembaca bagi keperawatan.

Sidoarjo, 11 Juni 2020

Penulis

Dwi Reny Pramudita

NIM. 1902054

DAFTAR ISI

Sampul Depan	ii
Surat Pernyataan.....	iii
Lembar Persetujuan.....	vi
Halaman Pengesahan	v
Kata Pengantar	vi
Daftar Isi.....	vii
Daftar Gambar.....	ix
Daftar Tabel	x
Daftar Lampiran	xi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	3
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Penelitian	4
1.4.1 Akademis	5
1.4.2 Praktis	4
1.5 Metode Penulisan	5
1.5.1 Metode	5
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data.....	5
1.5.3 Sumber Data.....	6
1.6 Sistematika Penulisan Metode	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Konsep Penyakit	8
2.1.1 Definisi.....	8
2.1.2 Etiologi.....	9
2.1.3 Klasifikasi	9
2.1.4 Patofisiologi	11
2.1.5 Manifestasi Klinis	12
2.1.6 Faktor Yang Mempengaruhi	12
2.1.7 Komplikasi.....	13
2.1.8 Pemeriksaan Penunjang	15
2.1.9 Penatalaksanaan	16
2.1.10 Proses Penyembuhan Tulang	17
2.1.11 Dampak Masalah	18
2.2 Konsep Askep	20
2.2.1 Pengkajian.....	20
2.2.2 Diagnosa Keperawatan	26
2.2.3 Rencana Keperawatan	26
2.2.4 Implementasi Keperawatan.....	31
2.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	32
2.3 Kerangka Masalah.....	33

BAB 3 TINJAUAN KASUS.....	34
3.1 Pengkajian	34
3.2 Diagnosa Keperawatan	42
3.2.1 Analisa Data	42
3.2.2 Daftar Diagnosa	45
3.2.3 Daftar Diagnosa Berdasarkan Prioritas	45
3.3 Intervensi Keperawatan	46
3.4 Implementasi Keperawatan	50
3.5 Evaluasi Keperawatan.....	57
3.5.1 Catatan Perkembangan.....	57
3.5.2 Evaluasi Akhir.....	60
BAB 4 PEMBAHASAN	64
4.1 Pengkajian Keperawatan	64
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	73
4.3 Intervensi Keperawatan.....	74
4.4 Implementasi Keperawatan	75
4.5 Evaluasi Keperawatan.....	76
BAB 5 PENUTUP.....	78
5.1 Kesimpulan	78
5.2 Saran.....	79
DAFTAR PUSTAKA	81
LAMPIRAN.....	

DAFTAR GAMBAR

No Gambar	Judul Gambar	Hal
Gambar 2.1	Kerangka Masalah	33
Gambar 3.1	Genogram.....	35

DAFTAR TABEL

No Tabel	Judul Tabel	Hal
Tabel 3.1	Hasil Laboratorium.....	40
Tabel 3.2	Analisa Data pada Ny. K dengan diagnosa medis <i>post operative closed fracture femur</i>	42
Tabel 3.3	Intervensi Keperawatan pada Ny. K dengan diagnosa medis <i>post operative closed fracture femur</i>	46
Tabel 3.4	Implementasi Keperawatan pada Ny. K dengan diagnosa medis <i>post operative closed fracture femur</i>	50
Tabel 3.5	Catatan Perkembangan pada Ny. K dengan diagnosa medis <i>post operative closed fracture femur</i>	60
Tabel 3.6	Evaluasi Keperawatan pada Ny. K dengan diagnosa medis <i>post operative closed fracture femur</i>	64

DAFTAR LAMPIRAN

No Lampiran	Judul Lampiran	Hal
Lampiran 1	Surat Ijin Pngambilan Studi Kasus	82
Lampiran 2	Surat Balesan Pengambilan Studi Pendahuluan.....	83
Lampirab 3	Lembar <i>Informed Consent</i>	84
Lampiran 4	Lembar Konsul.....	85

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Fraktur adalah terputusnya kontinuitas tulang, tulang rawan sendi, tulang rawan epifisis baik yang bersifat total maupun persial (PERMENKES RI,2014). Di kehidupan sehari – hari yang semakin pada dengan aktifitas masing – masing orang dan untuk mengejar perkembangan jaman, manusia tidak akan lepas dari fungsi muskoleskeletal terutama tulang yang menjadi alat gerak utama untuk manusia, tulang membentuk rangka panunjang dan pelindung bagian tubuh serta melekatnya otot – otot yang menggerakkan kerangka tubuh. Namun, dari ulah manusia itu sendiri, fungsi tulang dapat terganggu karena mengalami fraktur, fraktur biasanya disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik. Kekuatan dan sudut dari tenaga tersebut, keadaan tulang, dan jaringan lunak disekitar tulang akan menentukan fraktur yang terjadi sekitar tulang itu lengkap atau tidak lengkap (Mansjoer 2012). Insiden kecelakaan merupakan penyebab utama fraktur, baik kecelakaan kerja maupun kecelakaan lalu lintas (Yunuzul,2014). Fenomena yang terjadi di masyarakat adalah orang fraktur atau patah tulang tidak harus dibawa ke rumah sakit terlebih dahulu, tetapi yang sering kita jumpai di masyarakat sampai sekarang sering kita jumpai jika fraktur atau patah tulang dibawa ke sangkal putung. Hal ini disebabkan karena pada saat dilakukan tindakan

pembedahan atau operasi dengan pemijatan sangkal putung pada fraktur memiliki hasil yang berbeda. Terkadang pada pemijatan sangkal putung hasil akhirnya kurang sesuai apa yang di harapkan oleh penderita fraktur. (Yunuzul,2014)

Menurut organisasi kesehatan dunia mencatat di tahun 2011 terdapat lebih dari 5,6 juta orang meninggal dikarenakan insiden kecelakaan dan sekitar 1,3 juta orang mengalami kecacatan fisik (WHO 2011), sedangkan menurut data riskesdas tahun 2013 penyebab cedera terbanyak yaitu jatuh (40,9%), dan kecelakaan sepeda motor (40,6%) (Riskesdas,2013). Di provinsi Jawa Timur tahun 2007 di dapatkan sekitar 2.700 orang mengalami insiden fraktur 56% penderita mengalami kecacatan fisik, 24% mengalami kematian. 15% mengalami kesembuhan dan 5% mengalami gangguan psikologis atau depresi terhadap kejadian fraktur. Berdasarkan survey awal dilakukan oleh peneliti didapatkan bahwa total penderita fraktur yang dirawat di RSUD Bangil Pasuruan pada bulan Januari sampai dengan bulan Desember 2019 sebanyak 225 pasien (Rekam Medik RSUD Bangil, 2019).

Fraktur merupakan ancaman potensial atau actual kepada integritas fraktur biasanya disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik. Kekuatan dan sudut dari tenaga tersebut, keadaan tulang, dan jaringan lunak disekitar tulang akan menentukan fraktur yang terjadi sekitar tulang itu lengkap atau tidak lengkap (Mansjoer, 2012). Seseorang akan mengalami gangguan rasa nyaman nyeri. Nyeri tersebut memperlihatkan ketidaknyamanan secara verbal maupun non verbal. Nyeri juga dapat mengganggu kemampuan

seseorang untuk beristirahat, berkonsentrasi, dan kegiatan yang lain yang bisa dilakukan (Yunuzul,2014). Selain nyeri pada pasien fraktur juga mengalami imobilisasi, pada pasien fraktur dengan gangguan imobilisasi tidak bisa menggerakkan anggota tubuh yang sakit, pasien juga membutuhkan bantuan pada keluarga untuk memenuhi kebutuhannya sehari – hari.

Upaya pencegahan pada pasien fraktur harus dilakukan dengan tindakan yang cepat dan tepat agar imobilisasi dilakukan sesegera mungkin karena pencegahan pada fragmen tulang dapat menyebabkan nyeri. Rasa nyeri bisa timbul hamper pada setiap area fraktur. Bila tidak diatasi dapat menimbulkan efek membahayakan yang akan mengganggu proses penyembuhan dan dapat meningkatkan angka morbiditas dan mortalitas (Tamsuri,2012). Oleh karena itu, pada upaya preventif perawat menjelaskan cara pencegahan infeksi lebih lanjut setelah dilakukan pembedahan serta meningkatkan pengetahuan pasien dan keluarga tentang nyeri yang dialami oleh pasien akibat teknik pembedahan dengan memberikan penyuluhan tentang teknik relaksasi nafas dalam. Pada upaya rehabilitatife, perawat menganjurkan pasien untuk melakukan imobilisasi secara bertahap.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam kasusu ini adalah “ Bagaimana asuhan keperawatan pada Ny. K dengan diagnosa fraktur di RSUD Bangil?

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Mengidentifikasi asuhan keperawatan pada Ny.K dengan diagnosa fraktur di RSUD Bangil.

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Mengkaji pada Ny.K dengan diagnosa fraktur di RSUD Bangil.

1.3.2.2 Merumuskan diagnosa keperawatan pada Ny.K dengan diagnosa fraktur di RSUD Bangil.

1.3.2.3 Merencanakan asuhan keperawatan pada Ny.K dengan diagnosa fraktur di RSUD Bangil.

1.3.2.4 Melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny.K dengan diagnosa fraktur di RSUD Bangil.

1.3.2.5 Mengevaluasi pada Ny.K dengan diagnosa fraktur di RSUD Bangil,

1.3.2.6 Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny.K dengan diagnosa fraktur di RSUD Bangil.

1.4 Manfaat

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini diharapkan dapat memberi

Manfaat :

1.4.1 Dari segi akademis.

Tugas akhir ini merupakan simangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa fraktur.

1.4.2 Dari segi praktis

Tugas akhir ini dapat bermanfaat lagi.

1.4.2.1 Bagi pelayanan keperawatan di Rumah Sakit.

Hasil studi kasus ini dapat menjadi inspirasi dan perbandingan bagi pelayanan dirumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa fraktur dengan baik.

1.4.2.2 Bagi Peneliti Selanjutnya.

Hasil studi ini dapat menjadi salah satu acuan bagi penulis berikutnya yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa fraktur.

1.4.2.3 Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan dengan diagnosa fraktur.

1.5 Metode Penulisan

1.5.1 Metode

Metode diskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dan menggunakan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah – langkah pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

1.5.2 Teknik pengumpulan data

1.5.2.1 Wawancara

Data diambil atau diperoleh melalui anamnesa baik dengan pasien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

1.5.2.2 Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan, infeksi, reaksi, sikap dan perilaku pasien yang dapat diamati.

1.5.2.3 Pemeriksaan

Pemeriksaan meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

1.5.3 Sumber Data

1.5.3.1 Data primer

Data primer merupakan data yang diperoleh oleh klien.

1.5.3.2 Data Sekunder

Data sekunder merupakan data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien, catatan medik perawat, hasil – hasil pemeriksaan dan tim kesehatan yang lain.

1.5.4 Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan merupakan mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis dan masalah yang dibahas

1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami studi kasus ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian :

1.6.1 Bagian Awal

Bagian ini memuat halaman judul, abstrak penulisan, persetujuan komisi pembimbing, pegesahan, kata pengantar, daftar isi, daftar table, daftar gambar, dan daftar lampiran dan abstraksi.

1.6.2 Bagian Inti

Bagian ini terdiri dari 5 bab, yang masing – masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

1.6.2.1 Bab 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan.

1.6.2.2 Bab 2 : Landasan teori, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa fraktur.

1.6.2.3 Bab 3 : Hasil berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

1.6.2.4 Bab 4 : Pembahasan yang berisi perbandingan antara teori dengan keyakinan yang ada di lapangan.

1.6.2.5 Bab 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

1.6.3 Bagian Akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan pada Fraktur. Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit Fraktur dengan melakukan asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Definisi

Fraktur adalah patah tulang, biasanya disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik. Kekuatan dan sudut dari tenaga tersebut, keadaan tulang, dan jaringan lunak sekitar tulang akan menentukan apakah fraktur yang terjadi itu lengkap atau tidak lengkap (Nurafif & Kusuma, 2015). Fraktur adalah patahnya kontinuitas yang terjadi ketika tulang tidak mampu lagi menahan tekanan yang diberikan kepadanya (Doenges, 2010).

Fraktur adalah suatu patahan pada kontinuitas struktur tulang. Patahan tadi mungkin tidak lebih dari suatu retakan, suatu pengisutan atau perimpilan korteks, biasanya patahan itu lengkap dan fragmen tulang bergeser. Kalau kulit di atasnya masih utuh, keadaan ini disebut fraktur tertutup (sederhana), kalau kulit atau salah satu dari rongga tubuh tertembus, keadaan ini disebut fraktur terbuka (*compound*) yang

cenderung untuk mengalami kontaminasi dan infeksi (Apley dan Solomon,2010)

2.1.2 Etiologi

2.1.2.1 Kekerasan langsung

Kekerasan langsung menyebabkan patah tulang pada titik terjadinya kekerasan. Fraktur demikian sering bersifat fraktur terbuka dengan garis patah.

2.1.2.2 Kekerasan tidak langsung

Kekerasan tidak langsung menyebabkan patah tulang di tempat yang jauh dari tempat kekerasan. Yang patah biasanya adalah bagian yang paling lemah dalam jalur hantaran *vector* kekerasan.

2.1.2.3 Kekerasan akibat tarikan otot sangat jarang terjadi. Kekuatan dapat berupa pemuntiran, penekukan dan penekanan kombinasi dari ketiganya dan penarikan (Carpenito 2013).

2.1.3 Klasifikasi Fraktur

Berdasarkan Nurarif & Kusuma (2015), Fraktur dapat diklasifikasikan berdasarkan etiologis, klinis, dan radiologis. Berikut klasifikasi yang dikemukakan :

2.1.3.1 Klasifikasi Fraktur berdasarkan etiologis

- 1) Fraktur *traumatic*.
- 2) Fraktur patologis terjadi pada tulang adanya kelainan/penyakit yang menyebabkan kelemahan pada tulang infeksi, tumor dan kelainan

bawaan dan dapat terjadi secara spontan atau akibat terjadi trauma jaringan.

- 3) Fraktur stress terjadi karena adanya stress yang kecil yang berulang – ulang pada daerah tulang yang menompang berat badan.

2.1.3.2 Klasifikasi Fraktur berdasarkan klinis

- 1) Fraktur tertutup, bila tidak terdapat hubungan antara fragmen tulang dan dunia luar.
- 2) Fraktur terbuka, bila terdapat hubungan antara fragmen tulang dan dunia luar.
- 3) Fraktur dengan komplikasi, *missa mal-union*, *delayed union*, *naunion* dan infeksi tulang.

2.1.3.4 Klasifikasi fraktur berdasarkan radiologis

- 1) Lokalisasi : Diafisal, Metafisal, intra-antikuler, fraktur dengan dislokasi
- 2) Konfigurasi : fraktur transfersal, fraktur oblik, fraktur spiral, fraktur segmental.
- 3) Menurut ekstensi : fraktur total fraktur tidak total, fraktur *buckle* atau *torus*, fraktur garis rambut, fraktur *green stick*
- 4) Menurut hubungan antar fragmen dengan fragmen lainnya : tidak bergeser, bergeser (bersampingan, angulasi, rotasi, distraksi, *over-riding*, impaksi).

2.1.4 Patofisiologi

Fraktur di bagi menjadi dua yaitu fraktur terbuka dan fraktur tertutup. Dikatakan tertutup bila tidak terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar oleh karena perlukaan di kulit. Sewaktu tulang patah dan terjadi pendarahan biasanya terjadi disekitar tempat patah di dalam jaringan lunak sekitar lunak, jaringan lunak tersebut juga biasanya mengalami kerusakan. Pendarahan terjadi karena kerusakan tersebut dan terbentuklah hematoma di rongga medulla tulang. Jaringan tulang akan segera berdekatan kebagian tulang yang patah. Insufisiensi pembuluh darah atau penekanan serabut saraf yang berkaitan dengan pembengkakan yang tidak di tangani dapat menurunkan asupan darah ke estermitas dan mengakibatkan kerusakan saraf perifer. Bila tidak terkontrol pembengkakan akan mengakibatkan penekanan tekanan jaringan, oklusi darah total dan berakibat anoreksia mengakibatkan rusaknya serabut saraf maupun jaringan otak. Komplikasi ini dinamakan sindrom compartement (Rendy dan Margharet 2012). Trauma pada tulang dapat menyebabkan keterbatasan gerak dan ketidakseimbangan, fraktur terjadi berupa fraktur terbuka dan tertutup. Fraktur tertutup tidak disertai kerusakan jaringan lunak seperti tendon, ligament dan pembuluh darah (Rendy dan Margharet, 2012). Pasien harus imobilisasi setelah patah tulang akan

menderita komplikasi antara lain nyeri, iritasi kulit karena penekanan, hilangnya kekuatan otot.

2.1.5 Manifestasi Klinis

Menurut Nurarif & Kusuma, 2015. Tanda dan gejala dari fraktur antara lain:

2.1.5.1 Tidak dapat menggunakan anggota gerak

2.1.5.2 Nyeri pembengkakan

2.1.5.3 Terdapat trauma (kecelakaan lalu lintas, jatuh dari ketinggian, atau jatuh dari kamar mandi pada orang tua, penganiayaan, tertimpa benda berat, kecelakaan kerja, trauma olahraga)

2.1.5.4 Gangguan fungsi anggota gerak

2.1.5.5 Deformitas mengalami perubahan bentuk pada daerah fraktur

2.1.5.6 Kelainan gerak

2.1.5.7 Pembekakan dan perubahan warna lokal pada daerah fraktur

2.1.5.8 Krepitasi atau datang dengan gejala-gejala lain

2.1.6 Faktor yang mempengaruhi

2.1.6.1 Faktor Ekstrinsik

Adanya tekanan dari luar yang bereaksi pada tulang yang bergantung pada tulang yang bergantung pada besar, waktu arah dan tekanan yang dapat menyebabkan fraktur.

2.1.6.2 Faktor Instrinsik

Beberapa sifat terpenting dari tulang yang menentukan daya tahan untuk timbulnya fraktur kapasitas absorb dari tekanan elastisitas kelelahan, dan kepadatan tulang (*World Health Organization, 2012*).

2.1.7 Komplikasi

2.1.7.1 Komplikasi Awal

Berdasarkan (Brunner & Suddarth, 2013), beberapa komplikasi awal yang dapat terjadi pada kondisi fraktur, antara lain :

1) Kerusakan Arteri

Pecahnya arteri karena trauma bisa ditandai dengan tidak adanya nadi, CRT menurun, *cyanosis* bagian distal, hematoma yang lebar, dan dingin pada ekstremitas yang disebabkan oleh tindakan emergensi splinting, perubahan posisi pada yang sakit, tindakan reduksi, dan pembedahan.

2) Kompartement *Syndrome*

Komplikasi ini terjadi saat peningkatan tekanan jaringan dalam ruang tertutup di otot, sering berhubungan dengan akumulasi cairan sehingga menyebabkan hambatan aliran darah yang berat dan berikutnya menyebabkan kerusakan pada otot. Gejalanya mencakup rasa sakit karena ketidakseimbangan pada luka, rasa sakit yang berhubungan dengan tekanan yang berlebihan pada kompartement, rasa sakit dengan

perenggangan pasif pada otot. Komplikasi ini terjadi sering pada fraktur tulang kering (Tibia dan tulang hasta, radius atau ulna).

3) *Fat Embolism Syndrom*

Fat Embolism Syndrom (FES) adalah komplikasi serius yang sering terjadi pada kasus fraktur tulang panjang. FES terjadi karena sel-sel lemak yang dihasilkan bone marrow kuning masuk ke aliran darah dan menyebabkan tingkat oksigen dalam darah rendah yang ditandai dengan gangguan pernafasan, tachikardi, hipertensi, takipnea, demam.

4) Infeksi

System pertahanan tubuh rusak apabila terjadi trauma pada jaringan pada trauma *orthopedic* infeksi dimulai pada kulit dan masuk ke dalam, biasanya terjadi pada kasus fraktur terbuka.

5) Avaskuler Nekrosis.

Nekrosis (AVN) terjadi karena aliran darah ke tulang rusak atau terganggu yang bisa menyebabkan nekrosis tulang dan diawali dengan adanya *Volkman's Ischemia*.

6) *Shock*

Shock terjadi karena kehilangan banyak darah dan meningkatnya permeabilitas kapiler yang bisa menyebabkan menurunnya oksigenasi. Ini biasanya terjadi pada fraktur.

2.1.7.2 Komplikasi Dalam Waktu Lama

Beberapa komplikasi dalam waktu lama yang dapat terjadi pada fraktur, antara lain :

1) *Delayed Union*

Delayed Union merupakan kegagalan fraktur berkonsolidasi sesuai dengan waktu yang dibutuhkan tulang untuk menyambung. Ini disebabkan karena penurunan supai darah ke tulang.

2) *Nonunion*

Kegagalan fraktur berkonsolidasi dan memproduksi sambungan yang lengkap, kuat dan stabil setelah 6-9 bulan. *Nonunion* ditandai dengan adanya pergerakan yang berlebih pada sisi fraktur yang membentuk sendi palsu.

3) *Malunion*

Malunion merupakan penyembuhan tulang ditandai dengan meningkatnya tingkat kekuatan dan perubahan bentuk (deformitas). *Malunion* dilakukan dengan pembedahan dan reimobilisasi yang baik.

2.1.8 Pemeriksaan penunjang :

2.1.8.1 X-ray menentukan lokasi/luasnya fraktur.

2.1.8.2. Scan tulang: memperlihatkan fraktur yang lebih jelas, mengidentifikasi karena jaringan lunak.

2.1.8.3. Arteriogram: dilakukan untuk memastikan ada tidaknya kerusakan.

2.1.8.4. Hitung darah lengkap : hemokonsentrasi mungkin meningkat, menurun pada perdarahan, peningkatan leukosit sebagai respon terhadap peradangan.

2.1.8.5. Kreatinin : Trauma otot meningkatkan beban kreatinin untuk klirens ginjal.

2.1.8.6. Profil koagulasi : perubahan dapat terjadi pada kehilangan darah, transfusi atau cedera hati. (Nurarif dan Kusuma, 2015).

2.1.9. Penatalaksanaan :

2.1.9.1. Reduksi fraktur mengembungkan fragmen tulang pada kesejajarannya dan rotasi anatomis. Reduksi tertutup, mengembungkan fragmen tulang ke posisinya (ujung – ujungnya saling berhubungan) dengan manipulasi dan traksi manual. Alat yang digunakan biasanya traksi, bidai dan alat lainnya. Reduksi terbuka, dengan pendekatan bedah alat fiksasi interna dalam bentuk pin, kawat, skrup, plat, paku.

2.1.9.2. Imobilisasi dapat dilakukan dengan metode externa dan interna mempertahankan dan mengembalikan fungsi status neurovaskuler selalu di panatu meliputi peredaran darah, nyeri, perabaan, gerakan, perkiraan imobilisasi yang dibutuhkan untuk penyatuan tulang yang mengalami fraktur adalah sekitar 3 bulan (Nurarif, 2015).

2.1.9.3 *Graft* tulang : penggantian jaringan tulang (*graft* autolog maupun heterolog) untuk memperbaiki penyembuhan, untuk menstabilisasi atau mengganti tulang yang berpenyakit.

2.1.9.4 Amputasi : penghilangan bagian tubuh.

2.1.9.5 Artroplasti : memperbaiki masalah sendi dengan artroskop (suatu alat yang memungkinkan ahli bedah mengoperasi dalamnya sendi tanpa irisan yang besar) atau melalui pembedahan sendi terbuka.

2.1.9.6 Menisektomi : eksisi fibrokartilago sendi yang telah rusak.

2.1.9.7 Penggantian sendi : penggantian permukaan sendi dengan bahan logam atau sintetis.

2.1.9.8 Penggantian sendi total : penggantian kedua permukaan artikuler dalam sendi dengan logam atau sintetis.

2.1.9.9 Fasiotomi : pemotongan fascia otot untuk menghilangkan konstriksi otot atau mengurangi kontraktur fascia (Hocenberry, 2009 dikutip oleh Hamdan, 2013).

2.1.10 Proses Penyembuhan Tulang.

Penyembuhan Patah Tulang yang Normal. Agar penyembuhan atau penyambungan patah tulang terjadi secara normal, sejumlah persyaratan harus dipenuhi: viability of fragment (suplai darah utuh) Artinya fragmen tulang yang patah tersebut jaringan masih tersuplai darah dengan baik sehingga masih hidup. Imobilitas Tulang yang patah tidak boleh bergerak, hal ini dapat dicapai dengan tidak bergerak, imobilisasi eksternal (misalnya bidai) atau fiksasi internal) Tidak ada infeksi Proses penyembuhan umumnya sama untuk semua jenis patah tulang. Berikut tahap-tahap proses penyembuhan patah tulang:

- 1) 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 hangat serta tentunya terasa sakit. Tahap ini dimulai pada hari ketika patah tulang terjadi dan berlangsung sekitar 2 sampai 3 minggu.
- 2) Tahap 2: Pembentukan kalus halus *soft callus* Antara 2 sampai 3 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.

- 3) 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.
- 4) Tahap 4: *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. Tahap – tahap proses penyembuhan tulang Tingkat penyembuhan dan kemampuan untuk merombak *remodelling* pada tulang yang patah bervariasi untuk setiap orang dan tergantung pada usia, kesehatan, jenis fraktur, dan tulang yang terlibat. Misalnya, anak-anak mampu menyembuh dan merombak fraktur mereka jauh lebih cepat daripada orang dewasa.

2.1.11 Dampak Masalah

Ditinjau dari anatomi dan patofisiologi diatas, masalah klien yang mungkin timbul merupakan respon klien terhadap penyakitnya. Akibat fraktur terutama pada fraktur akan menimbulkan dampak baik terhadap klien sendiri maupun keluarganya.

2.1.11.1 Biologis

Pada klien fraktur ini terjadi perubahan pada bagian tubuhnya yang terkena trauma, peningkatan metabolisme karena digunakan untuk penyembuhan tulang, terjadi perubahan asupan nutrisi melebihi kebutuhan biasanya terutama kalsium dan zat besi.

2.1.11.2 Psikologis

Klien akan merasakan cemas yang diakibatkan oleh rasa nyeri dari fraktur, perubahan gaya hidup, kehilangan peran baik dalam keluarga maupun dalam masyarakat, dampak dari hospitalisasi rawat inap dan harus beradaptasi dengan lingkungan yang baru serta takutnya terjadi kecacatan pada dirinya.

2.1.11.3 Sosial

Klien akan kehilangan perannya dalam keluarga dan dalam masyarakat karena harus menjalani perawatan yang waktunya tidak akan sebentar dan juga perasaan akan ketidakmampuan dalam melakukan kegiatan seperti kebutuhannya sendiri seperti biasanya.

2.1.11.4 Spiritual

Klien akan mengalami gangguan kebutuhan spiritual sesuai dengan keyakinannya baik dalam jumlah ataupun dalam beribadah yang diakibatkan karena rasa nyeri dan ketidakmampuannya.

2.1.11.5 Terhadap Keluarga

Masalah yang timbul pada keluarga dengan salah satu anggota keluarganya terkena fraktur adalah timbulnya kecemasan akan keadaan klien, apakah nanti akan timbul kecacatan atau akan sembuh total. Koping yang tidak efektif bisa ditempuh keluarga untuk itu peran perawat disini sangat vital dalam memberikan penjelasan terhadap keluarga. Selain itu, keluarga harus bisa menanggung semua biaya perawat dan operasi klien. Hal ini tentunya menambahkan beban bagi keluarga. Masalah – masalah diatas timbul saat klien masuk rumah sakit, sedang masalah juga bisa timbul saat klien pulang dan tentunya keluarga harus bisa merawat, memenuhi kebutuhan klien. Hal ini tentunya menambah beban bagi keluarga dan bisa menimbulkan konflik dalam keluarga. (Helmi, 2013).

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

Pengkajian pada klien post op fraktur femur menurut (Doenges, 2009)

2.2.1 Pengkajian

Proses keperawatan dalam mengumpulkan informasi atau data tentang klien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan, dan keperawatan klien, baik fisik, mental, social dan lingkungan.

2.2.1.1 Pengumpulan data

1) Identitas

Meliputi nama, faktor usia yang menentukan terkadang yang menderita fraktur juga bisa pada usia remaja, dewasa, dan tua. Usia tua juga dikarenakan osteoporosis, sering terjadi pada laki –

laki karena faktor pekerjaan sedangkan pada usia remaja dan dewasa bisa dikarenakan mengalami kecelakaan. Jenis kelamin belum dapat diketahui secara pasti yang mendominasi pasien fraktur karena fraktur itu sendiri dikarenakan mengalami kecelakaan yang tidak disengaja. Rendahnya pendidikan berpengaruh juga karena kurangnya pengetahuan tentang rambu – rambu lalu lintas sehingga pengguna bermotor dapat membahayakan diri sendiri dan orang lain yang dapat mengakibatkan fraktur, tetapi ini semua dianggap sudah resiko jika menggunakan kendaraan bermotor. Pekerjaan yang keras yang mengakibatkan stress, kurang istirahat, mengonsumsi alkohol, juga mengakibatkan resiko kecelakaan yang tidak sengaja sehingga terjadinya fraktur. Selain hal tersebut diatas juga termasuk di dalam pengkajian identitas ini meliputi : alamat, nomor register tanggal, dan jam masuk rumah sakit (MRS) dan diagnosa medis

2) Keluhan Utama

Pada umumnya keluhan utama pada kasus fraktur adalah terasa nyeri. Nyeri tersebut bisa akut dan kronis tergantung lamanya serangan. Dalam mengkaji adanya nyeri, maka digunakan teknik PQRST.

P= *Provoking incident*: karena adanya luka post op

Q= *Quality of pain*: seperti apa nyeri yang dirasakan atau digambarkan klien. Apakah seperti terbakar, berdenyut, atau menusuk.

R= *Regio*: apakah rasa sakit bisa reda, apakah rasa sakit menjalar atau menyebar dan dimana rasa sakit terjadi. Nyeri dirasakan di bagian area luka setelah di lakukan tindakan.

S= *Scale of pain*: seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan klien, bisa berdasarkan skala nyeri atau klien menerangkan seberapa jauh rasa sakit mempengaruhi kemampuan fungsinya.

T= *Time*: berapa lama nyeri berlangsung, kapan, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari.

3) Riwayat Penyakit Sekarang

Kronologi pada saat terjadi fraktur, biasanya karena terjadi kecelakaan lalu lintas atau kecelakaan kerja. Keluhan yang dirasakan pada penderita fraktur biasanya nyeri akut atau kronis. Penderita fraktur biasanya mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari – hari. Secepat mungkin pada penderita fraktur dilakukan tindakan pembedahan atau operasi sehingga tidak terjadi komplikasi lebih lanjut diantaranya tanda – tanda infeksi.

4) Riwayat Penyakit Dahulu

Pada pengkajian ini ditemukan kemungkinan penyebab fraktur dan memberi petunjuk berapa lama tulang akan menyambung, dan keluarga pasien bisa mengatakan apa sebelumnya pasien tidak pernah mengalami kecelakaan seperti sekarang ini dia belum pernah operasi selain itu apa pasien mempunyai Diabetes dan Hipertensi karena dengan tekanan darah

yang tinggi serta gula darah yang juga tinggi yang mempengaruhi proses penyembuhan.

5) Riwayat Penyakit Keluarga

Pada pengkajian ini kemungkinan penyebab fraktur dan memberi petunjuk berapa lama tulang tersebut menyambung terkait dengan penyakit keturunan ataupun alergi baik obat – obatan maupun makanan. Selain itu penyakit diabetes mellitus dengan luka di kaki sangat beresiko terjadinya osteomyelitis akut maupun kronik dan juga diabetes menghambat proses penyembuhan tulang.

6) Pemeriksaan Fisik

Berdasarkan B1-B6

(1) B1(*Breathing*)

Inspeksi : Tidak ada perubahan yang menonjol seperti bentuk dada ada tidaknya sesak nafas, pernafasan cuping hidung, dan pengembangan paru antara kanan dan kiri simetris.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan (apabila ada nyeri tekan berarti adanya fraktur) dan tidak ada benjolan.

Perkusi : Bunyi paru resonan.

Auskultasi : Suara nafas vesikuler tidak ada suara tambahan seperti *wheezing* atau *ronchi*. Pada pemeriksaan system pernafasan didapatkan bahwa klien fraktur tidak mengalami kelainan.

(2) B2 *Blood* (Sistem Kardiovaskuler)

Inspeksi : Kulit dan membran mukosa pucat.

Palpasi : Tidak ada peningkatan frekuensi dan irama denyut nadi, tidak ada peningkatan JVP, CRT menurun >3detik pada ekstermitas yang mengalami luka.

Perkusi : Bunyi jantung pekak

Auskultasi : tekanan darah normal atau hipertensi (kadang terlihat sebagai respon nyeri), bunyi jantung I dan II terdengar lupdup tidak ada suara tambahan seperti mur mur atau gallop.

(3) B3 *Brain* (Sistem Persyarafan)

Inspeksi : Mengkaji kesadaran (Composmentis, apatis, samnolen, supor, koma, atau gelisah), tidak ada kejang.

Palpasi : Tidak ada gangguan yaitu normal, simetris dan tidak ada benjolan dan tidak ada nyeri kepala.

(4) B4 *Bladder* (Sistem Urinaria)

Inspeksi : Pada miksi klien tidak mengalami gangguan, warna orange gelap, Memakai kateter.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih.

(5) B5 (*Bowel*)

Inspeksi : Keadaan mulut bersih, mukosa lembab, keadaan abdomen normal tidak asites.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan atau massa pada abdomen.

Perkusi : Normal suara tympani

Auskultasi : Peristaltik normal 20x/menit. Bising usus mengalami penurunan karena efek obat anastesi total.

(6) B6 (*Musculoskeletal*)

Inspeksi : Aktivitas dan latihan mengalami perubahan / gangguan dari *post operative fractures* sehingga kebutuhan perlu dibantu baik oleh perawat atau keluarga, misalnya kebutuhan sehari-hari, mandi, BAB, BAK dilakukan diatas tempat tidur. Pada area luka beresiko tinggi terhadap infeksi, sehingga tampak diperban / dibalut. Tidak ada perubahan yang menonjol pada sistem integumen seperti warna kulit, adanya jaringan parut / lesi, adanya perdarahan, adanya pembengkakan, tekstur kulit kasar dan suhu kulit hangat serta kulit kotor.

Palpasi : Adanya nyeri , kekuatan otot pada area fraktur mengalami perubahan akibat kerusakan rangka *neuromuscular*, mengalami deformitas pada daerah trauma. ROM menurun yaitu mengkaji dengan skala ROM :

(1) Skala 0 : Paralisis total.

(2) Skala 1 : Tidak ada gerakan, teraba / terlihat adanya kontraksi otot.

(3) Skala 2 : Gerakan otot penuh menentang gravitasi dengan sokongan.

(4) Skala 3 : Gerakan normal menentang gravitasi

(5) Skala 4 : Gerakan normal menentang gravitasi dengan sedikit tahanan.

(6) Skala 5 : gerakan normal penuh menentang gravitasi dengan tahanan penuh.

(7) B7 (Penginderaan)

Inspeksi : Pada mata terdapat gangguan seperti konjungtiva anemis (jika terjadi perdarahan), pergerakan bola mata normal, pupil isokor.

(8) B8 (Endokrin)

Inspeksi : Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada pembesaran kelenjar parotis.

2.2.2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang muncul pada masalah fraktur adalah :

2.2.2.1. Nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan, *post operative fracture*.

2.2.2.2. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan suplai darah ke jaringan menurun.

2.2.2.3. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan luka *post operative fracture*.

2.2.2.4. Hambatan mobilitas fisik b.d kerusakan rangka neuromuscular, nyeri, terapi restriktif (imobilisasi).

2.2.3. Rencana Keperawatan

2.2.3.1. Diagnosa Nyeri akut b.d trauma jaringan *post operative fracture*.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam di harapkan nyeri akut teratasi.

Kriteria hasil :

- 1) Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan
- 2) Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri.

Intervensi :

- 1) Beri penjelasan pada klien dan keluarga tentang penyebab nyeri.

Rasional : Dengan memberikan penjelasan diharapkan klien tidak merasa cemas dan dapat melakukan sesuatu yang dapat mengurangi nyeri.

- 2) Kaji tingkat nyeri klien (lokasi, karakteristik dan durasi) serta respon verbal dan non verbal pada klien yang mengisyaratkan nyeri.

R/ Mengevaluasi tingkat nyeri klien dapat mendeteksi gejala dini yang timbul sehingga perawat dapat memilih tindakan keperawatan selanjutnya serta mengkaji respon verbal dan non verbal klien dapat diketahui intervensi kita berhasil atau tidak.

- 3) Ajarkan pada klien cara pengurangan nyeri dengan teknik relaksasi dan distraksi.

R/ teknik nafas dalam dan mengalihkan nyeri mampu menstimulus otak terhadap nyeri sehingga mengurangi nyeri.

- 4) Pertahankan immobilisasi / *bedrest* karena adanya trauma / patah tulang / pemasangan traksi.

Rasional : Immobilisasi / *bedrest* dapat meringankan nyeri dan mencegah *displacement* tulang / eksistensi jaringan luka.

5) Observasi tanda-tanda vital.

Rasional : Observasi tanda-tanda vital dapat diketahui keadaan umum klien.

6) Lakukan kolaborasi dalam pemberian obat sesuai dengan yang di indikasikan yaitu anal gesik dan pelemas otot.

Rasional : Obat analgesik diharapkan dapat mengurangi nyeri dan obat pelemas otot diharapkan dapat melemaskan otot.

2.2.3.2 Diagnosa Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan suplai darah ke jaringan menurun.

Tujuan : Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam di harapkan Ketidaefektifan perfusi jaringan perifer di harapkan masalah teratasi.

Kriteria Hasil :

- 1) Tekanan *systole* dan *distole* dalam rentang yang diharapkan.
- 2) Tidak ortostatik hipertensi ortostatik.
- 3) Tidak ada tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial (tidak lebih dari 15 mmHg).

Intervensi :

- 1) Kaji secara komprehensif sirkulasi perifer.

Rasional : Sirkulasi perifer dapat menunjukkan tingkat keparahan penyakit.

- 2) Evaluasi nadi perifer dan edema.

Rasional : Pulsasi yang lemah menimbulkan kardiak output menurun.

- 3) Evaluasi anggota badan atau lebih.

Rasional : Untuk meningkatkan *venous return*.

- 4) Ubah posisi pasien setiap 2 jam sekali.

Rasional : Mencegah komplikasi dekubitus.

- 5) Dorong latihan ROM sebelum *bedrest*.

Rasional : Mencegah komplikasi decubitus

- 6) Kolaborasi dengan tim medis dengan pemberian anti platelet atau anti perdarahan.

R/ Meminimalkan adanya bekuan dalam darah.

2.2.3.3 Diagnosa Keperawatan Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan luka *post operative fracture*.

Tujuan : Setelah di lakukan tindakan keperawatan 2x24 jam di harapkan Kerusakan integritas kulit masalah teratasi.

Kriteria Hasil :

- 1) Integritas kulit yang baik bisa di pertahankan (sensasi, elastisitas, temperatur, hidrasi, pigmentasi) tidak ada luka /lesi pada kulit.
- 2) Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera berulang.
- 3) Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan kulit

Intervensi :

- 1) Anjurkan klien untuk menggunakan pakaian yang longgar.

Rasional : Nyaman saat di gerakkan dan luka tidak tertekan.

- 2) Hindari kerutan pada tempat tidur, ganti seprei setiap hari.

Rasional : Memberikan posisi yang nyaman.

- 3) Jaga kebersihan kulit yang luka agar tetap bersih dan kering.

Rasional : Menghindari adanya infeksi untuk menjaga kebersihan kulit.

- 4) Monitor aktivitas dan mobilisasi.

Rasional : Mengetahui tingkat mobilisasi klien.

- 5) Monitor kulit akan adanya oedem dan kemerahan.

Rasional : Menghindari adanya infeksi dan perubahan perfusi jaringan.

- 6) Anjurkan klien untuk melakukan gerak aktif sedikit demi sedikit.

Rasional : Mempertahankan kekuatan otot serta meningkatkan sirkulasi.

2.2.3.4 Diagnosa Keperawatan Hambatan mobilitas fisik b.d kerusakan rangka neuromuscular, nyeri, terapi restriktif (imobilisasi).

Tujuan : Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam di harapkan hambatan mobilitas fisik dapat teratasi.

Kriteria Hasil :

- 1) Klien meningkat dalam aktivitas fisik
- 2) Mengerti tujuan dari peningkatan morbilitas.
- 3) Memverbalisasikan perasaan dalam meningkat kekuatan dan kemampuan berpindah.
- 4) Mempergerakan penggunaan alat.
- 5) Bantu untuk mobilitas.

Intervensi :

- 1) Obeservasi keterbatasan gerak klien dan catat respon klien terhadap immobilisasi.

Rasional : Dengan observasi dapat diketahui seberapa jauh tingkat perubahan fisik klien keterbatasan gerak dan bagaimana respon/persepsi klien tentang gambaran dirinya.

- 2) Anjurkan klien untuk berpartisipasi dalam aktivitas dan pertahankan stimulasi lingkungan antara lain TV, radio dan surat kabar.\

Rasional : Dapat memberi kesempatan pasien untuk mengeluarkan energy, membantu dalam menurunkan isolasi sosial.

- 3) Ajarkan pada klien untuk berlatih secara aktif/ pasif dari latihan ROM.

Rasional : Dapat menambah aliran darah ke otot dan tulang melakukan gerakan sendiri dapat mencegah kontraktur.

- 4) Monitor tekanan darah dan catat masalah sakit kepala.

Rasional : Hipertensi postural adalah masalah umum yang mengurangi *bedrest* lama dan memerlukan tindakan tersebut.

- 5) Konsultasikan dengan ahli fisik / spesialis rehabilitasi.

Rasional : Konsultasi dengan ahli terapi / spesialis rehabilitasi dapat menciptakan program aktivitas dan latihan individu.

2.2.4 Implementasi

Pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan, *post operative fracture* 2 x 24 jam di lakukan tindakan keperawatan berupa melakukan bina hubungan saling percaya kepada pasien dan keluarga. Menjelaskan tentang nyeri dan menggunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri klien. Menjelaskan dan mengajarkan teknik farmakologis dan menggerakkan bagian terkena walaupun hanya sedikit dan monitor pemberian klien tentang manajemen nyeri dan berkolaborasi tim medis lainnya dalam pemberian analgesik

Pada diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan suplay darah ke jaringan menurun, prosedur invasif (pemasangan traksi)

selama 2 x 24 jam dilakukan kegiatan seperti memantau tanda – tanda vital, tidak ortostatik hipertensi, tidak ada peningkatan tekanan intracranial dan lakukan ubah posisi.

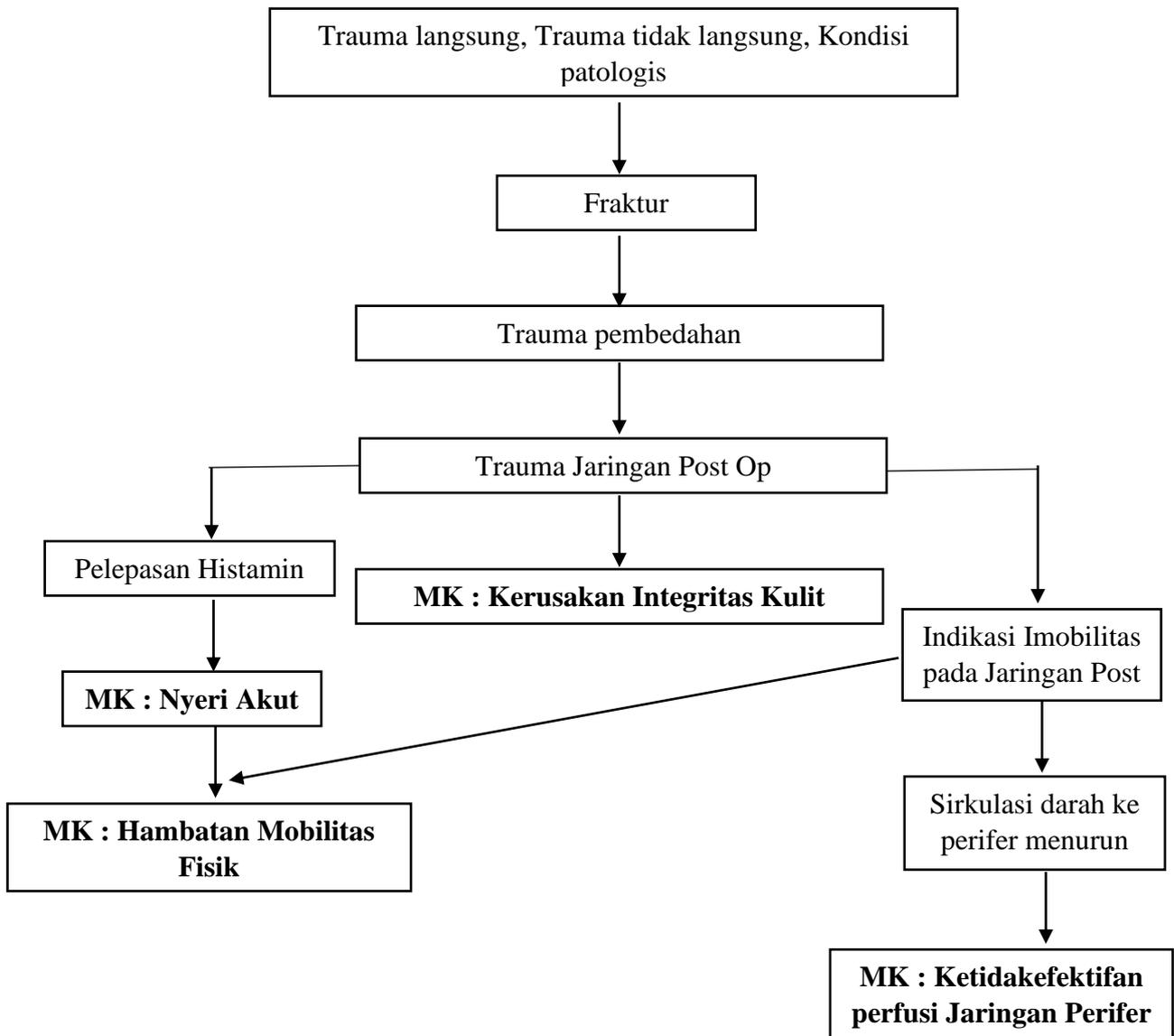
Pada diagnosa keperawatan Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan luka *post operative fracture* selama 2x24 jam, dilakukan kegiatan seperti menganjurkan tempat tidur yang nyaman dan sering mengubah posisi klien, menganjurkan massase kulit terutama daerah penonjolan tulang dan area distal bebet/gips, menganjurkan keluarga untuk merawat luka klien, mengobservasi keadaan kulit, penekanan gips, terhadap kulit dan insersi pen.

Pada diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan rangka neuromuscular, nyeri,nyeri, terapi restriktif (imobilisasi), selama 2x24 jam dilakukan kegiatan seperti memonitoring vital sign sebelumnya dan sesudah latihan respon klien saat latihan dan mengajarkan klien untuk menggunakan tongkat saat berjalan atau saat bergerak dan mengkaji kemampuan klien untuk imobilisasi.

2.2.5 Evaluasi

Pada diagnosa Pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan, *post operative fracture* 2 x 24jam diharapkan skala nyeri berkurang sampai dengan hilang. Pada diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan suplay darah ke jaringan menurun di harapkan masalah teratasi. Pada diagnosa kerusakan integritas kulit yang diharapkan yaitu perbaikan kulit, kulit kembali normal. Pada diagnosa hambatan mobilitas fisik yang di harapkan yaitu dapat melakukan mobilitas secara mandiri.

2.3 Kerangka Masalah



Gambar 2.1 Kerangka masalah pada pasien Post op fraktur femur(Nanda Nic-Noc, 2015)

Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc, 2015).

BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas

Ny K. (61 tahun), sudah menikah, suku Jawa, beragama Islam, lulusan SD, bekerja mengurus rumah tangga, alamat Toyaning 02/08 Rejoso Pasuruan dan no register 00272xxx. Klien dirawat dengan diagnosa medis *post op close fraktur femur*.

3.1.2 Keluhan Utama

Klien mengatakan nyeri pada paha sebelah kanan.

3.1.3 Riwayat Kesehatan

3.1.3.1 Riwayat Keperawatan Sekarang

Pada tanggal 09 Januari 2020 klien dibawa keluarga ke IGD RSUD Bangil Pasuruan, jam 18.15 klien dibawa ke ruang melati, klien mengatakan terpleset saat wudhu dan terjatuh sehingga menyebabkan patah bagian paha sebelah kanan, pada saat pengkajian yang dilakukan tanggal 12 Januari 2020 pukul 11.00 klien mengatakan tidak bisa menggerakkan kaki kanan terasa nyeri bengkak (+), nyeri luka setelah operasi seperti di tusuk – tusuk, nyeri pada paha sebelah kanan, skala nyeri 6, nyeri timbul pada saat bergerak, pasien tampak menyeringai.

Masalah Keperawatan : Nyeri Akut

3.1.3.2 Riwayat Keperawatan Sebelumnya

Klien mengatakan mempunyai riwayat hipertensi. Klien mengatakan baru kali ini operasi dan tidak ada alergi terhadap makanan ataupun obat-obatan.

3.1.3.3 Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga mengatakan mempunyai riwayat hipertensi.

3.1.3.4 Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan.

3.1.3.5 Lingkungan tempat tinggal

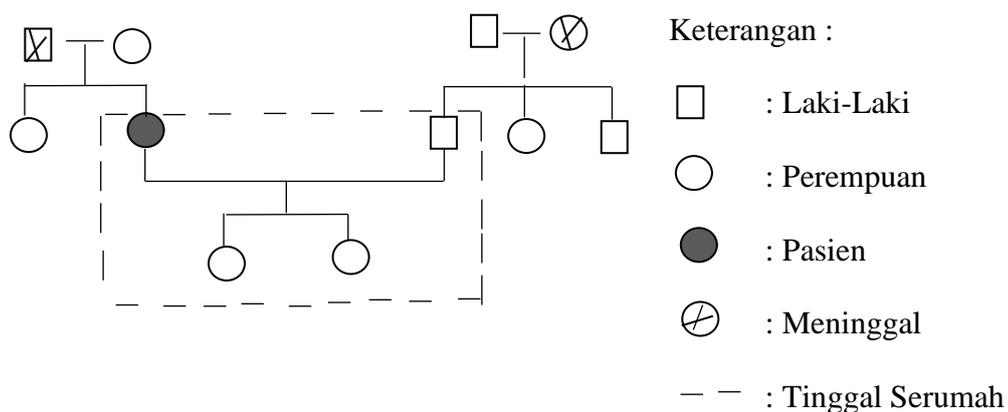
Keluarga mengatakan lingkungan rumah bersih dan ventilasi cukup.

3.1.4 Status cairan dan nutrisi

Nafsu makan sebelum sakit baik (3 x 1 porsi), saat sakit Baik (3 x 1 porsi), jenis minuman sebelum sakit air putih sebanyak 2500cc/hari dan saat sakit juga air putih sebanyak 1500cc/hari, tidak ada pantangan makanan apapun, berat badan sebelum sakit dan sesudah sakit 68 kg.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

3.1.5 Geogra



Gambar 3.1 Genogram Keluarga Ny. K dengan diagnosa medis Close Post op Fraktur Femur di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan

Keadaan umum baik, klien terbaring di tempat tidur, terpasang infus di tangan kiri, tekanan darah : 140/80 mmhg, suhu : 36 °c (lokasi pengukuran : axilla), nadi : 86x/menit (lokasi penghitungan: arteri radialis), respirasi : 20 x/menit.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

3.1.7 Pengkajian persistem

3.1.7.1 (B1) Sistem Pernafasan (*Breathing*) :

Pada inspeksi ditemukan bentuk dadanormal chest, susunan ruas tulang belakang normal, pola nafas vasikuler, tidak ada alat bantu pernafasan, tidak ada nyeri dada saat bernapas, tidak ada batuk maupun sputum. Pada palpasi ditemukan vokal fremitus kanan dan kiri sama. Pada perkusi ditemukan suara perkusi thorax resonan. Pada auskultasi tidak ada *wheezing* dan *ronchi*.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

3.1.7.2 (B2) Sistem Kardiovaskuler (*Blood*) :

Tidak terdapat nyeri dada, irama jantung teratur dengan pulsasi kuat posisi midclavícula sinistra V ukuran 2cm, bunyi jantung: S1 dan S2 tunggal, tidak terdapat bunyi jantung tambahan, bunyi irama regular, perkusi suara pekak tidak ada cianosis, tidak ada *clubbing finger*, JVP normal.

Masalah Keperawatan: Tidak Ada Masalah Keperawatan

3.1.7.3 (B3) Sistem Persyarafan (*Brain*) :

Kesadaran composmentis, GCS : 4-5-6, orientasi baik, klien kooperatif, tidak ada kejang, tidak ada kaku kuduk, tidak ada brudzinky, tidak ada nyeri kepala, tidak ada pusing, istirahat/tidur: siang ± 3-4

jam/hr, malam \pm 6-8 jam/hr, tidak adakelainan *nervus cranialis*, pupil isokor, reflek cahaya : +/+ (normal).

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah Keperawatan

3.1.7.4 (B4) Sistem Perkemihan (*Bladder*) :

Bentuk alat kelamin normal, kemauan turun, kemampuanturun, alat kelamin bersih, frekuensi berkemih, teratur, jumlah 1250/24 jam, bau khas, warna kuning jernih, tempat yang digunakan urine bag, klien menggunakan alat bantu kateter.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

3.1.7.5 (B5) Sistem Pencernaan (*Bowel*) :

Mulut bersih, mukosa bibir lembab, bentuk bibir normal, gigi bersih, kebiasaan gosok gigi 2x/hari, tidak ada nyeri abdomen, kebiasaan babselama di RS klien tidak bab peristaltik 18x/menit, tidak ada masalah eliminasi alvi.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

3.1.7.6 (B6) Sistem *Muskuloskeletal* dan Integumen (*Bone*) :

Kemampuan pergerakan sendi dan tungkai (rom) terbatas, kekuatan otot: tangan kiri 5,tangan kanan 5, kaki kiri 5, kaki kanan 1, terdapat fraktur femur dextra, tidak ada dislokasi, terdapat luka *post op fracture* femur dextra. akral hangat, lembab, turgor baik, warna kulit sawo matang, CRT \leq 2 detik, terdapat oedema pada paha sebelah kanan, kulit terdapat luka insisi pada *post op close fracture* femur dextra, panjang luka kira – kira 12 cm , ADL dibantu oleh keluarga makan, minum, memakai baju dan mandi dengan diseka.

Lain lain : pasien mengatakan nyeri pada paha sebelah kanan karena operasi dan pasien hanya berbaring di tempat tidur, dalam pergerakan kurang, pasien kesulitan miksi.

Masalah Keperawatan: Hambatan mobilitas fisik ditempat tidur

3.1.7.7 (B7) Sistem Penginderaan :

Konjungtiva tidak anemis, sklera normal putih, tidak ada palpebra, tidak ada strabismus, ketajaman penglihatan normal, tidak menggunakan alat bantu penglihatan, hidung normal, mukosa hidung lembab, tidak ada sekret, ketajaman penciuman normal, tidak ada kelainan, telinga berbetuk simetris, tidak ada keluhan, ketajaman pendengaran normal, tidak menggunakan alat bantu pendengaran, perasa manis, pahit, asam, asin, peraba normal.

Masalah Keperawatan: Tidak Ada Masalah Keperawatan

3.1.7.8 (B8) Sistem Endokrin :

Tidak ada pembesaran kelenjar *thyroid*, tidak ada pembesaran kelenjar parotis, tidak ada pembesaran limfe, tidak ada luka gangren.

Masalah Keperawatan: Tidak Ada Masalah Keperawatan

3.1.7.9 Data Psikososial

1) Gambaran diri/citra diri

Klien berharap cepat sembuh, klien mengatakan menyukai semua bagian tubuhnya, klien mengatakan tidak ada bagian tubuh yang kurang disukai dan klien sangat sedih jika salah satu bagian tubuhnya hilang.

2) Identitas

Klien berstatus sebagai ibu dan anak didalam keluarga, klien mengatakan puas sebagai ibu dan anak dan klien mengatakan puas sebagai perempuan.

3) Peran

Klien mengatakan sudah dihargai sebagai anak dan ibu dan klien mengatakan mampu melakukan tugasnya sebagai ibu dan anak.

4) Ideal diri

Klien mengatakan ingin kembali beraktivitas seperti biasanya, klien berstatus sebagai ibu dan anak, keluarga klien selalu mendukung dalam proses kesembuhannya, masyarakat mau menerima kondisinya dan tidak menjauhinya, keluarga mau menerima keadaannya dan klien berharap penyakitnya segera sembuh.

5) Harga diri

Tanggapan klien terhadap harga dirinya baik.

6) Data sosial

Klien berhubungan baik dengan keluarga, klien berhubungan baik dengan klien lain, keluarga sangat mendukung klien dan klien sangat kooperatif ketika diajak berinteraksi.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

3.1.7.10 Data Spiritual

Klien mengatakan Allah adalah satu-satunya penguasa kehidupan, klien mengatakan sumber kekuatan adalah berdoa dan sholat, klien

mengatakan ritual agama yang bermakna adalah sholat dan berdoa, klien mengatakan menggunakan sarung ketika melakukan ritual, klien yakin penyakit yang dideritanya hanya ujian dan yakin akan sembuh dan klien berpersepsi penyakitnya dari Allah SWT.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

3.1.8 Pemeriksaan penunjang

3.1.8.1 Laboratorium (12 Januari 2020)

Tabel 3.1 Hasil pemeriksaan laboratorium pada Ny. K dengan diagnosa medis Close Post Op Fraktur Femur di Ruang Melati RSUD Bangil

PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	NILAI RUJUKAN
Leukosit	H 15,85	μ/L	4,5 – 11 Nilai kritis : <2 or>30
Neutrofil	13,5	μ/L	1,5 – 8,5
Limfosit	1,93	μ/L	1,1 - 5,0
Monosit	0,3	μ/L	0,14 – 0,66
Eosinophil	0,06	mg/dL	0 – 0,33
Basofil	0,06	mg/dL	0 – 0,33
Neutrofil %	H 84,9	%	0 – 0,11
Limfosit %	L 12,2	%	35 – 66
Monosit %	L 2,1	%	24 – 44
Eosinofil %	0,4	%	3 – 6
Basofil %	0,4	%	0 – 3
Eritrosit %	L 3,488		0 – 1
Hemoglobin	L 10,15	g/dl	4 – 5,2 12 -16
Hematokrit	L 31,4	%	Niai kritis :<7 or >21
MCV	89,97	fl	33 – 51
MCH	29,09	pg	Nilai kritis <21 or>65
MCHC	32,33	%	80 – 100
RDW	H 15,17	%	26 – 34 32 – 36
PLT	297	μ/L	11,5 – 13,1
MPV	6,854	6,854	

3.1.8.2 Foto thoraks : tampak terpasang internal fiksasi pada os femur kanan ,*alignment* baik, trabekulasi tulang normal, celah dan permukaan sendi tampak baik, tak tampak erosi/destruksi, tak tampak *soft tissue mass/ swelling*.

Kesan :

Terpasang internal fiksasi pada os femur kanan.

4.1.1 Therapi

4.1.1.1 Inf. RL 1000 cc/24jam : sebagai sumber elektrolit, air untuk hidrasi, dan pemberian obat pembuluh darah.

4.1.1.2 Inj. ketorolac 3 x 30 mg : untuk meredakan nyeri dan peradangan.

4.1.1.3 Inj. Omz 1 x 40 mg : untuk menurunkan produksi asam lambung berlebih pada lambung.

4.1.1.4 Inj Cefuroxime 3 x 75 mg : sebagai antibiotik

Bangil, 12 Januari 2020

Mahasiswa

Dwi Reny Pramudita

3.2 Diagnosa Keperawatan

3.2.1 Analisa data

Tanggal : 12 Januari 2020

Umur : 61 Tahun

Nama pasien : Ny. K

No RM : 00272xxx

Tabel 3.2 Analisa data pada Ny. K dengan diagnosa medis *Post Op Close* Fraktur Femur di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan

No	Data	Etiologi	Problem
1.	<p>DS : Klien mengatakan tidak bisa menggerakkan kaki kanan terasa nyeri bengkak (+), nyeri luka setelah operasi seperti di tusuk – tusuk, nyeri pada paha sebelah kanan, skala nyeri 6, nyeri timbul pada saat bergerak, pasien tampak menyeringai.</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum baik - Kesadaran composmentis - GCS : 456 - Pasien tampak menyeringai - Terdapat luka pada paha kanan panjang kira – kira 	<p>Fraktur</p> <p>↓</p> <p>Trauma pembedahan</p> <p>↓</p> <p>Trauma jaringan post op</p> <p>↓</p> <p>Pelepasan histamin</p> <p>↓</p> <p>Nyeri Akut</p>	Nyeri akut

	<p>12 cm, keadaan luka dibalut dengan kassa steril.</p> <p>TTV TD :140/80 mmHg</p> <p>N : 86 x/menit</p> <p>S : 36 °c</p> <p>RR : 20 x/menit</p>		
2.	<p>DS : Klien mengatakan nyeri pada paha sebelah kanan karena operasi dan klien hanya berbaring di tempat tidur, dalam pergerakan kurang, klien mengalami kesulitan miksa miki.</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum baik - kesadaran 	Indikasi imobilisasi jaringan post op	Hambatan mobilitas fisik di tempat tidur

	<p>composmentis</p> <ul style="list-style-type: none"> - GCS :456 - pasien hanya berbaring di tempat tidur - ADL di bantu oleh keluarga seperti makan, minum, memakai baju, dan mandi dengan diseka. - Pasien kesulitan mika miki - Dalam pergerakan kurang - kekuatan otot $\frac{5}{5} \mid \frac{5}{1}$ 		
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

3.2.2 Daftar Masalah Keperawatan

3.2.2.1 Nyeri Akut

3.2.2.2 Hambatan mobilitas fisik di tempat tidur

3.2.3 Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas

3.2.3.1 Nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan post op

3.2.3.2 Hambatan mobilitas fisik di tempat tidur berhubungan dengan indikasi immobilisasi jaringan post op.

3.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.3 Intervensi keperawatan pada Ny. K dengan diagnosa medis *Post Op Close Fraktur Femur* di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan

No Dx	Tujuan/kriteria hasil	Intervensi	Rasional
1.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan nyeri berkurang atau hilang.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengerti tentang penyebab nyeri dan tujuannya. 2. Klien mampu melakukannya. 3. Klien mampu mengontrol nyeri dengan manajemen nyeri. 4. Klien mampu mengenali karakteristik nyeri (skala, frekuensi, durasi) 5. Klien melaporkan bahwa nyeri berkurang/ dapat dikontrol bila timbul. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bina hubungan saling percaya. 2. Jelaskan tentang penyebab nyeri dan teknik dalam mengontrol nyeri. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dengan saling percaya klien dapat mengungkapkan perasaannya sehingga akan mempermudah dalam pemberian keperawatan. 2. Dengan memberikan edukasi tentang penyebab nyeri serta teknik manajemen d maka dapat menambah pengetahuan pada klien dan keluarga klien tentang teknik manajemen nyeri bila timbul sewaktu – waktu saat

	<p>6. Wajah tidak menyeringai</p> <p>7. TTV dalam batas normal (<i>systole</i> : 100 – 120 mmhg) <i>diastole</i> : 60- 80 mmhg Nadi : 80 – 100x/menit RR : 15 – 24x/ menit</p>	<p>3. Anjurkan Berikan posisi <i>semi fowler</i> .</p> <p>4. Ajarkan teknik relaksasi (nafas panjang melalui mulut) dan distraksi (mengobrol dengan.</p> <p>5. Observasi karakteristik nyeri</p>	<p>perawatan baik di rumah sakit maupun di rumah.</p> <p>3. Dengan posisi 45 ° membantu mengurangi nyeri yang dirasakan klien dengan mempermudah proses pengembangan paru – paru</p> <p>4. Teknik relaksasi dapat menurunkan tingkat stress seseorang dan teknik distraksi membantu klien melupakan rasa nyerinya dengan memperhatikan hal atau focus yang lain.</p> <p>5. Tingkat intensitas nyeri dan frekuensi</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>2. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan kemampuan mobilisasi meningkat.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengerti tentang pentingnya mobilisasi. 2. Klien melaporkan mau melakukan mobilisasi sesuai kemampuan. 3. mampu mempraktekkan mika miki 	<ol style="list-style-type: none"> 6. Observasi TTV 7. Kolaborasi pemberian obat analgesik dengan dokter/tim medis <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tentang pentingnya dan tujuan meningkatkan mobilitas fisik untuk proses penyembuhan. 2. Ajarkan klien untuk mobilisasi dini dengan mika miki di tempat tidur . 3. Anjurkan klien untuk mulai belajar 	<p>menunjukkan skala nyeri.</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Peningkatan tanda vital menunjukkan ada respon nyeri pada klien. 7. Pemberian obat analgesic membantu dalam meredakan nyeri. <ol style="list-style-type: none"> 1. Agar klien mengerti tentang pentingnya mobilisasi . 2. Untuk mencegah terjadinya kekuatan otot 3. Agar klien meningkatkan dalam
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	dengan benar. 4. Klien mampu meningkatkan aktivitas fisiknya, mampu mengubah posisi, memenuhi kebutuhan ADL sehari – hari secara mandiri.	duduk dan berjalan.	aktivitasnya.
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------	---------------

3.4 Implementasi Keperawatan

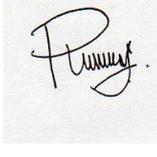
Tabel 3.4 Implementasi keperawatan pada Ny. K dengan diagnosa medis *Post Op Close Fracture Femur* Paru di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan

No.Dx	Tanggal	Jam	Imementasi	Nama/Tanda tangan
1.	12 Januari 2020	14.00	<p>1. Membina hubungan saling percaya dengan klien dan keluarga klien, memperkenalkan diri dan menanyakan keluhan klien.</p> <p>Respon: klien menjawab salam dan kooperatif.</p>	
		14.10	<p>2. Menjelaskan tentang penyebab nyeri karena pembedahan pada fracture femur yang mana terjadi luka insisi dan dapat menimbulkan rasa nyeri serta menjelaskan teknik untuk mengontrol nyeri ada 2 yaitu dengan ambil nafas dalam 5 detik kemudian ulangi hingga 3 kali lalu hembuskan melalui mulut dengan gerakan bibir seperti meniup lilin dan distraksi dengan mengalihkan <i>focus</i> klien pada</p>	

			<p>hal yang ia sukai seperti mendengarkan music, mengajak berbincang dan lain – lain.</p> <p>Respon : klien memperhatikan penjelasan petugas tentang penyebab nyeri dank lien mampu melakukannya</p>	
		14.20	<p>3. Menganjurkan berikan posisi <i>semifowler</i> mengajarkan teknik relaksasi dengan cara nafas panjang dari hidung kemudian dikeluarkan secara perlahan dari mulut dan distraksi (mengajak mengobrol klien.</p> <p>Respon : klien mengatakan nyeri berkurang.</p>	
		14.30	<p>4. Mengobservasi karakteristik nyeri.</p> <p>Respon : klien mengatakan nyeri pada paha sebelah kanan luka setelah operasi, nyeri seperti ditusuk – tusuk, nyeri pada bagian paha bagian kanan, skala nyeri 6, nyeri sering kaki bawah</p>	

		14.40	<p>di gerakan.</p> <p>5. Mengajarkan teknik relaksasi dengan ambil nafas dalam 5 detik kemudian ulangi hingga 3 kali lalu hembuskan melalui mulut dengan gerakan bibir seperti meniup lilin dan distraksi dengan mengalihkan <i>focus</i> klien pada hal yang ia sukai seperti mendengarkan music, mengajak berbincang dan lain – lain.</p> <p>Respon : klien mendemonstrasikan nafas dalam dengan benar.</p>	
		14.50	<p>6. Mengobservasi TTV</p> <p>- TD :140/80 mmHg</p> <p>N : 86 x/menit</p> <p>S : 36°C</p> <p>RR : 20 x/menit</p>	
		15.00	<p>7. Mengkolaborasi pemberian pemberian analgesik</p> <p>- Injeksi Ketorolac 3 x 30 mg</p> <p>- Injeksi Cefuroxime 3 x 75 mg</p>	

			Respon : klien kooperatif.	
2.	12 Januari 2020	15.30	1. Menjelaskan tentang penyebab pentingnya mobilisasi secara bertahap Respon : klien memperhatikan penjelasan petugas tentang pentingnya mobilisasi.	
		15.40	2. Mengajarkan klien untuk mobilisasi dini : Dengan miring kanan miring kiri di tempat tidur. Respon : klien mendemonstrasikan dengan benar.	
		15.50	3. Menganjurkan klien untuk melakukan pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri. Respon : klien mengambil air minum yang berada di meja..	
		16.00	4. Mengobservasi kekuatan otot Tangan kiri 5 Tangan kanan 5 Kaki kiri 5 Kaki kanan	

1.	13 Januari 2020	15.00	<p>1. Menganjurkan teknik relaksasi dengan ambil nafas dalam 5 detik kemudian ulangi hingga 3 kali lalu hembuskan melalui mulut dengan gerakan bibir seperti meniup lilin dan distraksi dengan mengalihkan <i>focus</i> klien pada hal yang ia sukai seperti mendengarkan music, mengajak berbincang dan lain – lain.</p> <p>Respon : klien mendemonstrasikan nafas dalam dengan benar.</p>	
		15.10	<p>2. Mengobservasi karakteristik nyeri.</p> <p>Respon : klien mengatakan nyeri sudah berkurang, skala nyeri 3 nyeri.</p>	
		15.20	<p>3. Menganjurkan berikan posisi <i>semifowler</i> mengajarkan teknik relaksasi dengan cara nafas panjang dari hidung kemudian dikeluarkan secara perlahan dari mulut dan distraksi (mengajak</p>	

			<p>mengobrol klien.</p> <p>Respon : klien mengatakan nyeri berkurang</p> <p>15.30 4. Mengobservasi TTV</p> <p>TD : 130/80 mmhg</p> <p>N : 80 x/menit</p> <p>S : 36,7 °c</p> <p>R : 20 x/menit</p>	
		15.40	<p>5. Mengkolaborasi pemberian analgesik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Injeksi Ketorolac 3 x 30 mg - Injeksi Cefuroxime 3 x 75 mg <p>Respon : klien kooperatif</p>	
2.	13 Januari 2020	16.30	<p>1. Menganjurkan klien untuk melakukan pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri.</p> <p>Respon : klien mengambil air minum yang berada di meja</p>	
		16.40	<p>2. Mengobservasi kekuatan otot</p> <p>5/5/5/1</p>	
		16.50	<p>3. Mengobservasi TTV</p> <p>TD : 130/80 mmhg</p> <p>N : 80 x/menit</p>	

			<p>S : 36,7°c</p> <p>R : 20 x/menit</p> <p>Tangan kiri 5</p> <p>Tangan kanan 5</p> <p>Kaki kiri 5</p> <p>Kaki kanan</p>	
--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

3.5 Evaluasi Keperawatan

3.5.1 Catatan Perkembangan

Tabel 3.5 Catatan perkembangan pada pada Ny. K dengan diagnosa medis *Post Op CloseFraktur Femur* di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
12 Januari 2020	Nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan post op	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri sudah berkurang - Klien memahami tentang teknik manajemen nyeri dan penyebab nyeri - Nyeri pada paha sebelah kanan, nyeri luka operasi, nyeri seperti ditusuk – tusuk, nyeri pada paha sebelah kanan, skala nyeri 6, nyeri timbul saat kaki di gerakkan. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum baik - Kesadaran composmentis - GCS 456 <p>TTV :</p> <p>TD : 130/80 mmhg</p> <p>N : 80 x/menit</p>	

		<p>S : 36,7°c</p> <p>R : 20 x/menit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien memahami tentang penyebab nyeri. - klien mampu menunjukkan keterampilan dalam teknik manajemen nyeri dengan benar - Klien tampak menyeringai <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>	
12 Januari 2020	Hambatan mobilitas fisik di tempat tidur berhubungan dengan indikasi immobilisasi jaringan post op.	<p>S : Klien mengatakan saat duduk dan mika miki mengalami kesulitan , klien hanya berbaring di tempat tidur.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum baik - Kesadaran composmentis - GCS 456 - Klien mengalami kesulitan dalam pergerakan - Klien mampu meningkatkan aktivitas fisiknya mampu mengubah posisi, memenuhi 	

		<p>kebutuhan ADL sehari – hari</p> <p>secara mandiri</p> <p>TTV</p> <p>TD : 130/80 mmhg</p> <p>N : 80 x/menit</p> <p>S : 36,7°c</p> <p>R : 20 x/menit</p> <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

3.5.2 Evaluasi Akhir

Tabel 3.6 Evaluasi keperawatan pada Ny. K dengan diagnosa medis *Post Op Close* Fraktur Femur di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi	Paraf
13 Januari 2020	Nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan post op	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri sudah berkurang - Klien memahami tentang teknik manajemen nyeri dan penyebab nyeri <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum baik. - Kesadaran composmentis. - GCS 4,5,6. - Klien mampu menunjukkan keterampilan dalam teknik manajemen nyeri. - Wajah klien tampak rileks 	

		<ul style="list-style-type: none"> - Skala nyeri 3 - TTV : TD : 130/80 mmhg N : 80 x/menit S : 36,7 °c R : 20 x/menit A : masalah teratasi P : intervensi dihentikan 	
14 januari 2020	Hambatan mobilitas fisik di tempat tidur berhubungan dengan indikasi immobilisasi jaringan post op.	<p>Karena klien dijadwalkan pulang pukul 09.00 dini hari.</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan dari peningkatan mobilitas - Klien melaporkan mau melakukan mobilisasi sesuai kemampuan. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum baik. 	

		<ul style="list-style-type: none"> - Kesadaran composmentis - GCS 4,5,6 - Klien mampu meningkatkan aktivitas fisiknya, mampu mengubah posisi, dan memenuhi ADL sehari – hari secara mandiri.. - TTV - TTV : TD : 130/80 mmhg N : 80 x/menit S : 36,7 °c R : 20 x/menit A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan Karena klien dijadwalkan pulang pukul 09.00 dini hari 	
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Discharge Planning

1. Menganjurkan pasien untuk kontrol rutin
2. Menganjurkan klien untuk berhati – hari dalam segala aktivitas
3. Menganjurkan klien melakukan mobilisasi dirumah
4. Menganjurkan klien untuk makan makanan yang tinggi protein.

BAB IV

PEMBAHASAN

Padabab IV akan dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan pada pasien Ny. K dengan diagnosa medis *Post Op Close Fraktur Femur* Di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan yang dilaksanakan mulai tanggal 12 Januari 2020 sampai 14 Januari 2020. Melalui pendekatan studi kasus untuk mendapatkan kesenjangan antara teori dan praktek dilapangan. Pembahasan terhadap proses asuhan keperawatan ini dimulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

4.1 Pengkajian

Pada tahap pengumpulan data penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada klien dan keluarga secara terbuka, mengerti dan kooperatif.

4.1.1 Identitas

Ny K. (61 tahun), sudah menikah, suku jawa, beragama islam, lulusan SD, bekerja mengurus rumah tangga, faktor usia tidak menentu remaja, dewasa, dan tua. Usia tua juga dikarenakan osteoporosis, sering terjadi pada laki – laki karena faktor pekerjaan sedangkan pada usia remaja dan dewasa bisa dikarenakan mengalami kecelakaan. Pekerjaan yang keras yang mengakibatkan stress, kurang istirahat, juga mengakibatkan fraktur yang tidak sengaja, jenis kelamin belum dapat diketahui secara pasti yang mendominasi pasien fraktur (Doenges, 2009)

4.1.2 Keluhan Utama

Pada tinjauan pustaka umumnya keluhan utama pada kasus fraktur adalah terasa nyeri (Doenges, 2009)

Pada tinjauan kasus klien mengatakan tidak bisa menggerakkan kaki kanan terasa nyeri bengkak (+) , nyeri luka setelah operasi seperti di tusuk – tusuk, nyeri pada paha sebelah kanan, skala nyeri 6, nyeri timbul pada saat bergerak, pasien tampak menyeringai,

Tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dikarenakan pada saat terjadi fraktur sampai telah dilakukan tindakan *post op* akan terasa nyeri karena adanya kerusakan pada jaringan sekitar sehingga menyebabkan nyeri. Nyeri diakibatkan adanya insisi pembedahan luka *post op* atau diskontinuitas jaringan kulit dan tulang.

4.1.3 Riwayat kesehatan

4.1.3.1 Riwayat kesehatan sekarang

Pada riwayat kesehatan sekarang klien tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus, klien datang dengan keluhan nyeri pada paha sebelah kanan. Menurut Doenges (2009) nyeri disebabkan fraktur yang dapat menimbulkan pembengkakan, hilangnya fungsi normal, deformitas, kemerahan, krepitasi dan timbul rasa nyeri yang mengakibatkan seseorang tidak bisa melakukan aktivitasnya sehari - hari.

4.1.3.2. Riwayat kesehatan dahulu

Pada riwayat kesehatan dahulu klien tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus, klien mengatakan bahwa pertama

kali mengalami patah tulang, dan dilakukan operasi. dan mempunyai riwayat hipertensi (Doenges, 2009).

4.1.3.3. Riwayat kesehatan keluarga

Pada riwayat kesehatan keluarga klien tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus, keluarga mengatakan keluarga mempunyai riwayat hipertensi (Doenges, 2009). Perlu dikaji pada keluarga klien ada atau tidak yang mengalami *osteoporosis*, *arthrilis*, tuberkoliosis dan penyakit sifatnya menular dan menurun.

4.1.3.4. Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

Pada kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus, klien mengatakan kurang berhati – hati dalam beraktivitas. Menurut Doenges (2009) karena kecelakaan tidak di sengaja di akibatkan oleh aktivitas yang dapat menimbulkan resiko jatuh.

4.1.3.5 Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik didapatkan beberapa masalah yang bisa dipergunakan sebagai data dalam menegakkan diagnosa keperawatan yang aktual maupun resiko. Adapun pemeriksaan dilakukan berdasarkan persistem yaitu :

1) (B1) Sistem Pernafasan (*Breathing*) :

Pada tinjauan pustaka tidak didapatkan tidak ada perubahan yang menonjol seperti bentuk dada ada tidaknya sesak nafas, pernafasan cuping hidung, dan pengembangan paru antara kanan dan kiri simetris, adanya nyeri tekan terdapat fraktur, tidak ada benjolan, Suara nafas vesikuler tidak ada suara tambahan seperti *wheezing* atau *ronchi*, bunyi paru resonan. Pada pemeriksaan system pernafasan didapatkan bahwa klien fraktur tidak mengalami kelainan (Doenges, 2009).

Pada tinjauan kasus didapatkan pada inspeksi ditemukan bentuk dadanormal *chest*, susunan ruas tulang belakang normal, pola nafas vasikuler, tidak ada alat bantu pernafasan, tidak ada nyeri dada saat bernapas, tidak ada sputum, warna sputum tidak ada. Pada palpasi ditemukan vokal fremituskanan dan kiri sama. Pada perkusi ditemukan suara perkusi *thorax* sonor. Pada auskultasi tidak ada *wheezing* dan *ronchi*.

Pada sistem pernafasan tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus karena kondisi klien saat di kaji sudah membaik dan klien kooperatif. Penulis berpendapat bahwa sesuai teori yang dinyatakan oleh Doenges (2009) bahwa pada pernafasan pasien *post op* fraktur tidak ditemukan masalah pernafasan berdasarkan tinjauan kasus yang didapatkan klien tidak mengalami gangguan pernafasan dikarenakan kesadaran klien kembali pulih serta membaik.

2) (B2) Sistem Kardiovakuler (*Blood*) :

Pada tinjauan pustaka didapatkan Kulit dan membran mukosa pucat, Tidak ada peningkatan frekuensi dan irama denyut nadi, tidak ada peningkatan JVP, CRT menurun >3 detik pada ekstermitas yang mengalami luka, Bunyi jantung pekak, tekanan darah normal atau hipertensi (kadang terlihat sebagai respon nyeri), bunyi jantung I dan II terdengar lupdup tidak ada suara tambahan seperti mur mur atau gallop. (Doengoes, 2009).

Pada tinjauan kasus tidak terdapat nyeri dada, irama jantung teratur dengan pulsasi kuat posisi midclavícula sinistra V ukuran 2 cm, bunyi jantung: S1 dan S2 tunggal, bunyi irama regular, perkusi suara pekak, tidak terdapat bunyi jantung tambahan, tidak ada cianosis, tidak ada *clubbing finger*, JVP normal.

Pada sistem kardiovaskuler tidak ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dikarenakan intake cairan dan nutrisi masih adekuat, sedangkan membran mukosa lembab dikarenakan nutrisi klien sudah cukup terpenuhi, nafsu makan meningkat makan 3x sehari porsi habis, kebutuhan cairan juga terpenuhi.

3) (B3) Sistem Persyarafan (*Brain*) :

Pada tinjauan pustaka didapatkan kesadaran Composmentis, tidak ada kejang, tidak ada gangguan yaitu normal, simetris dan tidak ada benjolan dan tidak ada nyeri kepala (Doenges, 2009).

Pada tinjauan kasus didapatkan kesadaran composmentis, GCS : 4-5-6, orientasi baik, klien kooperatif, tidak ada kejang, tidak ada kaku kuduk, tidak ada brudzinky, tidak ada nyeri kepala, tidak ada pusing, istirahat/tidur: siang \pm 3-4 jam/hr, malam \pm 6-8 jam/hr, tidak ada kelainan nervus cranialis, pupil isokor, reflek cahaya : +/+ (normal),

Pada sistem persyarafan tidak ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus hal ini dikarenakan pasien sudah membaik tidak mengalami penurunan kesadaran karena efek anastesi.karena pasien sudah 1 hari setelah operasi dan anastesi sudah tidak ada.

4) (B4) Sistem Perkemihan (*Bladder*) :

Pada tinjauan pustaka didapatkan bahwa miksi klien tidak mengalami gangguan, warna orange gelap, Memakai kateter.tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih (Doenges, 2009).

Pada tinjauan kasus didapatkan bentuk alat kelamin normal, kemauan turun, kemampuanturun, alat kelamin bersih, frekuensi berkemih, teratur, jumlah 12500/24 jam, bau khas, warna kuning jernih, tempat yang digunakan urine bag, klien tidak menggunakan alat bantu kateter.

Pada sistem perkemihan ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus. Pada tinjauan kasus ditemukan klien tidak mengalami oliguri dikarenakan intake cairan adekuat 1250cc/hari, klien tidak mengalami nyeri tekan pada kandung kemih karena tidak terjadi distensi kandung kemih.

5) (B5) Sistem Pencernaan (*Bowel*)

Pada tinjauan pustaka Keadaan mulut bersih, mukosa lembab, keadaan abdomen normal tidak asites, tidak ada nyeri tekan atau massa pada abdome, Normal suara tympani, Peristaltik normal 20x/menit. Bising usus mengalami penurunan karena efek obat anastesi total. (Doenges, 2009).

Pada tinjauan kasus didapatkan Mulut bersih, mukosa bibir lembab, bentuk bibir normal, gigi bersih, kebiasaan gosok gigi 2x/hari, tidak ada nyeri abdomen, kebiasaan babselama di RS klien tidak bab peristaltik 18x/menit, tidak ada masalah eliminasi alvi

Pada sistem pencernaanadakesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus. Pada tinjauan kasus ditemukan bising usus klien normal dikarenakan intake cairan dan nutrisi masih adekuat tidak mengalami penurunan nafsu makan. Pada sistem penceraan terjadi kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, pada tinjauan kasus klien tidak mengalami penurunan peristaltik bising usus 18x/menit, dikarenakan klien sudah 1 hari yang lalu operasi sehingga efek anastesi sudah tidak ada.

6) (B6) Sistem *Muskuloskeletal dan integumen* :

Pada tinjauan pustaka didapatkan Aktivitas dan latihan mengalami perubahan / gangguan dari *post operative fracture* sehingga kebutuhan perlu dibantu baik oleh perawat atau keluarga, misalnya kebutuhan sehari-hari, mandi, BAB, BAK dilakukan diatas tempat tidur. Pada area luka

beresiko tinggi terhadap infeksi, sehingga tampak diperban / dibalut. Tidak ada perubahan yang menonjol pada sistem integumen seperti warna kulit, adanya jaringan parut / lesi, adanya perdarahan, adanya pembengkakan, tekstur kulit kasar dan suhu kulit hangat serta kulit kotor, Adanya nyeri , kekuatan otot pada area fraktur mengalami perubahan akibat kerusakan rangka neuromuscular, mengalami deformitas pada daerah trauma. ROM menurun yaitu mengkaji dengan skala ROM (Doenges, 2009).

Pada tinjauan kasus didapatkan Kemampuan pergerakan sendi dan tungkai (rom) bebas, kekuatan otot: tangan kiri 5,tangan kanan 5, kaki kiri 5, kaki kanan 5, terdapat fraktur femur dextra, tidak ada dislokasi, terdapat luka post op facture femur dextra, panjang luka kira – kira 12 cm. akril hangat, lembab, turgor baik, warna kulit sawo matang, CRT \leq 2 detik, oedema pada paha sebelah kanan, kulit terdapat luka insisi pada post op close fracture femur dextra, ADL dibantu oleh keluarga, pasien hanya berbaring di tempat tidur, dalam pergerakan kurang, pasien kesulitan miksi.

.Pada sistem muskuloskeletal dan integumenada kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus. Pada tinjauan kasus ditemukan klien mengalami kelemahan karena klien mengalami fraktur, dan klien hanya berbaring ditempat tidur. Pada kasus turgor elastis dikarenakan kebutuhan cairan klien terpenuhi sehingga tidak menyebabkan turgor kulit menurun.

7) (B7) Sistem Penginderaan

Pada tinjauan pustaka pada mata terdapat gangguan seperti konjungtiva anemis (jika terjadi perdarahan), pergerakan bola mata normal, pupil isokor (Doenges, 2009).

Pada tinjauan kasus didapatkan konjungtiva tidak anemis, sklera normal putih, tidak ada palpebra, tidak ada strabismus, ketajaman penglihatan normal, tidak menggunakan alat bantu penglihatan, hidung normal, mukosa hidung lembab, tidak ada sekret, ketajaman penciuman normal, tidak ada kelainan, telinga berbetuk simetris, tidak ada keluhan, ketajaman pendengaran normal, tidak menggunakan alat bantu pendengaran, perasa manis, pahit, asam, asin, peraba normal.

Pada sistem penginderaan terjadi kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Pada tinjauan kasus klien tidak anemis karena konjungtiva merah muda karena klien tidak mengalami perdarahan yang terlalu banyak.

8) (B8) Sistem Endokrin

Pada tinjauan pustaka tidak ada pembesaran kelenjar *thyroid*, tidak ada pembesaran kelenjar parotis. (Doengos, 2009). Pada tinjauan kasus didapatkan tidak ada pembesaran kelenjar *thyroid*, tidak ada pembesaran kelenjar parotis, tidak ada luka gangren

Pada sistem endokrin tidak ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus. Pada tinjauan kasus ditemukan tidak ada pembesaran kelenjar *thyroid*, tidak ada pembesaran kelenjar parotis, tidak

ada luka gangren. Hal ini dikarenakan klien tidak memiliki riwayat penyerta diabetes militus.

4.2 Diagnosa keperawatan

Menurut Nur Arif dan Kusuma (2015), pada tinjauan pustaka ditemukan empat diagnosa keperawatan :

1. Nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan, *post operative fracture*.
2. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan suplay darah ke jaringan menurun.
3. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan luka *post operative fracture*.
4. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan rangka neuromuscular, nyeri, terapi restriktif (imobilisasi).

Pada tinjauan kasus hanya ditemukan dua diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan, *post operative fracture*, imobilisasi dikarenakan klien mengalami nyeri akibat adanya insisi pembedahan atau diskontinuitas jaringan kulit dan tulang. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan rangka neuromuscular, nyeri, terapi restriktif (imobilisasi), dikarenakan klien dengan *post op* fraktur akan mengalami hambatan mobilitas fisik karena adanya luka bekas operasi dan penurunan kekuatan otot sementara waktu.

Pada diagnosa keperawatan ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Pada tinjauan kasus tidak dimunculkan diagnosa keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan suplay darah ke

jaringan menurun, dikarenakan suplay darah tercukupi, tidak muncul diagnosa kerusakan integritas kulit berhubungan dengan luka *post operative fracture*, dikarenakan luka masih dibalut kassa steril dan dibebat tidak boleh dibuka kurang dari 3 hari jadi sangat kecil kemungkinan terjadi kerusakan integritas kulit yang parah.

4.3 Intervensi Keperawatan

Pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan, *post operative fracture*, tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, hal ini dikarenakan apa yang tertera pada tinjauan pustaka, penulis juga merencanakan tindakan keperawatan pada tinjauan kasus sama seperti yang ada pada tinjauan pustaka tidak ada perbedaan yang berarti.

Pada diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan rangka neuromuscular, nyeri, terapi restriktif (imobilisasi), terjadi kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Pada tinjauan kasus ditambahkan rencana tindakan jelaskan tentang pentingnya mobilisasi yang berguna agar klien mengerti tentang pentingnya mobilisasi secara bertahap setelah dilakukan tindakan post operasi. Edukasi penting dilakukan perawat karena merupakan tanggung jawab dan fungsi penting bagi profesi perawat dalam pemenuhan kebutuhan pasien. Tanggung jawab ini sekaligus sebagai jembatan kesenjangan yang dapat terjadi antara pengetahuan dan kebutuhan perawatan pasien dan kesehatan yang optimal dapat tercapai dengan tujuan meningkatkan kesehatan pasien, mempertahankan keperawatan diri pasien.

4.4 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan adalah perwujudan dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan pada tinjauan pustaka belum dapat diwujudkan karena hanya membahas teori asuhan keperawatan. Sedangkan pada tinjauan kasus pelaksanaan telah disusun dan diwujudkan pada pasien dan ada pendokumentasian serta intervensi keperawatan.

Pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan, *post operative fracture* semua perencanaan tindakan keperawatan telah dilakukan seperti menjelaskan tentang penyebab nyeri (karena adanya pembedahan dan kerusakan jaringan sekitar pada area luka), mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam (Ambil nafas dalam dalam 5 detik kemudian ulangi hingga 3 kali lalu hembuskan melalui mulut dengan gerakan bibir seperti meniup lilin) dan distraksi / peralihan seperti (membaca koran, bermain gadget), mengobservasi karakteristik nyeri (skala, fekuensi, durasi), mengobservasi TTV (mengukur tekanan darah, suhu, nadi, pernafasan), mengkolaborasi pemberian analgesik (memberi injeksi Dexketopain 1ml, injeksi Antrain 750mg).

Pada diagnosa hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan rangka neuromuscular, nyeri, terapi restriktif (imobilisasi), semua perencanaan tindakan keperawatan telah dilakukan seperti menjelaskan tentang pentingnya mobilisasi secara bertahap (agar tidak terjadi penurunan massa otot) mengajarkan klien untuk berlatih secara aktif / pasif dari latihan ROM (untuk mencegah terjadinya kekakuan otot dan sendi), menganjurkan klien untuk melakukan pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri (agar klien mampu meningkat dalam mobilisasi dengan melatih duduk dan mika miki)

mengobservasi kekuatan otot, mengobservasi TTV (mengukur tekanan darah, suhu, nadi, pernafasan), mengkolaborasi dengan ahli fisioterapis.

4.5 Evaluasi Keperawatan

Pada tinjauan pustaka evaluasi belum dapat dilaksanakan karena merupakan kasus semu sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilaksanakan karena dapat diketahui keadaan pasien dan masalahnya secara langsung.

Pada akhir evaluasi diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan, *post operative fracture*, disimpulkan bahwa masalah keperawatan klien teratasi karena sudah sesuai dengan tujuan yang sudah ditetapkan oleh perawat yaitu nyeri berkurang sampai hilang. Hal ini sesuai dengan teori menurut Nurarif dan Kusuma (2015), bahwa tujuan keperawatan dari diagnosa nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan, *post operative fracture* yaitu nyeri berkurang sampai hilang.

Pada akhir evaluasi diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan rangka neuromuscular, nyeri, terapi restriktif (imobilisasi), teratasi sebagian karena mobilisasi tidak dapat langsung normal melainkan harus bertahap. Hal ini sesuai dengan teori menurut Nurarif dan Kusuma (2015), bahwa tujuan keperawatan dari diagnosa hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan rangka neuromuscular, nyeri, terapi restriktif (imobilisasi), yaitu klien mampu mobilisasasi secara bertahap.

Hasil evaluasi pada Ny. K masih ada yang belum sesuai dengan harapan karena ada satu masalah yang teratasi sebagian tetapi kondisi Ny. K sudah cukup baik dari sebelumnya sehingga Ny. K dianjurkan untuk KRS. Pada saat persiapan pemulangan pasien, perawat memberikan edukasimeliputi:

1. Menganjurkan pasien untuk kontrol rutin.
2. Menganjurkan klien untuk berhati – hari dalam segala aktivitas
3. Menganjurkan klien melakukan mobilisasi dirumah
4. Menganjurkan klien untuk makan makanan yang tinggi protein

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan penelitian dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan diagnosa medis *Post Operative Closed Fracture Femure Dextra* diruang Melati RSUD Bangil Pasuruan, maka penulis dapat menarik kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan kepada klien *Post Operative Closed Fracture Femure Dextra*.

5.1 Simpulan

Dari hasil yang telah dilakukan asuhan keperawatan pada Ny. K dengan diagnosa medis *Post Operative Closed Fracture Femure Dextra*. Diruang Melati RSUD Bangil maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

5.1.1 Fokus pengkajian pada Ny. K yaitu pada keluhan utama nyeri dengan data sebagai berikut nyeri luka setelah operasi, nyeri seperti ditusuk – tusuk, nyeri pada paha bagian kanan, skala nyeri 6, nyeri sering saat menggerakkan kaki . Klien tampak menyeringai menahan nyeri. Dan sistem integumen klien *Post Operative Closed Fracture Femure Dextra*, mengalami perubahan fisik diantaranya adanya luka bekas operasi dan keterbatasan gerak.

5.1.2 Diagnosa keperawatan priorotas pada pasien meliputi Nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan, *post operative fracture*, hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan rangka neuromuscular, nyeri, terapi restriktif (imobilisasi).

5.1.3 Intervensi diagnosa keperawatan yang ditampilkan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terjadi kesamaan namun masing – masing intervensi tetap mengacu pada sasaran, kriteria hasil.

5.1.4 Implementasi keperawatan dilakukan kepada klien sesuai dengan catatan yang telah direncanakan dan ditetapkan oleh perawat.

5.1.5 Dari ketiga diagnosa prioritas yang terjadi pada Ny. K didapatkan satu masalah teratasi, satu masalah teratasi sebagian dan satu masalah yang tidak terjadi. Kondisi Ny. K sudah cukup baik dari sebelumnya sehingga Ny. K dianjurkan untuk KRS dan memberikan *health education* meliputi : menganjurkan pasien untuk rutin kontrol, menganjurkan klien untuk diet tinggi kalori tinggi protein, menganjurkan klien untuk hati – hati dalam berkendara, menganjurkan klien untuk tetap mobilisasi dirumah.

5.2 Saran

Penulis memberikan saran sebagai berikut :

5.2.1 Keterlibatan klien, keluarga dan tim kesehatan yang terjalin dengan baik perlu ditingkatkan sehingga timbul rasa saling percaya, serta untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan.

5.2.2 Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya lebih berpotensi dengan memiliki pengetahuan dan keterampilan yang cukup serta dapat bekerja sama dengan tim kesehatan lainnya dalam pemberian asuhan keperawatan.

5.2.3 Untuk .Meningkatkan mutu pelayanan, dengan adanya penyuluhan pada klien *post op close fraktur femur dextra* seperti perawatan luka, serta nutrisi yang baik untuk penyembuhan luka, mobilisasi dengan belajar menggerakkan kaki sedikit demi sedikit, melatih duduk dan menggerakkan jari – jari supaya aliran

darah mengalir dengan normal dan pembebatan tidak terlalu kuat karena dapat menyebabkan sirkulasi darah tidak lancar, serta dapat meningkatkan mutu pelayanan asuhan keperawatan.

5.2.3 Pemahaman dan pengembangan konsep kesehatan perlu di tingkatkan secara komprehensif sehingga mampu untuk menerapkan asuhan keperawatan dengan baik.

5.2.4 Ketika klien KRS perawat perlu membuat *discharge planning* yang harus diteliti dengan cermat untuk menjamin kualitas dan pelayanan yang sesuai.

Evaluasi lanjut dari proses pemulangan biasanya dilakukan seminggu setelah klien berada di rumah. Evaluasi duduk dan berjalan terus menerus dan membutuhkan perubahan. Keberhasilan program rencana pemulangan tergantung pada enam variable diantaranya : pada derajat penyakit, hasil yang diharapkan dan perawatan selama klien di KRS, durasi perawatan yang dibutuhkan, jenis – jenis pelayanan yang diperlukan, komplikasi tambahan, ketersediaan sumber – sumber.

DAFTAR PUSTAKA

- Appley, A.G & Solomon. 2010. *OrthopedidanFrakturSistemAppley*. Jakarta:WidyaMedika.
- Brunner &Suddarth, (2013). *Buku Ajar KeperawatanMedikalBedahEdisi 8 Volume 3*. Jakarta ECG.
- Carpenito, L.J. (2013). *DiagnosaKeperawatan :AplikasipadaPraktekKlinik (Terjemahan)*. Edisi 6. Jakarta : EGC.
- Data rekammedis RSUD Bangil (2018) AngkaKejadianFraktur: Pasuruan
- Doenges, M.E (2009) *RencanaKeperawatanPedomanUntukPerencanaan Dan PendokumentasianPerawatanPasien*. Jakarta : ECG.
- Hamdan, Hariawan. (2013).ASKEP FRAKTUR <http://hamdan-hariawan-fkp13.web.unair.ac.id>. Diaksestanggal 08 Oktober 2019 pukul 08.00
- Helmi, Zairin Noor. (2013) *BukuSakuKedaruratan Di BidangOrthopedi*. Jakarta: SalembaMedika.
- KementerianKesehatanRepublik Indonesia (2014). *PeraturanMenteriKesehatanRepublik IndonesiaNomor 5 Tahun 2014 pdf*.
- Mansjoer, Arif, dk, (2008). *KapitaSelektaKedokteran*. Jakarta Medica Aesculapius Diaksespadatangal 09 Oktober 2019 pukul 17.00.
- MansjoerArif (2010). *KapitaSelektaKedokteran*. Edisi 4. Jakarta : Media Aesculapius
- NurarifdanKusuma H. (2015). *AsuhanKeperawatanBerdasarkanDiagnosaMedisdan Nanda NIC NOC*.
- Nurarif A H. Kusuma H. 2015. *Aplikiasuhankeperawatanberdasarkandiagnosamedisdan NANDA NIC NOC Jilid 2*, Yogyakarta :Mediacion Publishing
- Rendy, M ClevodanMargarethTH . 2012. *AsuhanKeperawatanMedikalBedahPenyakitDalam*. Yogyakarta :NuhaMedika
- Riskesdas, (2013) www.KemntrianKesehatanRepublikIndonesia.blogspot.com/2013.

Sjamsuhidayat&jong (2014).

LaporanpendahuluanFrakturwww.laporanperawat.blogspot.com/2016. Diaksespadatangal 10 Oktober 2019pukul 19.00.

SyamsulHidayat, (2014), *Buku Ajar IlmuBedah*, ECG, Jakarta

Tamsuri, Anas. (2012). *KonsepdanPenatalaksanaanNyeri*. Jakarta: EGC.

Wahid,Abdul, 2013.

AsuhanKeperawatanDenganGangguanSistemMuskuloskeletal.

Trans info media : Jakarta. WHO (2011).

LatarBelakangFrakturFemur . From : www.Academia.Edu

Wijaya&putri, 2013

KonsepFrakturwww.perpustakaan.poltekes.malang.ac.id.

Diaksespadatangal 09 Oktober 2019 pukul 19.30.

World Health of Organitation. (2012). *World Report on Road Traffic Injury Prevention*. Diaksestanggal 10 Oktober 2019.

<http://www.who.com/>

Yunuzul (2014).

TeknikRelaksasiNafasDalampadaPasienPascaOperasiFrakturCru

ris. <http://www.google.co.id/studi+kasus+fraktur>. Diaksestanggal

10 Oktoberpukul 14.00



YAYASAN KERTA CENDEKIA
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA

Jalan Lingkar Timur, Rangkah Kidul, Sidoarjo 61232

Telepon: 031 – 8961496; Faximile : 031 – 8961497

Email : akper.kertacendekia@gmail.com

Nomor : 14/KM/X/2019
Hal : Permohonan Studi Pendahuluan

Sidoarjo, 16 Oktober 2019

Yth. Direktur RSUD Bangil
Pasuruan

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir , Mahasiswa Tingkat III Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo, Tahun Akademik 2019 – 2020, maka dengan ini kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan ijin kepada mahasiswa kami,

No.	Nama	NIM	Judul KTI
1.	Dwi Reny Pramudita	1902054	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Post Op Close Fraktur Femur

Untuk melakukan studi penelitian sesuai dengan tujuan proposal penelitian yang telah ditetapkan.

Demikian Surat Permohonan dari kami. Atas perhatian dan kerjasamanya, kami ucapkan terima kasih.

Direktur,

Agus Sulistyowati, S. Kep, M.Kes



**PEMERINTAH KABUPATEN PASURUAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANGIL**

Jl. Raya Raci – Bangil Pasuruan Kode Pos 67153
Telp. (0343) 744900; 747789 Faks. (0343) 744940,747789



Bangil, 10 Januari 2020

Nomor : 445.1/103.16/424.072.01/2020
Lampiran : -
Hal : Persetujuan Pengambilan Kasus

Kepada
Yth. Direktur Akademi Keperawatan
Kerta Cendekia
Jl. Lingkar Timur Rangkah Kidul
SIDOARJO

Menindaklanjuti surat Saudara Nomor: C.3.5/3/D/XII/2019 tanggal 27 Desember 2019 perihal Pengambilan Kasus untuk KTI Mahasiswa atas nama:

Nama : DWI RENY PRAMUDITA
NIM : -
Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diagnosis Medis Post Op Close Fraktur Femur di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan.

maka pada prinsipnya kami **MENYETUJUI** yang bersangkutan untuk melakukan Pengambilan Kasus di RSUD Bangil selama 1 (satu) bulan terhitung tanggal 9 Januari – 8 Februari 2020.

Dengan ketentuan :

1. Mentaati ketentuan-ketentuan yang berlaku di RSUD Bangil.
2. Setelah berakhirnya penelitian wajib menyerahkan laporan hasil penelitian kepada Seksi Diklat RSUD Bangil.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerja sama Saudara diucapkan terima kasih.

A.n. DIREKTUR RSUD BANGIL
KABUPATEN PASURUAN
Kepala Bidang Penunjang

u.b.
Kasi Diklat

DIDIK MARIYONO, SKM.
Penata Tingkat I
NIP. 19680525 199203 1 012

Tembusan disampaikan kepada:

1. Kepala Ruang Melati
2. Yang bersangkutan.

IMFORMED CONSENT

Judul :“ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIAGNOSA MEDIS *POST OP CLOSED FRACTURE FEMUR* DI RSUD BANGIL PASURUAN”.

Tanggal pengambilan studi kasus Bulan Tahun

Sebelum tanda tangan dibawah, saya telah mendapatkan informasi tentang tugas pengambilan setudi kasus ini dengan jelas dari mahasiswa yang bernama **DWI RENY PRAMUDITA** proses pengambilan studi kasus ini dan saya mengerti semua yang telah dijelaskan tersebut.

Saya setuju untuk berpartisipasi dalam proses pengambilan studi kasus ini dan saya telah menerima salinan dari form ini.

Saya, Nona/Nyonya/Tuan dengan ini saya memberikan kesediaan setelah mengerti semua yang telah dijelaskan oleh peneliti terkait dengan proses pengambilan studi kasus ini dengan baik. Semua data dan informasi dari saya sebagai partisipan hanya akan digunakan untuk tujuan dari studi kasus ini.

Tanda tanganpartisipan

(..... Nu. Kustiri))

Tanda Tangan.....Saksi

(..... Ta. Taqo))

Tanda Tangan.....Peneliti

(..... Dwi Reny))

