# KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA SDR. B DIAGNOSA MEDIS *CLOSE FRAKTUR FEMUR 1/3 DEXTRA* DI RUMAH SAKIT**

**GOTONG ROYONG SURABAYA**

**untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S. Kep)**

**di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya**



**Oleh:**

**DESY NORSHILA. S.Kep**

**NIM. 2030023**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**2021**

# KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA SDR. B DIAGNOSA MEDIS *CLOSE FRAKTUR FEMUR 1/3 DEXTRA* DI RUMAH SAKIT**

**GOTONG ROYONG SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai salah satu syarat**

**untuk memperoleh gelar Ners (Ns)**

**a Keperawatan (S. Kep)di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya**



**Oleh:**

**DESY NORSHILA, S.Kep**

**NIM. 2030023**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**2021**

# SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa Karya Ilmiah Akhir ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya menyatakan benar. Bila ditemukan adanya plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

|  | **Surabaya, 19 Juli 2021**  **Penulis**  **Desy Norshila**  **NIM. 2030023** |
| --- | --- |

# HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah saya periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Desy Norshila, S.Kep

NIM : 2030023

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Mpada Sdr B Dengan Diagnosa Medis *Close Fraktur Femur ⅓ Dextra* di Rumah Sakit Gotong Royong Surabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui laporan Karya Ilmiah Akhir ini guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

**NERS (Ns.)**

**Pembimbing**

****

**Christina Yuliastuti, S.Kep,Ns.,M.Kep**

**NIP. 03017**

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 19 Juli 2021

# HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Desy Norshila

NIM : 2030023

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Dengan Diagnosa Medis *Close Fraktur Femur ⅓ Dextra*

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Ilmiah Akhir di Stikes Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “NERS” pada Prodi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya.

**Penguji I : Dwi Priyantini, S.Kep.Ns.,MSc** 

**NIP. 03006**

**Penguji II :Merina Widyastuti, S.Kep.,Ns., M.Kep**

**NIP. 03033**

**Penguji III : Christina Yuliastuti, S.Kep,Ns.,M.Kep **

**NIP. 03017**

**Mengetahui**

**STIKES Hang Tuah Surabaya**

**Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners**

****

**Ns. Nuh Huda,S.Kep , M.Kep., Sp. KMB**

**NIP. 03020**

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 19 Juli 2021

**SAMBUTAN KETUA STIKES HANG TUAH SURABAYA**

Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh.

Atas nama Pimpinan dan segenap civitas akademika Stikes Hang Tuah Surabaya memanjatkan puji syukur kehadirat Tuhan yang maha esa, atas penerbitan buku Pedoman Penyusunan Karya Ilmiah Akhir (KIA) bagi mahasiswa Program Studi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya tahun 2021.

Tujuan penerbitan buku ini adalah menjadi acuan penulisan KIA mahasiswa dan diharapkan dapat membantu mahasiswa dalam menyusun karya ilmiahnya yang dijadikan sebagai syarat Tugas Akhir pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners. Isi dari buku ini adalah pedoman penulisan sekaligus beberapa contoh yang sesuai dengan teknik penulisan ilmiah dengan metode studi kasus melalui proses keperawatan.

Kami berharap dengan penerbitan buku ini, berguna bagi mahasiswa, pembimbing ruangan serta dosen di lingkungan Stikes Hang Tuah Surabaya. Diharapkan juga mampu memacu dosen-dosen untuk lebih mengembangkan diri, menambah wawasan serta membuat karya ilmiah sebagai bagian dari tri dharma perguruan tinggi.

Akhirnya kepada penulis, saya ucapkan selamat dan terimakasih, semoga buku ini mampu memberikan manfaat bagi mahasiswa, dosen dan pembaca lainnya, serta sebagai sumbangsih pemikiran dalam peningkatan mutu pendidikan.

Wassalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh.

Surabaya, Juni 2021

Stikes Hang Tuah Surabaya

Ketua

TTD

Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes

NIP. 04014

# KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program pendidikan Profesi Ners.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis ini bukan hanya karena kemampuan penulis, tetapi banyak ditentukan oleh bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terimakasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Dr. Mardha Handiwidjaja,QIA,CMA direktur Rumah Sakit Gotong Royong Surabaya Surabaya yang telah memberi ijin dan lahan praktek untuk penyusunan karya tulis ilmiah.
2. Dr. A.V.Suhardinningsih, S Kp., M.Kes selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan pada kami untuk praktik di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Stikes Hang Tuah Surabaya. Dan dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
3. Bapak Ns, Nuh Huda, M,Kep., Sp.Kep,MB., selaku kepala program pendidikan profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusi
4. Christina Yuliastuti, S.Kep,Ns.,M.Kep Selaku pembimbing, yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah in
5. Dwi Priyantini, S.Kep.Ns.,M.Sc Selaku penguji I, yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
6. Merina Widyastuti, S.Kep.,Ns., M.Kep Selaku penguji II, yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
7. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo’a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 19 Juli 2021

Penulis

**DAFTAR ISI**

**HALAMAN JUDUL i**

**SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN ii**

**HALAMAN PERSETUJUAN iii**

**HALAMAN PENGESAHAN iv**

**KATA PENGANTAR v**

**DAFTAR ISI vi**

**DAFTAR TABEL ix**

**DAFTAR GAMBAR x**

**DAFTAR LAMPIRAN xi**

**BAB 1 PENDAHULUAN**

* 1. Latar Belakang 1
  2. Rumusan Masalah 3
  3. Tujuan 4
     1. Tujuan Umum 4
     2. Tujuan Khusus 4
  4. Manfaat 5
     1. Manfaat Teoritis 5
     2. Manfaat Praktis 5
  5. Metode Penulisan 6
     1. Metode 6
     2. Teknik Pengumpulan Data 6
  6. Sistematika Penulisan 7

**BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA**

* 1. Konsep Fraktur 9
     1. Anatomi sistem Muskuloskeletal 9
     2. Definisi 12
     3. Etiologi 13
     4. Klasifikasi 14
     5. Patofisiologi 17
     6. Pemeriksaan Fisik 18
     7. Manifestasi Klinis 18
     8. Komplikasi 19
     9. Pemeriksaan Penunjang 21
     10. WOC 22
     11. Penatalaksanaan 23
  2. Asuhan Keperawatan Penyakit 24
     1. Pengkajian 24
     2. Diagnosis dan Intervensi 28
     3. Pelaksanaan Rencana Keperawatan 32
     4. Evaluasi Keperawatan 32
  3. Mobilisas

Daftar pustaka

**BAB 3 TINJAUAN KASUS**

* 1. Pengkajian 33
     1. Data Dasar 33
     2. Pemeriksaan Fisik 36
     3. Data Penunjang 41
     4. Terapi Medis 42
  2. Analisa Data 43
  3. Masalah Keperawatan 45
  4. Rencana Keperawatan 46
  5. Implementasi dan Evaluasi 49

**BAB 4 PEMBAHASAN**

* 1. Pengkajian 58
  2. Pemeriksaan Fisik 60
  3. Diagnosa Keperawatan 62
  4. Intervensi Keperawatan 64
  5. Implementasi 66
  6. Evaluasi 68

**BAB 5 PENUTUP**

* 1. Simpulan 75
  2. Saran 76

**DAFTAR PUSTAKA** 78

LAMPIRAN 79

**DAFTAR TABEL**

Tabel 3.1 Hasil Laboratorium 41

Tabel 3.2 Terapi medis 42

Tabel 3.3 Analisa Data 43

Tabel 3.4 Masalah Keperawatan 45

Tabel 3.5 Rencana Keperawatan 46

Tabel 3.6 Implementasi dan Evaluasi 49

**DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2.1 Struktur Tulang 10

Gambar 2.2 WOC 23

Gambar 3.1 Genogram 36

**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 SOP Teknik Mengatasi Nyeri 79

Lampiran 2 Curiculum Vitaei 9

# BAB 1

**PENDAHULUAN**

* 1. **Latar Belakang**

Fraktur merupakan ancaman potensial maupun aktual terhadap integritas seseorang, sehingga akan mengalami gangguan fisiologis maupun psikologis yang dapat menimbulkan respon berupa nyeri. Nyeri pada fraktur menyebabkan pasien sulit untuk memenuhi *Activity Daily Living*. Nyeri terjadi karena luka yang disebabkan oleh patahan tulang yang melukai jaringan sehat (Kusumayanti, 2015). Pada dasarnya manusia tidak akan lepas dari fungsi muskuloskeletal terutama tulang yang menjadi alat gerak utama untuk manusia, tulang membentuk rangka penunjang dan pelindung bagian tubuh serta melekatnya otot – otot yang menggerakkan rangka tubuh. Namun fungsi ini dapat terganggu karena adanya fraktur atau terputusnya jaringan inkontinuitas (Mansjoer,2012).Pada kasus pasien dengan close fraktur femur membutuhkan penanganan dan perawatan dari tenaga kesehatan karena berbagai masalah keperawatan yang dapat muncul seperti nyeri, gangguan integritas jaringan, hambatan mobilitas fisik,resiko infeksi (Septiani,2015).

Berdasarkan fenomena yang ditemui penulis ada beberapa masalah keperawatan yang sering dijumpai masalah keperawatan dengan diagnosa Close fraktur ⅓ femur adalah nyeri akut, resiko infeksi, kerusakan integritas kulit.Fraktur juga dapat mengganggu kebutuhan dasar manusia misalnya kebutuhan fisiologis. Nyeri adalah masalah keperawatan yang sering ditemui penulis. Seseorang yang mengalami nyeri akan berdampak pada gangguan aktivitas sehari – hari seperti gangguan istirahat tidur, intoleransi aktivitas, personal hygiene, gangguan pemenuhan nutrisi (Perry, 2015) harapkan pasien fracture (yunuzul, 2014) Fraktur dapat menyebabkan komplikasi, morbiditas yang lama dan jugakecacatan apabila tidak mendapatkan penanganan yang baik (Padila, 2012). Komplikasiyang timbul akibat fraktur antara lain perdarahan, cedera organ dalam, infeksi luka, emboli lemak dan sindroma pernafasan. Banyaknya komplikasi yang ditimbulkancontohnya diakibatkan oleh tulang femur adalah tulang terpanjang, terkuat, dan tulang paling berat pada tubuh manusia dimana berfungsi sebagai penopang tubuh manusia. Selain itu pada daerah tersebut terdapat pembuluh darah besar sehingga apabila terjadi cedera pada femur akan berakibat fatal (Aryana, 2017)

Badan kesehatan dunia World *Health of Organization* (WHO) tahun 2019 menyatakan bahwa Insiden Fraktur semakin meningkat mencatat terjadi fraktur kurang lebih 15 juta orang dengan angka prevalensi 3,2%. Fraktur pada tahun 2018 terdapat kurang lebih 20 juta orang dengan angka prevalensi 4,2% dan pada tahun 2018 meningkat menjadi 21 juta orang dengan angka prevalensi 3,8% akibat kecelakaan lalu lintas (Mardiono dkk, 2018). Data yang ada di Indonesia kasus fraktur paling sering yaitu fraktur femur sebesar 42% diikuti fraktur humerus sebanyak 17% fraktur tibia dan fibula sebanyak 14% dimana penyebab terbesar adalah kecelakaan lalu lintas yang biasanya disebabkan oleh kecelakaan mobil, motor atau kendaraan rekreasi 65,6% dan jatuh 37,3% mayoritas adalah pria 73,8% (Desiartama & Aryana, 2018). Fraktur yang terjadi di Jawa Timur pada tahun 2016 sebanyak 1.422 jiwa, pada tahun 2017 sebanyak 2.065 jiwa, pada tahun 2018 sebanyak 3.390 jiwa yang mengalami kejadian fraktur (Riskesdas 2018)

Penyebab utama fraktur adalah peristiwa trauma tunggal seperti benturan, pemukulan,terjatuh, posisi tidak teratur atau miring, dislokasi, penarikan, kelemahan abnormal pada tulang(fraktur patologik) (Noorisa, 2016). Dampak lain yang timbul pada fraktur yaitu dapat mengalami perubahan pada bagian tubuh yang terkena cedera, merasakan cemas akibat rasa sakit dan rasa nyeri. Nyeri terjadi akibat luka yang mempengaruhi jaringan sehat. Nyeri mempengaruhi homeostasis tubuh yang akan menimbulkan stress, ketidaknyamanan akibat nyeri harus diatasi apabila tidak diatasi dapat menimbulkan efek yang membahayakan proses penyembuhan dan dapat menyebabkan kematian (Septiani, 2015). Seseorang yang mengalami nyeri akan berdampak pada aktivitas sehari-hari seperti gangguan istirahat tidur, intoleransi aktivitas, *personal hygiene*, gangguan pemenuhan nutrisi (Potter & Perry, 2015).

Penatalaksanaan pada fraktur dapat di lakukan dengan konsertif maupun operatif (pembedahan). Proses konservatif di lakukan dengan pemasangan gips dan traksi sedangkan proses pembedahan pada fraktur dengan ORIF (Open Reduction and Internal Fixation), fiksasi eksternal dan graf tulang (Solomon, 2018)Penatalaksanaan fraktur tersebut dapat mengakibatkan masalah atau komplikasi seperti kesemutan, nyeri, kekakuan otot bengkak atau edema serta pucat pada anggota gerak yang di operasi (Carpintero, 2016). Manajemen untuk mengatasi nyeri dibagi menjadi 2 yaitu manajemen *farmakologi* dan manajemen *non farmakologi*. Manajemen *farmakologi* dilakukan antara dokter dan perawat, yang menekankan pada pemberian obat yang mampu menghilangkan rasa nyeri, manajemen

Teknik relaksasi napas dalam merupakan salah satu metode manajemen nyeri non farmakologi. Penelitian yang dilakukan oleh Nurdin, Kiling, & Rottie (2013)didapatkan bahwa relaksasi napas dalam efektif dalam menurunkan nyeri pasca operasi fraktur. Penggunaan teknik relaksasi dalam periode pasca operasi akan mengurangi penggunaan analgesik pada pasien, mengurangi efek samping yang terkait dengan obat dan memastikan bahwa pasien akan merasa puas terhadap perawatan (Yaban, 2019)

Berdasarkan latar belakang dan data yang didapatkan, penulis tertarik untuk membuat Karya Tulis Ilmiah dengan kasus “Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Dengan Diagnosa Medis *Close Fraktur Femur Dextra*”

* 1. **Rumusan Masalah**

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit, maka mahasiswa akan melakukan kajian lebih lanjut dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut: “Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Medikal Bedah pada Sdr B Dengan Diagnosa Medis *Close Fraktur Femur 1/3 Dextra*?”.

* 1. **Tujuan Karya Tulis Ilmiah**

Mahasiswa mampu memberikan dan menerapkan asuhan keperawatan medikal bedah dengan diagnosa medis *Close Fraktur Femur 1/3 Dextra* di ruang rawat inap rumah sakit Gotong Royong Surabaya ?

* + 1. **Tujuan Umum**

Tujuan umum penelitian ini adalah mahasiswa mampu memberikan eperawatan medikal bedah dengan diagnosa medis *Close Fraktur Femur 1/3 Dextra* dengan proses keperawatan.

* + 1. **Tujuan Khusus**

Tujuan khusus pada penelitian ini adalah untuk mendapatkan pengalaman nyata dalam hal :

1. Melakukan pengkajian pada pasien Sdr. B diagnosa Medis *Close Fraktur Femur 1/3 Dextra*.di Rumah Sakit Gotong Royong Surabaya.
2. Melakukan analisa masalah, menegakan diagnosa keperawatan pada pasien Sdr. B diagnosa Medis *Close Fraktur Femur 1/3 Dextra*.di Rumah Sakit Gotong Royong Surabaya.
3. Menyusun perencanaan keperawatan yang sesuai dengan masalah keperawatan pada pasien Sdr. B diagnosa Medis *Close Fraktur Femur 1/3 Dextra*.di Rumah Sakit Gotong Royong Surabaya.
4. Melakukan implementasi keperawatan yang sesuai dengan perencanaan keperawatan pada pasien Sdr. B diagnosa Medis *Close Fraktur Femur 1/3 Dextra*.di Rumah Sakit Gotong Royong Surabaya.
5. Mengevaluasi asuhan keperawatan pada pasien Sdr. B diagnosa Medis *Close Fraktur Femur 1/3 Dextra*.di Rumah Sakit Gotong Royong Surabaya.
6. Mendokumentasikan tindakan keperawatan pada pasien Sdr. B diagnosa Medis *Close Fraktur Femur 1/3 Dextra*.di Rumah Sakit Gotong Royong Surabaya.
   1. **Manfaat Karya Tulis Ilmiah**
      1. **Manfaat teoritis**

Dari segi akademis dapat menambah ilmu dan wawasan agar perawat lebih mengetahui serta meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit untuk perawatan yang lebih bermutu dan profesional dengan melaksanakan asuhan keperawatan dengan diagnosa medis *Close Fraktur Femur 1/3 Dextra.*

* + 1. **Manfaat Praktis**

1. Bagi Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit

Hasil dari studi ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *Close Fraktur Femur 1/3 Dextra.*

1. Bagi Penulis

Hasil penelitian ini dapat dijadikan pilihan referensi untuk penulis berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan diagnosa medis *Close Fraktur Femur 1/3 Dextra.*

1. Bagi Profesi Keperawatan

Hasil karya tulis ilmiah ini dapat sebagai ilmu tambahan bagi profesi keperawatan terutama pada keperawatan medikal bedah dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *Close Fraktur Femur 1/3 Dextra.*

1. Bagi Keluarga dan Pasien

Studi kasus ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan penyuluhan pada keluarga dan pasien dengan diagnosa medis *Close Fraktur Femur Dextra* sehingga keluarga dan pasien mampu menggunakan pelayanan medis terdekat dan mampu melakukan perawatan dirumah dengan baik memberikan sumbangan pemikiran atau referensi dalam menerapkan asuhan keperawatan dan untuk meningkatkan mutu pelayanan yang lebih baik.

* 1. **Metode Penulisan**

**1.5.1 Metode**

Metode yang digunakan dalam karya tulis ilmiah akhir ini adalah dengan metode deskriptif dimana penulis mendeskripsikan satu objek tertentu yang diangkat sebagai sebuah kasus untuk dilakukan pengkajian secara mendalam yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan dan membahas data dengan studi pendekatan proses asuhan keperawatan yang dimulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan hingga evaluasi.

**1.5.2 Teknik Pengumpulan Data**

1. Wawancara

Data diperoleh dengan cara melalui percakapan dengan pasien, ibu pasien pasien maupun dari tim kesehatan lain.

1. Observasi

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

1. Pemeriksaan

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

**1.5.3 Sumber Data**

1. Data Primer

Data primer merupakan Data yang diperoleh dari hasil wawancara pasien dan pemeriksaan fisik pasien

1. Data Sekunder

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

1. Studi Kepustakaan

Yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis dan masalah yang dibahas, dengan sumber seperti buku, jurnal KTI yang relevan dengan judul penulis.

* 1. **Sistematika Penulisan**

Dalam studi kasus secara keseluruhan dibagi dalam 3 bagian, yaitu:

1. Bagian awal

Memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, persembahan, kata pengantar, daftar isi, daftar tabel, daftar gambar dan daftar lampiran.

1. Bagian Inti

Terdiri dari 5 bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini:

BAB 1 : Pendahuluan. Berisi tentang latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan, manfaat penelitian, metode penulisan dan sistematika penulisan.

BAB 2 : landasan teori. Berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa medis *Close Fraktur Femur Dextra*

BAB 3 : Asuhan keperawatan berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan,, pelaksanaan, dan evaluasi.

BAB 4 : Pembahasan. Berisi perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan serta asumsi.

BAB 5 : Kesimpulan dan saran. Berisi tentang kesimpulan dan saran dari karya tulis ilmiah.

1. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

# BAB 2

# TINJAUAN PUSTAKA

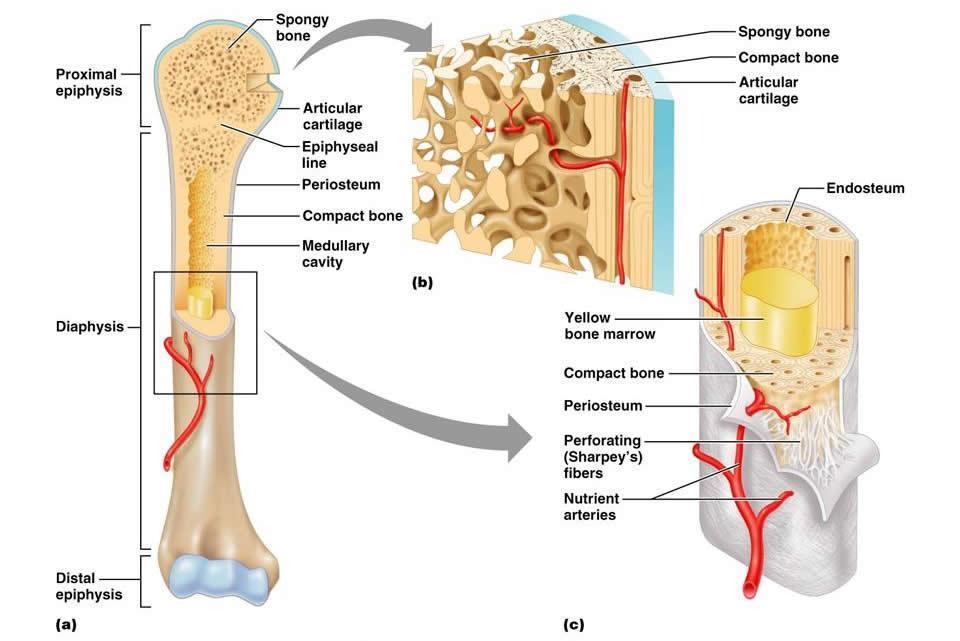
## Konsep Fraktur

## Anatomi Sistem Skeletal

1. Tulang

Sistem rangka adalah bagian tubuh yang terdiri dari tulang, sendi dan tulang rawan (kartilago) sebagai tempat menempelnya otot dan memungkinkan tubuh untuk mempertahankan sikap dan posisi. Tulang sebagai alat gerak pasif karena hanya mengikuti kendali otot. Akan tetapi tulang tetap mempunyai peran penting karena gerak tidak akan terjadi tanpa tulang. Tubuh kita memiliki 206 tulang yang membentuk rangka. Salah satu bagian terpenting dari sistem rangka adalah tulang belakang. Fungsi dari sistem skeletal/ rangka adalah :

1. Penyangga berdirinya tubuh, tempat melekatnya ligamen- ligamen, otot, jaringan lunak dan organ. Membentuk rangka yang berfungsi untuk menyangga tubuh dan otot-otot yang melekat pada tulang.
2. Penyimpanan mineral (kalsium dan fosfat) dan lipid (yellow marrow) atau hemopoesis.
3. Produksi sel darah (red marrow).
4. Pelindung yaitu membentuk rongga melindungi organ yang halus dan lunak, serta memproteksi organ-organ internal dari trauma mekanis.
5. Penggerak yaitu dapat mengubah arah dan kekuatan otot rangka saat bergerak karena adanya persendian

Berdasarkan struktur tulang, tulang terdiri dari sel hidup yang tersebar di antara material tidak hidup (matriks). Matriks tersusun atas osteoblas (sel pembentuk tulang). Sedangkan osteoblas membuat dan mensekresi protein kolagen dan garam mineral. Jika pembentukan tulang baru dibutuhkan, osteoblas baru akan dibentuk. Jika tulang telah dibentuk, osteoblas akan berubah menjadi osteosit (sel tulang dewasa). Sel tulang yang telah mati akan dirusak oleh osteoklas (sel perusakan tulang)

Gambar 1. Struktur Tulang

(Sumber : Marrieb, 2001)

1. Klasifikasi Tulang

Jaringan tulang berdasarkan jaringan penyusun dan sifat -sifat fisiknya dibedakan menjadi tulang rawan dan tulang sejati.

1. Tulang rawan

Tulang Rawan (kartilago) terdiri dari 3 macam yaitu

1. Tulang rawan hialin, bersifat kuat dan elastis terdapat pada ujung tulang pipa;
2. Tulang rawan fibrosa yaitu memperdalam rongga dari cawan-cawan (tulang panggul) dan rongga glenoid dari scapula;
3. Tulang rawan elastik yaitu terdapat dalam daun telinga, epiglotis, dan faring.

Proses pembentukan tulang telah bermula sejak umur embrio 6-7 minggu dan berlangsung sampai dewasa. Pada rangka manusia, rangka yang pertama kali terbentuk adalah tulang rawan (kartilago) yang berasal dari jaringan mesenkim. Kemudian akan terbentuk osteoblas atau sel-sel pembentuk tulang. Osteoblas ini akan mengisi rongga-rongga tulang rawan. Sel-sel tulang dibentuk terutama dari arah dalam keluar, atau proses pembentukannya konsentris. Setiap satuan-satuan sel tulang mengelilingi suatu pembuluh darah dan saraf membentuk suatu sistem yang disebut sistem Havers. Disekeliling sel-sel tulang terbentuk senyawa protein yang akan menjadi matriks tulang. Kelak di dalam senyawa protein ini terdapat pula kapur dan fosfor sehingga matriks tulang akan mengeras. Proses ini disebut osifikasi.

1. Tulang Sejati (osteon)

Tulang bersifat keras dan berfungsi menyusun berbagai sistem rangka. Permukaan luar tulang dilapisi selubung fibrosa (periosteum). Lapis tipis jaringan ikat (endotelium) melapisi rongga sumsum dan meluas ke dalam kanalikuli tulang kompak.Secara mikroskopis tulang terdiri dari beberapa komponen berikut ini.

1. Sistem Havers (saluran yang berisi serabut saraf, pembuluh darah, aliran limfe).
2. Lamella (lempeng tulang yang tersusun konsentris).
3. Lacuna (ruangan kecil yang terdapat di antara lempengan-lempengan yang mengandung sel tulang).
4. Kanalikuli (memancar di antara lakuna dan tempat difusi makanan sampai ke osteon).

## Definisi

Fraktur adalah terputusnya kontinuitas tulang dan ditentukan sesuai jenis dan luasnya. Fraktur atau patahan tulang adalah terputusnya kontinuitas jaringan tulang atau tulang rawan yang umumnya disebabkan karena rudapaksa. (Lukman dan Ningsi, Nurna, 2013)

Fraktur adalah suatu kondisi yang terjadi ketika keutuhan dan kekuatan dari tulang mengalami kerusakan yang disebabkan oleh penyakit invasif atau suatu proses biologis yang merusak (Kenneth *et al.,* 2015). Fraktur atau patah tulang disebabkan karena trauma atau tenaga fisik, kekuatan dan sudut dari tenaga tersebut, keadaan tulang dan jaringan lunak di sekitar tulang merupakan penentu apakah fraktur terjadi lengkap atau tidak lengkap (Astanti, 2017).

Fraktur adalah terputusnya hubungan suatu tulang atau tulang rawan yang disebabkan oleh kekerasan (E. Oerswari,2013). Fraktur femur adalah terputusnya kontinuitas batang femur yang bisa terjadi akibat trauma langsung (kecelakaan lalu lintas, jatuh dari ketinggian),Patah pada daerah ini dapat menimbulkan perdarahan yang cukup banyak, mengakibatkan penderita jatuh dalam syok (Muttaqin.2015). kesimpulan fraktur femur tertutup adalah terputusnya kontinuitas batang femur yang disebabkan oleh trauma benda keras namun patahan tulang itu tidak menembus kulit sehingga tidak berhubungan dengan udara luar (Suratun,2015).

## Etiologi

Fraktur dapat disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya adalah cedera, stress, dan melemahnya tulang akibat abnormalitas seperti fraktur patologis (Apleys & Solomon, 2018).

Menurut Purwanto (2016) Etiologi/ penyebab terjadinya fraktur adalah :

1. Trauma langsung

Terjadi benturan pada tulang yang menyebabkan fraktur

1. Trauma tidak langsung

Tidak terjadi pada tempat benturan tetapi ditempat lain,oleh karena itu kekuatan trauma diteruskan oleh sumbu tulang ke tempat lain.

1. Kondisi patologis

Terjadi karena penyakit pada tulang (degeneratif dan kanker tulang)

Umumnya fraktur disebabkan oleh trauma atau aktivitas fisik dimana terdapat tekanan yang berlebihan pada tulang. Penyebab dari fraktur adalah

1. Trauma langsung, terjadi pada tempat trauma (pukulan langsung, gaya meremuk)
2. Trauma tak langsung, tidak langsung, terjadi tidak pada tempat trauma (gerakan puntir mendadak, kontraksi otot ekstrim)

Trauma patologis, terjadi pada tulang yang mengalami kelainan (kista, neoplasma, osteoporosis). Fraktur lebih sering terjadi pada laki-laki daripada perempuan dengan umur dibawah 45 tahun dan sering berhubungan dengan olahraga, pekerjaan atau luka yang disebabkan oleh kecelakaan kendaraan bermotor (Muttaqin. 2014).

## Klasifikasi

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

1. Fraktur Terbuka

Adalah patah tulang yang menembus kulit dan memungkinkan adanya hubungan dengan dunia luar serta menjadikan adanya kemungkinan untuk masuknya kuman atau bakteri ke dalam luka. Berdasarkan tingkat keparahannya fraktur terbuka dikelompokkan menjadi 3 kelompok besar menurut klasifikasi (Gustillo dan Anderson, 2015) yaitu:

1. Derajat I

Kulit terbuka <1 cm, biasanya dari dalam ke luar, memar otot yang ringan disebabkan oleh energi rendah atau fraktur dengan luka terbuka menyerong pendek.

1. Derajat II

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

1. Derajat III

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

* 1. Derajat III A

Laserasi jaringan lunak yang luas, cakupan tulang yang memadai, fraktur segmental, pengupasan periosteal minimal.

* 1. Derajat IIIB

Cedera jaringan lunak yang luas dengan pengelupasan periosteal dan paparan tulang yang membutuhkan penutupan jaringan lunak; biasanya berhubungan dengan kontaminasi masif.

* 1. Derajat IIIC

Cedera vaskular yang membutuhkan perbaikan (Kenneth *et al*., 2015).

1. Fraktur Tertutup

Adalah patah tulang yang tidak mengakibatkan robeknya kulit sehingga tidak ada kontak dengan dunia luar. Fraktur tertutup diklasifikasikan berdasarkan tingkat kerusakan jaringan lunak dan mekanisme cedera tidak langsung dan cedera langsung antara lain:

* 1. Derajat 0

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

* 1. Derajat 1

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

* 1. Derajat 2

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

* 1. Derajat 3

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

Menurut Purwanto (2016) berdasarkan garis frakturnya dibagi menjadi :

1. Fraktur Komplet

Yaitu fraktur dimana terjadi patahan di seluruh penampang tulang biasanya disertai dengan perpindahan posisi tulang.

1. Fraktur Inkomplit

Yaitu fraktur yang terjadi hanya pada sebagian dari garis tengah tulang.

1. Fraktur Transversal

Yaitu fraktur yang terjadi sepanjang garis lurus tengah tulang.

1. Fraktur Oblig

Yaitu fraktur yang membentuk garis sudut dengan garis tengah tulang.

1. Fraktur Spiral

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

1. Fraktur Kompresi

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

1. Fraktur Kominutif

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

1. Fraktur Impaksi

Yaitu fraktur dengan salah satu irisan ke ujung atau ke fragmen retak.

Menurut Brunner & Suddarth, 2013, terdapat beberapa tipe fraktur yaitu:

1. Fraktur tertutup atau fraktur sederhana tidak menyebabkan robekan di kulit.
2. Fraktur terbuka,atau fraktur campuran atau fraktur kompleks merupakan patah dengan luka pada kulit atau membran mukosa meluas ke tulang yang fraktur. Fraktur terbuka diberi peringkat sebagai berikut,
3. Derajat I dengan luka bersih sepanjang kurang dari 1 cm
4. Derajat II dengan luka lebih luas dengan tanpa kerusakan jaringan lunak yang luas.
5. Derajat III dengan luka sangat terkontaminasi dan menyebabkan kerusakan jaringan lunak yang luas(tipe paling berat).

## Patofisiologi

Menurut Wahid (2013), Tulang bersifat rapuh namun cukup mempunyai kekuatan dan gaya pegas untuk menahan. Tapi apabila tekanan eksternal yang datang lebih besar dari yang diserap tulang, maka terjadilah trauma pada tulang yang mengakibatkan rusaknya atau terputusnya kontinuitas tulang. Setelah terjadi fraktur, periosteum dan pembuluh darah serta saraf dalam korteks, marrow dan jaringan lunak yang membungkus tulang rusuk. Perdarahan terjadi karena kerusakan tersebut dan terbentuklah hematoma di rongga medula tulang. Jaringan tulang akan segera berdekatan kebagian tulang yang patah. Jaringan yang mengalami nekrosis ini menstimulasi terjadinya respons inflamasi yang ditandai dengan vasodilatasi, eksudasi plasma, dan leukosit dan infiltrasi sel darah putih. Kejadian inilah yang merupakan dasar dari proses penyembuhan tulang nantinya

## Pemeriksaaan Fisik

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

1. *Look* : Pada fraktur terbuka terlihat adanya luka terbuka dengan deformitas yang jelas. Kaji seberapa luas kerusakan jaringan lunak yang terlibat. Kaji apakah pada luka terbuka pada ada fragmen tulang yang keluar dan apakah terdapatnya kerusakan pada jaringan beresiko meningkat pada respon syok hipovolemik. Pada fase awal trauma kecelakaan lalu lintas darat yang mengantarkan pada resiko tinggi infeksi. Pada fraktur tertutup sering ditemukan kehilangan fungsi deformitas, pemendekan ekstremitas atas karena kontraksi otot, krepitasi, pembengkakan, dan perubahan warna lokal pada kulit terjadi akibat ada trauma dan pendarahan yang mengikuti fraktur. Tanda ini dapat terjadi setelah beberapa jam atau beberapa setelah cedera.
2. *Feel* : adanya keluhan nyeri tekan dan krepitasi
3. *Move* : daerah tungkai yang patah tidak boleh digerakkan, karena akan memberi respon trauma pada jaringan lunak di sekitar ujung fragmen tulang yang patah (Muttaqin, 2015).

## Manifestasi Klinis

Menurut Lukman dan Ningsih, Nurna (2015) gejala umum yang dialami pasien dengan *close fraktur femur* adalah :

1. Pembengkakan : Edema muncul secara cepat dari lokasi darah dalam jaringan yang berdekatan dengan fraktur.
2. Deformitas : Daya tarik kekuatan otot yang menyebabkan fragmen tulang berpindah.
3. Nyeri : Disebabkan karena spasme otot berpindah tulang dari tempatnya dan kerusakan struktur di daerah yang berdekatan.
4. Krepitasi : bunyi gemeretak yang disebabkan akibat gesekan ujung-ujung tulang yang patah
5. Tenderness / keempukan
6. Terdapat trauma (kecelakaan lalu lintas, jatuh dari ketinggian atau jatuh di kamar mandi pada orang tua)
7. Kehilangan sensasi : mati rasa, mungkin terjadi dari rusaknya saraf / perdarahan.

.

## Komplikasi

Menurut Bima (2014) komplikasi yang didapatkan jika close fracture femur tidak tertangani dengan baik sebagai berikut :

1. Komplikasi awal
2. Kerusakan arteri

Pecahnya arteri karena trauma dapat ditandai dengan tidak adanya nadi, CRT menurun dan cyanosis pada bagian distal.

1. Sindrom kompartemen

Terjebaknya otot, tulang, saraf dan pembuluh darah dalam jaringan parut, yang disebabkan karena edema dan perdarahan yang menekan otot saraf dan pembuluh darah, atau karena tekanan dari luar seperti gips dan pembebatan yang terlalu kuat

1. Fat embolism syndrome

Sel lemak yang dihasilkan masuk ke aliran darah dan menyebabkan kadar oksigen dalam darah menjadi rendah, hal tersebut ditandai dengan gangguan pernapasan, takikardi, hipertensi, takipnea dan demam.

1. Infeksi

Dikarenakan oleh sistem pertahanan tubuh yang rusak pada trauma orthopedic, infeksi dimulai pada kulit dan masuk kedalam. Biasa terjadi pada open fracture atau penggunaan dalam pembedahan seperti orif, oref.

1. Syok

Terjadi karena kehilangan banyak darah dan meningkatnya permeabilitas kapiler sehingga menyebabkan oksigen menurun.

1. Komplikasi lanjut
2. Malunion adalah tulang yang patah telah sembuh dalam posisi yang tidak seharusnya, membentuk sudut atau miring.
3. Delayed union adalah proses penyembuhan yang terus berjalan tetapi dengan kecepatan yang lebih lambat setelah waktu 3 bulan untuk anggota gerak atas, 5 bulan untuk anggota gerak bawah.
4. Non union adalah tulang yang patah dapat menjadi komplikasi yang membahayakan bagi penderita

## Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan *X- Ray* / Rontgen

Pemeriksaan rontgen, menentukan lokasi, luasnya fraktur dan jenis fraktur

1. Pemeriksaan *CT Scan tulang*

Mengidentifikasi lokasi dan panjang tulang di daerah yang sulit dievaluasi

1. Pemeriksaan Laboratorium
2. Hitung darah lengkap, hematokrit dan leukosit mungkin meningkat atau menurun
3. Kreatinin, trauma otot meningkatkan beban kreatinin untuk klirens

## 2.1.10 WOC ( Web Of Caution )Kerangka masalah menurut (Carwin, 2009)



Gangguan fungsi ekstremitas

**Hambatan mobilitas fisik**

Deformatis



Metabolisme asam lemak

Bergabung dg trombosit

Melepaskan katekolamin



Pemasangan gips/ bebat

**Nyeri akut**

Luka operasi

Luka insisi

**Hambatan mobilitas fisik**

Tekanan sumsum tulang lebih tinggi dari kapiler

Trauma Tidak Langsung

Trauma Patologis

Trauma Langsung



Tindakan operatif

ffraktur

**Nyeri akut**



Kerusakan Fragmen Tulang

Perubahan jaringan sekitar

Pergeseran Fragmen tulang

Diskontuinitas Jaringan



Post bedah

Adanya perlukaan

****



Pergeseran fragmen

tulang

Protein plasma hilang

Pelepasan histamin

Peningkatan Tekanan Kapiler

Spasme otot



Putus Vena / arteri

Penyumbatan pembuluh darah

Penekanan pembuluh darah

Leserasi kulit

**Ketidakefektifan perfusi jaringan**

**Kerusakan integritas kulit**

**Resiko infeksi**

Emboli

Edema

Inflamasi bakteri

Perawatan luka tidak steril

perdarahan

**Resiko infeksi**

Gambar 2.1 pohon masalah klien dengan *post op close fracture femu**r*

27

**Resiko syok hipovolemik**

Kehilangan volume cairan

## Penatalaksanaan

Menurut (Muttaqin, 2014) Penatalaksanaan fraktur adalah sebagai berikut :

1. Rekognisi

Diagnosis dan penilaian fraktur

1. Reduksi

Mengembalikan atau memperbaiki bagian yang patah kedalam bentuk semula. Terdapat 2 jenis reduksi yaitu

1. Tertutup

Dilakukan pada fraktur yang sederhana sehingga dapat direposisi dari luar kemudian di fiksasi dengan gips atau splint.

1. Terbuka

Pembedahan orif/oref

1. Retention adalah imobilisasi
2. Rehabilitation

mengembalikan aktivitas fungsional secara maksimal

## 

## Asuhan Keperawatan Penyakit

## Pengkajian

Data yang diperoleh atau dikaji tergantung pada tempat terjadinya, jenis , dan penyebab trauma Adapun pengkajian keperawatan meliputi:

* + 1. Identitas pasien

Meliputi Nama, jenis kelamin laki-laki di usia produktif dikarenakan aktivitas seperti olahraga, pekerjaan dan sebagainya, sedangkan pada perempuan pada usia diatas 50 tahun dikarenakan kerusakan sendi seperti osteoporosis, usia laki-laki umumnya di bawah 45 tahun, sedangkan perempuan di atas 50 tahun , bahkan juga tidak menutup kemungkinan pada usia produktif atau pada anak, alamat, agama, bahasa yang digunakan, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan dimana pekerjaan yang berat seperti kuli bangunan, kurir sangat beresiko terjadi fraktur, golongan darah, nomor register, tanggal dan jam masuk rumah sakit (MRS), dan diagnosis medis.

* + 1. Keluhan utama

Pada umumnya keluhan utama pada kasus fraktur adalah rasa nyeri. Nyeri tersebut bisa akut atau kronik tergantung dan lamanya serangan. Untuk memperoleh pengkajian yang lengkap tentang rasa nyeri klien digunakan

P : *Provoking Incident*: faktor presipitasi nyeri.

Q : *Quality of Pain*: nyeri yang dirasakan atau digambarkan klien. seperti terbakar, berdenyut, atau menusuk.

R : *Region : radiation, relief*: apakah rasa sakit bisa reda, apakah rasa sakit menjalar atau menyebar, dan dimana rasa sakit terjadi.

S : *Severity (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: lama nyeri berlangsung.

* + 1. Riwayat Penyakit Sekarang

Pada Kaji kronologi terjadinya trauma yang menyebabkan patah tulang femur, pertolongan apa yang didapatkan, apakah sudah berobat ke dukun patah tulang, obat apa saja yang sudah di konsumsi.

* + 1. Riwayat penyakit dahulu

Pada pengkajian ini ditemukan kemungkinan penyebab fraktur dan memberi petunjuk berapa lama tulang tersebut akan menyambung. Penyakit-penyakit tertentu seperti kanker tulang yang menyebabkan fraktur patologis yang sering sulit untuk menyambung. Selain itu, penyakit diabetes dengan luka di kaki sangat beresiko terjadinya osteomielitis akut maupun kronik dan juga diabetes menghambat proses penyembuhan tulang

* + 1. Riwayat kesehatan keluarga

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

* + 1. Riwayat psikososial

Merupakan respons emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya dan peran klien dalam keluarga dan masyarakat serta respon atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-harinya baik dalam keluarga maupun dalam masyarakat

* + 1. Pemeriksaan fisik

Merupakan respons emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya dan peran klien dalam keluarga dan masyarakat serta respon atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-harinya baik dalam keluarga maupun dalam masyarakat

1. Keadaan umum

Menjelaskan tentang kesadaran penderita, kesakitan atau keadaan penyakit, dan TTV tidak normal karena gangguan fisik.

1. B1 (*Breathing*)

Menjelaskan tentang sistem pernafasan klien.

* 1. Inspeksi : bentuk dada klien nampak simetris kanan dan kiri, pola nafas teratur irama regular. Tidak terpasang alat bantu nafas O2. Retraksi otot bantu nafas tidak ada.
  2. Palpasi : Tidak Ada nyeri tekan. Vocal fremitus sama antara kanan dan kiri. Susunan ruas tulang belakang normal.
  3. Perkusi : Thorax didapatkan sonor.
  4. Auskultasi : Suara nafas vesikuler. Tidak ada bunyi nafas tambahan seperti wheezing atau ronchi. Biasanya sistem respirasi dalam keadaan normal.

1. B2 (*Blood*)

Menjelaskan tentang kardiovaskuler klien.

* 1. Inspeksi : Klien tidak ada cyanosis , clubbing finger tidak ada.
  2. Palpasi : Ictus cordis tidak teraba, tidak teraba pembesaran jantung, tidak terdapat nyeri dada, nadi meningkat atau tidak. CRT dapat kembali < 3 detik.
  3. Perkusi : Suara pekak .
  4. Auskultasi : Didapatkan bunyi irama regular. Pulsasi kuat posisi tidur, bunyi jantung s1 terdapat di ICS V garis midclavicula kiri terdengar lub dan s2 terdapat di ICS 2 garis sternalis kiri terdengar dub.

1. B3 (*Brain*)

Menjelaskan kesadaran klien, ada tidaknya gangguan persarafan pada klien.

Inspeksi : Kesadaran klien baik/ composmentis. Orientasi klien baik (klien dapat mengenali waktu, dan tempat). Klien kadang mengeluh pusing tapi klien tidak mengalami kejang, kaku kuduk(-), brudsky (-). Babinski(-), nyeri kepala ataupun kelainan dari nervus cranialis yang lainnya.

1. B4 (*Bladder*)
   1. Inspeksi : Kaji oliguria, anuria, adanya retensi urin, rasa sakit atau panas saat berkemih. Didapat bentuk alat kelamin normal, kebersihan alat kelami bersih, urin bau khas warna kuning.
   2. Palpasi : Tidak ada masa atau nyeri tekan.
2. B5 (Bowel)
3. Inspeksi : Keadaan mulut bersih, mukosa lembab, kebiasaan bab klien tidak ada masalah.
4. Palpasi : Keadaan abdomen tegang atau tidak, turgor kulit kembali < 3 detik .
5. Perkusi : Suara timpani ada pantulan gelombang cairan.
6. Auskultasi : Peristaltik usus normal kurang lebih 20x/menit.
7. B6 (*Bone*)
   1. Inspeksi : Kemampuan pergerakan sendi dan tungkai terbatas. Kulit sedikit kotor pada area luka post op, terdapat pembengkakan atau tidak, terdapat perubahan warna pada lokasi luka post op.
   2. Palpasi : Kelembaban kulit lembab, akral hangat, turgor kulit dapat kembali < 3 detik atau menurun di sekitar fraktur, kekuatan otot tangan dan kaki klien maksimal atau tidak. Aktifitas klien di bantu oleh keluarga karena klien post operasi harus menggunakan alat bantu seperti krek atau jagrak untuk menopangnya.

## Diagnosa dan Intervensi

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Trauma). SDKI 2016 D.0077 (Kategori : Psikologi Subkategori : Nyeri dan Kenyamanan)
2. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional/ kurang terpapar informasi SDKI 2016 D.0080 (Kategori: Psikologi Subkategori: integritas Ego)
3. Resiko Infeksi berhubungan dengan Efek Prosedur Invasif SDKI 2016 D.0142 (Kategori: Lingkungan Sub Kategori: Keamanan dan Proteksi)
4. Gangguan mobilitas fisik b.d Nyeri SDKI 2016 D.0054 Kategori: Fisiologis Sub Kategori: Aktivitas dan istirahat

Diagnosa 1 : Nyeri akut b.d prosedur pembedahan, pembengkakan dan imobilisasi.

Tujuan dan kriteria hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam nyeri dapat berkurang dengan kriteria hasil :

1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri)
2. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)
3. skala nyeri 1-3
4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang
5. Tanda vital dalam batas normal

Intervensi

1. Jelaskan pada klien dan keluarga tentang penyebab nyeri Rasional : Menambah pengetahuan pasien dan keluarga tentang nyeri
2. Ajarkan pasien tentang teknik distraksi relaksasi dengan cara mengajak berbicara, mendengarkan musik dsb, dan nafas dalam, mencium aroma terapi lalu hembuskan melalui mulut secara perlahan
3. Rasional : Melaksanakan tindakan dependen perawat untuk mengurangi rasa nyeri dan membantu menurunkan ketegangan otot sehingga dapat mengurangi rasa nyeri dan stres.
4. Kaji skala nyeri

Rasional : untuk mengetahui terapi selanjutnya

1. Posisikan pasien senyaman mungkin atau semi fowler

Rasional : memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya pernapasan

1. Observasi tanda-tanda vital

Rasional : peningkatan tekanan darah dan nadi dapat mengindikasikan penyakit kronis

1. Berikan analgetik, Kolaborasi dengan tim dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil.

Rasional : untuk mengurangi rasa nyeri atau mengantisipasi lebih awal bila timbul nyeri.

Diagnosa 2 : Hambatan mobilitas fisik b.d luka pasca bedah

Tujuan dan kriteria hasil :Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik dapat meningkat atau optimal dengan kriteria hasil

1. Dapat melakukan aktivitas secara mandiri
2. Klien mampu menggunakan alat gerak
3. Kekuatan otot klien meningkat
4. Klien mampu mobilisasi dengan bantuan minima

Intervensi :

1. Bina hubungan saling percaya

Rasional : Tercipta rasa percaya antara perawat dengan klien

1. Tingkatkan aktivitas klien sampai kemampuan

Rasional : Menghindari aktivitas yang berlebihan, sehingga berakibat fatal

1. Bantu klien untuk merawat diri sendiri dan pemenuhan kebutuhan dasar

Rasional : Dilakukan dengan maksud untuk memenuhi kebutuhan dasar klien

1. Ajarkan klien untuk berlatih menggunakan alat bantu Rasional : Supaya klien berjalan dengan menggunakan alat bantu
2. Kosultasi dengan tim dokter dan kolaborasi dengan fisioterapi untuk kolaborasi

Rasional : Konsultasi dan kolaborasi untuk menjalankan kerjasama dan tidak terjadi komplikasi

Diagnosa 3 :Resiko tinggi infeksi yang berhubungan dengan agen infeksi, perawatan luka yang salah

Tujuan dan kriteria hasil : Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tidak terjadi infeksi dengan Kriteria hasil :

1. Pasien bebas dari tanda dan gejala infeksi
2. Luka post op tampak bersih
3. Jumlah leukosit dalam batas normal

Intervensi :

1. Kaji adanya tanda-tanda terjadinya infeksi

Rasional : perawat harus memantau apabila terjadi peningkatan nyeri, edema dan demam

1. Lakukan perawatan luka secara steril

Rasional : teknik perawatan luka secara steril dapat mengurangi kontaminasi kuman

1. Pantau atau batasi kunjungan

Rasional : mengurangi resiko kontak infeksi dengan orang lain

1. Bantu perawatan diri dan keterbatasan aktivitas sesuai toleransi Rasional : menunjukan kemampuan secara umum dan merangsang pengembalian sistem imun
2. Kolaborasi pemberian antibiotik sesuai indikasi dan periksa HDL Rasional : satu atau beberapa agenis di berikan yang bergantung pada siifat pathogen dan infeksi yang terjadi, Leukosit yang meningkat pertanda terjadinya infeksi

## Pelaksanaan rencana keperawatan

Kegiatan atau tindakan yang diberikan kepada pasien sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan, tetapi menutup kemungkinan akan menyimpang dari rencana yang ditetapkan tergantung pada situasi dan kondisi pasien.

## Evaluasi Keperawatan

Dilaksanakan suatu penilaian terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan atau dilaksanakan dengan berpegang teguh pada tujuan yang ingin dicapai. Pada bagian ini ditentukan apakah perencanaan sudah tercapai atau belum, dapat juga tercapai sebagaian atau timbul masalah baru

**2.3 MOBILISASI**

**2.3.1 Definisi mobilisasi dini**

Mobilisasi adalah kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas, mudah dan teratur yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehat. Setiap orang butuh untuk bergerak.Kehilangan kemampuan untuk bergerak menyebabkan ketergantungan,keadaan ini jelas membutuhkan tindakan keperawatan. Mobilisasi diperlukan untuk meningkatkan kemandirian diri, meningkatkan kesehatan, memperlambat proses penyakit (Mubarak, Indrawati, & Susanto, 2015).

Menurut (Ignatavicius, Workman, & Rebar, 2016) mobilisasi adalah kemampuan individu untuk melakukan gerakan fisik yang disengaja dari tubuh. ketika seseorang mampu bergerak, dia biasanya mampu melakukan aktivitas hidup sehari-hari / activity daily living(adl) seperti makan, berpakaian, dan berjalan. Kemampuan ini terutama tergantung pada fungsi sistem saraf pusat dan perifer dan sistem moskuloskeletal dan kadang-kadang disebut sebagai kemampuan fungsional.

mobilisasi dini pasca operasi merupakan proses aktivitas yang dilakukan setelah operasi, dimulai dari latihan ringan diatas tempat tidur sampai dengan bisa turun dari tempat tidur, berjalan ke kamar mandi dan berjalan ke luar kamar (Brunner & Suddarth, 2002). Mobilisasi dini juga dapat didefinisikan sebagai suatu pergerakan, posisi atau adanya kegiatan yang dilakukan pasien setelah operasi. Menurut (Carpenito, 2000) mobilisasi dini merupakan suatu aspek terpenting pada fungsi fisiol ogis karena hal itu esensial untuk mempertahankan kemandirian. Konsep mobilisasi dini sendiri sebenarnya adalah untuk mencegah komplikasi pasca operasi.

**2.3.2 Tujuan mobilisasi**

Tujuan mobilisasi adalah memenuhi kebutuhan dasar (termasuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari dan aktivitas rekreasi), mempertahankan diri (melindungi diri dari trauma), mempertahankan konsep diri, mengekspresikan emosi dan gerakan tangan nonverbal. Adapun tujuan dari mobilisasi adalah sebagai berikut :

1. Mempertahankan fungsi tubuh dan menccegah kemunduran serta mengembalikan rentang gerak aktivitas tertentu sehingga penderita dapat kembali normal atau setidak-tidaknya dapat memenuhi kebutuhan sehari-hari
2. Memperlancar peredaran darah
3. Membantu pernapasan menjadi kuat
4. Mempertahankan tonus otot, memelihara, dan meningkatkan pergerakan dari persendian
5. Memperlancar eliminasi alvi dan urine
6. f. Melatih atau ambulasi (Mubarak, Indrawati, & Susanto, 2015)

**2.3.3 Manfaat mobilisasi**

Menurut Mubarak (2015) manfaat mobilisasi dini adalah sebagai beikut:

a. Meningkatkan kecepatan dan kedalaman pernafasan

1) Mencegah atelektase dan pnemoni hipostatis

2) Meningkatkan kesadaran mental dampak dari peningkatan oksigen ke otak

b. Meningkatkan sirkulasi peredaran darah

1) Nutrisi untuk penyembuhan mudah didapat pada daerah luka

2) Dapat mencegah thrombophlebitis

3) Meningkatkan kelancaran fungsi ginjal

4) Mengurangi rasa nyeri

c. Meningkatkan berkemih untuk mencegah retensi urin

d. Meningkatkan metabolism

1) Mencegah berkurangnya tonus otot

2) Mengembalikan keseimbangan nitrogen

e. Meningkatkan peristaltik

1) Memudahkan terjadinya flatus

2) Mencegah distensi abdominal dan nyeri akibat gas

3) Mencegah konstipasi

4) Mencegah ileus paralitik

**2.3.4 Faktor yang mempegaruhi**

1. Gaya Hidup

Mobilisasi seseorang dapat dipengaruhi oleh latar belakang budaya, nilai-nilai yang dianut, dan lingkungan tempat ia tinggal (masyarakat).

1. Ketidakmampuan

Kelemahan fisik dan mental dapat menghalangi seseorang untuk melakukan aktivitas kebutuhan hidup sehari-hari. Secara umum, terdapat dua jenis ketidakmampuan yaitu ketidakmampuan primer dan sekunder. Ketidakmampuan primer disebabkan oleh penyakit atau trauma, sementara ketidakmampuan sekunder terjadi akibat dampak dari ketidakmampuan primer.

1. Tingkat Energi

Energi sangat dibutuhkan dalam mobilisasi. Dalam hal ini,cadangan energi yang dimiliki masing-masing individu cukup bervariasi. Disamping itu, ada kecenderungan seseorang untuk menghindari stressor guna mempertahankan kesehatan fisik dan psikologis.

1. Usia

Usia dangat berpengaruh terhadap kemampuan seseorang dalam melakukan mobilisasi. Pada individu dengan usia lanjut kemampuan untuk melakukan aktivitas dan mobilisasi menurun

1. Neuromuskular Sistem neuromuskular yang memengaruhi mobilisasi adalah sistem otot, skeletal, ligamen tendon, kartilago dan saraf. Otot skeletal mengatur gerak tulang karena adanya kemampuan otot untuk berkontraksi dan relaksasi yang bekerja sebagai sistem pengungkit. Terdapat dua tipe kontrakasi otot yaitu kontraksi isotonik dan isometrik

**2.3.5 Rentang gerak mobilisasi**

Terdapat 3 rentang gerak dalam mobilisasi menurut Carpenito (2000) dalam Mubarak (2015), yaitu :

a. Rentang gerak pasif

Rentang gerak pasif berguna untuk menjaga kelenturan otot-otot dan persendian dengan menggerakkan otot orang lain secara pasif. Misalnya perawat mengangkat dan menggerakkan kaki pasien.

b. Rentang gerak aktif

Rentang gerak aktif berguna untuk melatih kelenturan dan kekuatan otot serta sendi dengan menggunakan ototnya secara aktif, misalnya pasien yang berbaring di tempat tidur menggerakkan kakinya sendiri

c. Rentang gerak fungsional

Rentang gerak fungsional berguna untuk memperkuat otot-otot dan sendi dengan melakukan aktifitas yang diperlukan.

**2.3.6 Tahapan mobilisasi pasca operasi**

Tahapan mobilisasi pasca operasi menurut Mochtar (1998) dalam

(Setiadi, 2017) yaitu :

a. 6-10 jam setelah pembedahan pasien dapat melakukan :

1) Latihan pernafasan sambari tidur terlentang dan diulangi sebanyak 3 kali

2) Menggerakkan lengan dari posisi disamping tubuh ke posisi disamping kepala sehingga membentuk sudut 180°kemudian mengembalikannya ke posisi semula dan diulangi sebanyak 3 kali pada masing-masing kedua lengan

3) Menggerakkan lengan tangan kesamping badan sehingga membantuk sudut 90 ° kemudian kembalikan kesamping badan diulangi sebanyak 3 kali pada masing masing kedua

lengan

4) Menggerakkan tungkai kaki ke atas kemudian mengembalikannya keposisi semuladiulangi sebanyak 3 kali pada masing-masing tungkai

5) Menggerakkan tungkai kaki ke arah samping hingga 30 °-50 ° kemudian mengembalikannya keposisi semula, lakukan sebanyak 3 kali pada masing-masing tungkai

6) Pasien miring ke kanan dan ke kiri masing masing selama 2 jam

b. Hari ke 2, pasien dapat didudukkan selama 5 menit dan diminta untuk nafas sedalam dalamnya lalu dihembuskan disertai batuk- batuk kecil yang berguna untuk melonggarkan pernafasan dan sekaligus menumbuhkan kepercayaan pada diri pasien bahwa ia mulai pulih. Kemudian posisi tidur terlentang dirubah menjadi setengah duduk (posisi semifowler)

c. Hari ke3-5, pasien dianjurkan untuk belajar duduk selama sehari, belajar berjalan dan kemudian berjalan sendiri

**3.7 Dampak bila tidak di lakukan mobilisasi**

Mubarak (2008) mengatakan terdapat beberapa dampak jika seseorang tidak melakukan mobilisasi. Dampak tersebut antara lain :

a. Dampak pada sistem moskuloskeletal

Dampak yang akan muncul pada sistem moskuloskeletal jika mobilisasi tidak dilakukan antara lain atrofi, kontraktur, osteoporosis dan kekakuan serta nyeri pada sendi yang dapat menyebabkan hambatan pergerakan.

b. Dampak pada sistem respirasi

Pada sistem respirasi jika mobilisasi tidak dilakukan akan menyebabkan penurunan gerak pernapasan, penumpukan sekret, elektasis dan penurunan kapasitas vital. c. Dampak pada sistem perkemihanSalah satu dampak tidak dilakukannya mobilisasi pada sistem perkemihan antara lain meningkatkan terjadinya infeksi saluran kemih. Hal ini dapat terjadi karna pasien hanya terlentang di tempat tidur tanpa melakukan pergerakan, sehingga urin tidak dapat melwati ureter dengan baik dan justru banyak tertampung di pelvis renalis.

d. Dampak pada sistem gastrointestinal

Terdapat 3 fungsi sistem pencernaan yang akan terganggu ketika seseorang tidak melakukan mobilisasi pasca bedah, 3 fungsi tersebut yaitu fungsi ingetis, digestis dan eliminasi. Salah satu contoh masalah yang umum ditemui adalah konstipas

# BAB III

# TINJAUAN KASUS

## Pada bab 3 ini penulis akan menggambarkan tentang gambaran nyata pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Close Fracture 1/3 Femur Dextra, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 1 Desember 2020 sampai dengan 3 Desember 2020 dengan data pengkajian pada tanggal 1 Desember 2020 pukul 08.00 WIB. Pasien MRS pada tanggal 30 November 2020 pukul 09.00 WIB di Ruang rawat Inap Rumah Sakit Gotong Royong . Anamnesa diperoleh dari pasien dan file No. Register 20-30-xx sebagai berikut

## Pengkajian

## Data Dasar

## Identitas

Pasien adalah seorang laki - laki Sdr B (16 tahun), beragama Islam, Jawa/Indonesia,pasien masih sebagai pelajar , bahasa yang digunakan adalah bahasa jawa, belum menikah, pasien tinggal bersama kedua orang tuanya dan 2 saudara perempuan . Pasien adalah anak ke 3 dari 3 bersaudara No register 20-30-xx. Pasien dirawat dengan diagnosa medis *Close fracture femur 1/3 D*. Penanggung jawab biaya adalah BPJS kelas I. Pasien masuk di Rumah Sakit Gotong Royong melalui IGD Pada tanggal 30-11-2020 pukul 09.00 WIB, Masuk di ruang rawat inap pada tanggal 30-11-2020 pukul 12.00 WIB dan dilakukan pengkajian pada tanggal 01-12-2020 pukul 08.00 WIB.

## Alasan Kunjungan ke Rumah Sakit

Pasien mengalami kecelakaan lalu lintas dan membutuhkan penanganan lebih lanjut

## Keluhan Utama

Sdr B mengeluh nyeri pada kaki kanan, nyeri seperti tertusuk-tusuk pada pertengahan paha, skala nyeri 6- 7 yang dirasa, nyeri semakin bertambah saat kaki dibuat gerak

## Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien mengatakan pada tanggal 30 nov 2020 jatuh dari sepeda motor di daerah Buduran , menabrak mobil yang tiba-tiba di berhentikan oleh polisi, saat jatuh sdr B Mual-, muntah -, pusing-, nyeri paha kanan +, Kejadian kurang lebih jam 09.00 WIB pagi. Kemudian di bawa ke IGD Rumah Sakit Gotong Royong pada jam 11.10 WIB untuk dilakukan tindakan medis lebih lanjut. Hasil TTV pasien TD : 128/80 mmHg, Suhu : 36,20C, Nadi : 82 x permenit, RR: 20 x permenit, SPO2: 99%. Terpasang cairan infus nacl 14 tpm,dam drip dynastat 1 x 4mg kemudiandilakukan X ray femur dextra, dan dilakukan pemasangan bidai kemudian didapatkan adanya fraktur di femur 1/3 D, dikonsulkan ke dr spesialis orthopedi dan disarankan untuk operasi advice dokter orthopedi di lakukan pemeriksaan swab pcr + antigen untuk menentukan kamar rawat inap, lab darah lengkap dan thorax foto

Kemudian ditransfer ke ruang rawat inap untuk dilakukan asuhan keperawatan, dan observasi, dan rencana selanjutnya yaitu operasi orif femur D, di rawat inap diberikan terapi injeksi ceftriaxone 3 x 1 gr, dynastat 2 x 40 mg, injeksi ranitidin, dan menunggu hasil swab untuk persiapan operasi

Pada saat pengkajian tanggal 1 des 2021 pasien mengeluhnyeri dan cemas terhadap operasi dan takut jika tidak dapat berjalan lagi.Sdr B mengatakan nyeri pada paha kanan dengan spesifikasi PQRST sebagai berikut. P : nyeri disebabkan oleh fraktur femur 1/3 tengah D, Q : Nyeri seperti di tusuk - tusuk, R : Lokasi nyeri terdapat pada paha kanan S: 6-7 sedang- berat T: nyeri dirasakan saat bergerak.

## Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien Mengatakan tidak pernah mengalami fraktur sebelumnya, pasien juga tidak pernah menderita penyakit yang menular atau pun menurun seperti Hipertensi, Diabetes Militus, Asma, Jantung

## Riwayat penyakit keluarga

Di keluarga pasien tidak ada yang mengidap penyakit menular atau menurun seperti diabetes mellitus, hipertensi, maupun fractur sebelumnya

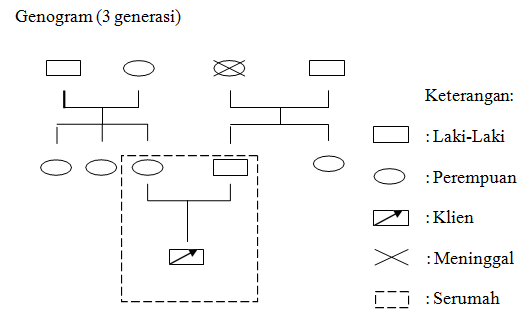
## Riwayat Alergi

Pasien tidak mempunyai riwayat alergi makanan maupun obat-obatan

## Keadaan Umum

Kesadaran 456 composmentis, Nadi 86x/mnit, Suhu : 36,7 C Lokasi axila, RR: 18x/mnt, Tensi : 110/80 mmHg, pasien tampak kesakitan

## Genogram

****

## Pemeriksaan Fisik

1. B1 : Breath / Pernafasan

Bentuk dada normochest, tidak ada penggunaan otot bantu nafas tambahan, irama nafas reguler, suara nafas vasikuler, pergerakan dada simetris, tidak terdengar suara nafas tambahan, RR: 18x/mnt, pasien tidak batuk

1. B2 / Blood / Sirkulasi

Ictus cordis berada pada mid claikula sinistra ICS 5, tidak ada nyeri dada, tidak ada nyeri tekan, irama jantung reguler, bunyi jantung S1, S2 tunggal. Tidak ada sianosis, akral lembab merah kering, tidak ada edema, nadi 86x/mnt, TD: 110/80 mmHg.

1. B3/Brain/persarafan

GCS 456: Refleks fisiologis, bisep +/+, trisep +/+, patela +/+, Refleks,Patologis Babinski-/-, kernik-/-, kaku kuduk -/-,N I: pasien mampu membedakan bau, NII : lapang pandang normal, NIII : pupil isokor, bola mata normal,NIV : gerakan bola mata normal, NV: sensorik dan motorik normalNVI: pasien mampu melihat ke kanan dan ke kiri, NVII: wajah simetris, NVIII: telinga dex. Sin. Mampu mendengar, N IX: uvula simetris, tidak ada benjolan, NX : mampu menelan, NXI: mampu menoleh, NXII: bisa bergerak bebas, tidak ada nyeri kepala, bentuk hidung normal, tidak di temukan kelainan pada septum, pupil : isokor reflek ,cahaya +/+, diameter pupil 3mm/3mm, konjungtiva tidak tampak anemis, gerakan mata simetris, sklera tidak ikterus, pasien tidak menggunakan alat bantu penglihatan. Bentuk hidung simetris, septum terletak ditengah, tidak ada nyeri tekan, pasien tidak memiliki riwayat sinusitis, pasien tidak memiliki riwayat polip. Pasien mengatakan tidak memililki alergi pada debu, udara dan cuaca. Gigi bersih, tidak terdapat caries pada gigi, gusi bersih dan berwarna merah muda. Tidak ada nyeri telan, tidak ada pembengkakan pada faring dan tonsil, tidak ada sariawan, pasien dapat membedakan rasa manis, asin, asam dan pahit

1. B4/Bledder/ Perkemihan

Sebelum MRS Pasien mengatakan kencing 4-5 x/hari, warna kuning jernih. Pasien mengatakan tidak ada keluhan saat Bak.

Saat MRS kebersihan pasien terjaga, tidak ada pembesaran kandung kemih, tidak terdapat oedem, intake cairan:1000 cc/24 jam, output cairan: 950/24 jam cc, tidak terdapat nyeri tekan.

1. B5/ Bowel/ Pencernaan

Mulut tampak bersih, px tidak menggunakan gigi palsu, membran mukosa lembab, SMRS pasien mengatakan tidak ada pembatasan makanan, saat MRS px mengkonsumsi diet RS px selalu menghabiskan makanan dari RS, mual muntah tidak ada, tidak mengalami nyeri telan, tidak ada hemoroid, eliminasi alvi normal,

SMRS pasien BAB 1 x/hari, warna kuning kecoklatan, bau khas feses, konsistensi padat lembek. Pasien mengatakan tidak ada keluhan saat BABSaat MRS Pasien mengatakan tidak ada perubahan pada pola BAK nya selama di rumah sakit, normal seperti saat dirumah

1. B6 / Bone/ Musculoskeletal dan Integumen

Kemampuan pergerakan sendi dan tungkai (ROM): pada tangan kiri terbatas. Tangan kiri Terpasang infus, ekstremitas kaki kanan terpasang bidai, terdapat luka di berbagai bagian kaki dan tanggan

Kekuatan otot 5555 5555

1111 5555

Kaki terbalut bidai, tidak ada dislokasi, adanya fracture femur 1/3 Dextra, tidak ada deformitas dan krepitasi, Kebersihan kulit bersih, turgor kulit elasis, CRT <2dtk, warna kulit putih bersih, tidak ada luka pada kulit, ada luka di kaki dan tangan luka lecet, tidak di dapatkan tanda - tanda kompartemen syndrome

1. Sistem Endokrin

Tidak terdapat pembesaran kelenjar thyroid, tidak Terdapat hiperglikemi

1. Sistem Reproduksi

Pasien seorang laki – laki,belum menikah,tidak ada maslah seksusal

1. Kemampuan perawatan diri

|  | SMRS | MRS |
| --- | --- | --- |
| Mandi | 1 | 3 |
| Berpakaian | 1 | 3 |
| Eliminasi | 1 | 3 |
| Mobilisasi | 1 | 3 |
| Berpindah | 1 | 3 |
| Berjalan | 1 | 3 |
| Naik tangga | 1 | 3 |

1. Personal Hygiene

|  | SMRS | MRS |
| --- | --- | --- |
| Mandi | mandiri | Perlu di bantu |
| Keramas | mandiri | Perlu di bantu |
| Ganti pakaian | mandiri | Perlu di bantu |
| Menyikat gigi | mandiri | Perlu di bantu |
| Memotong kuku | mandiri | Perlu di bantu |

1. Istirahat Tidur

Istirahat tidur SMRS : 7 jam (22.00- 05.00) tidur tidak ada gangguan, px tidak pernah tidur siang

Istirahat tidur SMRS : 7 jam (22.00- 05.00) pasien sering terbangun karena nyeri, posisi tidur tidak nyaman karena menggunakan bidai dan tidak terbiasa di tempat baru

1. Kognitif perseptual- Psiko- sosial-spiritual

Persepsi terhadap sehat sakit: bagi pasien kesehatan adalah kebahagiaan tersendiri karena pada saat sehat pasien dapat melakukan aktivitas sehari-hari tanpa adanya gangguan ,karena saat sakit pasien tidak bisa beraktifitas hanya bedrest saja

Konsep diri:

Pasien merupakan pelajar anak sma

Peran : sebagai anak dari 3 bersaudara

Harga diri : pasien menyukai semua bagian tubuhnya

Gambaran diri : takut jika operasi tidak dapat berjalan kembali

Ideal diri: pasien ingin cepat sembuh dan kembali berkumpul dengan temannya

Pasien tampak cemas,apkakah setelah operasi bisa berjalan kembali

## Data Penunjang

1. Laboratorium :

Tanggal: 30-11- 2020

| Pemeriksaan | Hasil | Nilai normal |
| --- | --- | --- |
| WBC (Leukosit) | 16,23 | 4,50-13,00/uL |
| RBC (Eritrosit) | 4,2 | 4.2-6.1/uL |
| HGB (Hemoglobin) | 12,5 | 12,1-18 g/dL |
| HCT | 36,4 | 37,0-52,0% |
| PLT (Trombosit) | 382 | 156-408/uL |
| MCV | 87,1 | 79,0-99,0 fl |
| MCH | 29,9 | 27,0-31,0 pg |
| MCHC | 34,3 | 33,0-37,0 g/dL |
| RDW-SD | 39,0 | 35,0-47,0 fl |
| RDW-CV | 12,7 | 11,5-14,5% |
| PDW | 10,1 | 9,0-13,0 fl |
| MPV | 9,0 | 9,0-17,0 fl |
| P-LCR | 17,6 | 13,0-43,0 % |
| PCT | 0,3 | 0,2-0,4% |
| EO% | 0,00 | 0,00-3,00% |
| BASO% | 0,10 | 0,00-1,00% |
| NEUT% | 92,0 | 50,0-70,0% |
| LYMPH% | 4,0 | 25,0-4,00% |
| MONO% | 3,9 | 2,0-8,0% |
| EO | 0,01 | 10^3/uL |
| BASO | 0,02 | 10^3/uL |
| MONO | 0,86 | 10^3/uL |
| NEUT | 20,4 | 2,0-7,7 /uL |
| LYMPH | 0,9 | 0,8-4,0/uL |

1. Pemeriksaan X-Ray

Hasil pemeriksaan X-Ray pada tanggal 30 november 2020 didapatkan hasil *Close Fraktur Femur1/3 dextra*

Tidak di dapatkan kelainan pada hasil thorax

1. Swab test

Hasil swab test pada tanggal 30 november 2021 negativ

## Terapi Medis ( sudah jelas)

| **Tanggal** | **Terapi obat** | **Dosis** | **Rute** | **Indikasi** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1-12-2020 | RL | 14 tpm | infus | Sebagai cairan hidrasi dan elektrolit serta sebagai agen alkalisator |
|  | Injeksi cefazolin 2 x 1 gram | 2 x 1 gram | Intravena | Antibiotik |
|  | Injeksi ketorolac 2 x 10 mg | 2 x 30 mg | Intravena | Anti nyeri |
|  | Injeksi antrain 3 x 500 mg | 3 x 500 mg | Intravena | untuk menghambat transisi rasa sakit yang masuk ke ssp |
|  | Injeksi Ranitidin 2 x 50 mg | 2 x 50 mg | Intravena | untuk menggurangi produksi asam lambung |

Surabaya, (1 Desember 2020)

# Mahasiswa

............................................

NIM 203002

## Analisa Data

| **NO** | **Data / Faktor resiko** | **Etiologi** | **Masalah/Problem** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | DS: Pasien mengeluh nyeri pada daerah luka bekas operasi. Nyeri seperti di tusuk tusuk. Dari skala 1-10 Pasien memilih score 6 untuk menggambarkan rasa nyerinya. Nyeri semakin bertambah saat kaki di buat gerak.  P : Nyeri di sebabkan cf femur  Q : Nyeri seperti terasa di tusuk - tusuk  R : Nyeri dirasa mulai dari selangkangan sampai lutut S : Skala nyeri 6  T : Nyeri bertambah saat pasien bergerak  DO:   * k/u lemah * Saat bergerak pasien tampak berhati-hati * wajah tampak menyeringai * femur tampak terpasang traksi dan terbalut gips   TTV :  - TD : 120/80 mmHg   * N : 94 x/menit * RR : 21 x/menit | Agen pencedera fisik | Nyeri akut  D.OO77 |
| 2 | DS : pasien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitas tanpa bantuan keluarga  DO :   * Pasien dapat ke kamar mandi dengan bantuan kruk dan keluarga * Pasien di seka dan berpakaian di tempat tidur oleh keluarganya. * Pasien dapat makan sendiri tanpa bantuan. * Saat bergerak pasien dengan tampak berhati hati dan terkadang menyeriangi. * Kekuatan otot * 5555 4444   1111 5555  ADL : total sebagian mandiri | Kerusakan integritas struktur tulang | Gangguan mobilitas fisik |
| 3. | DS : luka perih saat di sentuh  DO: Terdapat luka kemerahan di kaki dan tangan, terdapat lesi pada kulit | Faktor mekanis (kecelakaan) | Gangguan Integritas kulit  DO129 |
| 4 | DS : pasien mengatakan khawatir tidak bisa berjalan  DO : Pasien tampak gelisah  Tidur terganggu, perifer dingin  TD : 120/80mmHg  N :99x/Menit  SPO2 : 99%  RR : 18x/Menit | Kekhawatiran mengalami kegagalan | Ansietas |

## Masalah Keperawatan

| **NO** | **MASALAH KEPERAWATAN** | **TANGGAL** | | **PARAF**  **(nama)** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ditemukan** | **teratasi** |
| 1  2  3  4 | Nyeri akut b. d agen pencedera dd fracture femur  Gangguan mobilitas fisik b.d kerusakan integritas struktur tulang dd terpasang bidai  Gangguan integritas kulit b. d Faktor mekanis dd adanya lesi di kaki dan tangan  Ansietas b.d Kekhawatiran mengalami kegagalan dd pasien khawatir | 1 Des 2020  1 Des 2020  1 Des 2020  1 Desember 2020 | Belum teratasi    Belum teratasi  Belum teratasi  Belum teratasi | Shila  Shila  Shila  Shila |

## Rencana Keperawatan

| **No** | **Masalah Keperawatan** | **Tujuan** | **Intervensi** | **Rasional** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Nyeri akut b.d Agen pencedera dd nyeri femur | Setelah dilakukan tindakan keperawatan Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan dengan onset mendadak atau lambat dan berintesitas ringan hingga berat dan konstan menurun 3 x 24 jam  Kriteria Hasil :   1. Nyeri berkurang 2. Skala nyeri 1-3 3. Mendemonstrasikan penggunaan intervensi terapeutik (misalnya, keterampilan relaksasi, modifikasi perilaku) untuk menghilangkan nyeri 4. observasi skala nyeri setiap 3- 4 jam | **Manajemen Nyeri**  **Tindakan** :  **Observasi**   1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri   **Terapeutik :**   1. Berikan teknik non farmakologis, dengan cara nafas dalam dapat di lakukan setiap nyeri 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Persiapan pre operasi menyiapkan pasien puasa,dan memberikan antibiotic cefazolin 2gr pre op   **Edukasi :**   1. Jelaskan penyebab nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri dengan cara mengajarkan nafas dalam, ditraksi 3. Anjurkan menggunakan analgesic secara tepat 4. Anjarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri seperti latihan nafas dalam.   **Kolaborasi:**   1. Kolaborasi pemberian ketorolac 3 x 10 mg mg (iv) | **1.** Mengidentifikasikan karakteristik nyeri skalanyeri dan ketidaknyamanan pada pasien  2. untuk menilai derajat nyeri yang di rasakan pasien  3. Untuk mengobservasi respon pasien  4. untuk mengkaji keadaan apa yang dapat memperberat atau memperingan nyeri  5. membantu menggurangi nyeri  6. agar dapat membantu pasien lebih nyaman  7.untuk mengurangi nyeri  8. Agar pasien mengerti sumber atau penyebab keluhan yang di rasakan  9. membantu mengajarkan tehnik menggurangi nyeri  10. agar nyeri dapat berkurang sesuai terapi yang di berikan |
| 2 | Gangguan mobilitas fisik b.d kerusakan integritas struktur tulang dd terpasang bidai | Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x30 menit setiap pertemuan , diharapkan Gangguan Mobilitas Fisik dapat meningkat, dengan kriteria hasil :   1. Pergerakan ekstermitas dari skala 3 (sedang) menjadi skala 4 (cukup meningkat) 2. Kekuatan otot dari skala 3 (sedang) menjadi skala 4 (cukup meningkat)   Rentang gerak (ROM) dari skala 3 (sedang) menjadi skala 4 (cukup meningkat) | **Dukungan Mobilisasi**  **Tindakan :**  **Observasi**   1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhahan fisik lainnya 2. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi   **Tarapeutik :**   1. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam aktivitas *dayli living*   **Edukasi :**   1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan   (mis. duduk di (tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)  6. kolaborasi dengan fisioterapi untuk edukasi tan tahap recovery mobilitas | 1. untuk mengetahui keluhan fisik yang di alami pasien 2. untuk menjadikan bahan observasi saat melakukan   mobilisai fisik   1. agar keluarga dan klien dapat mandiri 2. Agar pasien mengerti kegunaan mobilisasi untuk   keluhan yang di derita   1. Menjelaskan apa saja yang dapat di lakukan untuk   mobilisasi |
| 3 | Gangguan integritas kulit b. d Faktor mekanis dd adanya lesi di kaki dan tangan | Setelah di berikan asuhan keperawatan selama 2 x 30 menit setiap pertemuan, du harapkan gangguan integritas kulit dapat membaik dengan kriteri hasil :   1. Luka membaik 2. Tidak di dapatkan luka baru, 3. Nyeri berkurang | **Perawat Luka**  **Tindakan**  **Observasi**   1. Monitor karakteristik luka 2. Monitor tanda – tanda infeksi   **Terapeutik**   1. lepaskan balutan dan plester secara perlahan 2. Bersihkan dengan cairan NACL atau pembersih non toksik,sesuai kebutuhan 3. Bersihkan jaringan nekrotik 4. Berika salep yang sesuai di kulit /lesi, jika perlu 5. Pasang balutan sesuai jenis luka 6. Pertahan kan teknik seteril saaat perawatan luka 7. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase 8. Jadwalkan perubahan posisi miring kanan – dan miring kiri , setngah duduk setiap dua jam atau sesuai kondisi pasien 9. Berika diet dengan kalori 30-35 kkal/kgBB/hari dan protein1,25-1,5 g/kgBB/hari 10. Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis vitamin A,vitamin C,Zinc,Asam amino),sesuai indikasi 11. Berikan terapi TENS(Stimulasi syaraf transkutaneous), jika perlu   Edukasi   1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Anjurkan mengkonsumsi makan tinggi kalium dan protein 3. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri   Kolaborasi   1. Kolaborasi pemberian Cefazolin 1gram | 1. Untuk menentukan derajak luka 2. Untuk mengkaji apkah ada tanda infeksi 3. Melihat keadaan luka 4. Agar luka bersih dari kotoran 5. Agar memberi jaringan baru untuk tumbuh 6. Mengobati luka 7. Menutup luka mencegah infeksi 8. Untuk mecegah adanya infeksi 9. Agar tidak ada eksudat yang keluar berlebih   10. Menghindari adanya luka baru  11. Agar memprcepat proses penyembuhan  Luka  12. Agar memprcepat proses penyembuhan  Luka |
| 4 | Ansietas b.d Kekhawatiran mengalami kegagalan dd pasien khawatir | Setelah di berikan asuhan keperawatan selama 1 x 30 menit setiap pertemuan, di harapkan ansietas kulit dapat teratasi dengan kriteri hasil :   1. Pasien tampak tenang 2. Kualitas tidur pasien tidak terganggu | Reduksi anxietas  Observasi   1. Identifikasi saat tingkat anxietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stressor) 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda anxietas (verbal dan non verbal)   Terapeutik   1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan , jika memungkinkan 3. Pahami situasi yang membuat anxietas 4. Dengarkan dengan penuh perhatian 5. Gunakan pedekatan yang tenang dan meyakinkan 6. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 7. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang | 1. Untuk mengkaji seberapa jauh tingkat ansiets pasien 2. Untuk mengetahui pola pemikiran pasien 3. Untuk mengetahui tanda ansietas non verbal 4. Agar perawat dapat mengidentifikasi tingkat perubahan ansietas pasien 5. Memberikan pendampingan terhadap respon pasien 6. Mengerti keadaan pasien 7. Untuk menciptakan rasa percaya terhadap pasien dan perawat 8. Untuk menciptakan rasa percaya terhadap pasien dan perawat 9. Memberikan motivasi untuk mengurangi kecemasan 10. Untuk mendiskusikan keadaan yang di alami pasien |
|  |  |  | **Edukasi**   1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 2. Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 3. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu 4. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan 5. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 6. Latih kegiatan pengalihan, untuk mengurangi ketegangan 7. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat 8. Latih teknik relaksasi   **Kolaborasi**   1. Kolaborasi pemberian obat anti anxietas, jika perlu | 1. Menjelaskan keadaan yang di alami pasien 2. Memberikan edukasi tentang pengobatang yang di alami pasien 3. Agar keluarga dapat membantu memotivasi pasien 4. Untuk menggurangi kecemasan pasien dapat di alihkan ke aktivitas lain 5. Untuk mengetahui persepsi pasien terhadap ansietasnya 6. Melatih kegiatan untuk mendistraksi cemas 7. Untuk mengguragi kecemasan yang di rasakan |

## Implementasi & Evaluasi

| NO DX | HARI / TGL JAM | IMPLEMENTASI | PARAF | HARI/TANGGAL JAM | SOAP | PARAF |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1,2,3,4 | 1 des 2020 jam 07.00 |  | shila | 1 Des 2021  14.00 | Implementasi pre operasi diagnosa 1  S : P : luka bekas operasi,Q : nyeri seperti di tusuk – tusuk, R: di paha kanan, S : 5-6 T: Hilang timbul  O : Pasien tampak berhati- hati, tidak banyak bergerak,terliaht masih lemah TD : 113/78 mmhg nadi: 88x/menit, suhu: 36,5℃ rr: 20x/mnt  A : Masalah belum teratasi  P : Lnjutkan intervensi 1) Mengkaji nyeri, 2) Observasi tanda-tanda vital, 3) Berikan pengalihan resposisi dan aktivitas yang menyenangkan (seperti mendengarkan musik atau menonton TV), 4) Anjarkan teknik penanganan stress (teknik relaksasi, visualisasi, bimbingan) lalu evaluasi nyeri, 5) Kolaborasikan pemberian analgetik  Diagnosa 2  S : pasien mengatakan luka perih saat di sentuh  O: Terdapat luka kemerahan di kaki dan tangan, tidak ada tanda – tanda infeksi terdapat lesi pada kulit, di tambah ada luka bekas operasi di femur dextra dan drain  A : Masalah belum teratasi  P : Lanjutkan intervensi 1) mengubah posisi tirah baring, memonitoring luka, 2) memonitoring tanda – tanda infeksi, 3) melakukan perawatn luka, 4) memberikan salep yang sesuai luka, 5) memberikan edukasi makan tinggi protein  Diagnosa Ke 3  S : Pasien mengatakan takut tentang keadaannya  O : pasien tampak gelisah, cemas dan khawatir TD : 113/78 mmhg nadi: 88x/menit, suhu: 36,5℃ rr: 20x/mnt  A : Masalah teratasi sebagian  P : Lanjutkan intervensi 1) identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan, monitor respon terhadap terapi relaksasi ,2) mengajarkan tehnik nafas dalam dan berdoa 3) anjurkan mengambil posisi yang nyaman  S : Pasien mengatakan kakinya nyeri saat bergerak  O : Aktivitas di bantu keluarga, gerakan masih sangat terbatas  A : masalah belum teratasi  O: Lanjutkan intervensi 2) Membantu melatih ROM 3) fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu, 4) libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi | shila |
| 1,2,3,4 | 08.00 | Melakukan bina hubungan saling percaya dengan pasien | Shila |  |  |
| 1 | 08.05 | Melakukan pengkajian skala nyeri,lokasi, dan vas dan intensitas nyeri | Shila |  |  |
| 1,2,4 | 08.10 | Melakukan observasi tanda tanda vital | Shila |  |  |
| 1,2,3 | 08.15 | Mengganti cairan infus dengan antibiotik cefazolin 2 gr dalam nacl 100 ml | Shila |  |  |
| 1 | 08.30 | Menggajarkan tehnik relaksasi | Shila |  |  |
| 1 | 08.35 | Memberikan injeksi ketorolax 1 x 30 mg | Shila |  |  |
| 2 | 09.00 | Mengidentifikasi luka lesi di tangan dan kaki | Shila |  | Shila |
| 3 | 09.10 | Membantu membersihkan luka lesi dan merawat dengan bactigras | Shila |  |  |
| 1 | 09.30 | Mengantar pasien ke ruang operasi | Shila |  |  |
| 3 | 09.35 | Memberikan edukasi pasien untuk tenang dan berdoa | Shila |  |  |
| 1 | 14.00 | Menjemput pasien dari ruang RR | Shila |  |  |
| 1,2,4 | 14.10 | Mengobservasi TTV | shila |  | shila |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | 2 Des 2020 |  |  |  | Diagnosa 1 |  |
| 1,2,3 | 07.00 | Melakukan observasi luka dan drain | shila | 2 Des 2020 | S : P : luka bekas operasi,Q : nyeri seperti di tusuk – tusuk, R: di paha kanan, S : 4-5 T: Hilang timbul, ada drain 50 cc, tampak darah, luka terbalut kasa steril  O : Pasien tampak terbatas saat bergerak,  A : Masalah teratasi sebagian  P : Lanjutkan intervensi 1) Mengkaji nyeri, 2) Observasi tanda-tanda vital, 3) Berikan pengalihan resposisi dan aktivitas yang menyenangkan (seperti mendengarkan musik atau menonton TV), 4) Anjarkan teknik penanganan stress (teknik relaksasi, visualisasi, bimbingan) lalu evaluasi nyeri, 5) Kolaborasikan pemberian analgetik  Diagnosa 2  S : pasien mengatakan luka perih saat di sentuh  O: Terdapat luka kemerahan di kaki dan tangan, tidak ada tanda – tanda infeksi terdapat lesi pada kulit, di tambah ada luka bekas operasi di femur dextra  A : Masalah belum teratasi  P : Lanjutkan intervensi 1) mengubah posisi tirah baring, memonitoring luka, 2) memonitoring tanda – tanda infeksi, 3) melakukan perawatn luka, 4) memberikan salep yang sesuai luka, 5) memberikan edukasi makan tinggi protein  Diagnosa 3  S : Pasien mengatakan sudah mulai terbiasa dengan keadaanya  O : pasien tampak menerima keadaan dan beradaptasi TD : 113/78 mmhg nadi: 88x/menit, suhu: 36,5℃ rr: 20x/mnt  A : Masalah teratasi  P : Intervensi di hentikan  Diagnosa ke 4  S : Pasien mengatakan kakinya masi kaku  O : Aktivitas di bantu keluarga, gerakan masih sangat terbatas  A : masalah belum teratasi  O: Lanjutkan intervensi 2) Membantu melatih ROM 3) fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu, 4) libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi  Diagnosa 1 | shila |
| 1,2 | 08.00 | Mengganti cairan RL 14 Tpm | shila |  |  |
| 1,2,3 | 08.00 | Melakukan rawat luka dan memberikan gentamicin salep | shila |  |  |
| 1 | 08.10 | Mengindentifikasi vas nyeri | shila |  |  |
| 1,2,3 | 09.00 | Membantu memberikan makakan ke pasien | shila |  |  |
| 2 | 09.10 | Membantu pasien untuk memberikan posisi nyaman | shila |  |  |
| 1 | 12.00 | Memberikan injeksi cefazolin 1 gram IV | shila |  |  |
| 2 | 12.00 | Memberikan injeksi ketorolac 1 ampul | shila |  |  |
| 1,2,3 | 13.30 | Melakukan observasi ttv | shila | 3 Des 2020 | Shila |
|  | 3 Des 2020 |  |  |  | Shila  shila |
| 2 | 08.00 | Melakukan rawat luka pada lesi dan memberikan salep gentamicin | Shila |  | S : P : luka bekas operasi,Q : nyeri seperti di tusuk – tusuk, R: di paha kanan, S : 3-4 T: Hilang timbul  O : Pasien tampak terbiasa dengan lukanya,  A : Masalah teratasi sebagian  P : Lanjutkan intervensi 1) Mengkaji nyeri, 2) Observasi tanda-tanda vital, 3) Berikan pengalihan resposisi dan aktivitas yang menyenangkan (seperti mendengarkan musik atau menonton TV), 4) Anjarkan teknik penanganan stress (teknik relaksasi, visualisasi, bimbingan) lalu evaluasi nyeri, 5) Kolaborasikan pemberian analgetik  Diagnosa 3  S : pasien mengatakan luka perih saat di sentuh  O: Terdapat luka kemerahan di kaki dan tangan, tidak ada tanda – tanda infeksi terdapat lesi pada kulit, di tambah ada luka bekas operasi di femur dextra  A : Masalah belum teratasi  P : Lanjutkan intervensi 1) mengubah posisi tirah baring, memonitoring luka, 2) memonitoring tanda – tanda infeksi, 3) melakukan perawatn luka, 4) memberikan salep yang sesuai luka, 5) memberikan  Diagnosa 4  S : Pasien mengatakan kakinya masi kaku  O : Aktivitas di bantu keluarga, gerakan masih sangat terbatas  A : masalah belum teratasi  O: Lanjutkan intervensi 2) Membantu melatih ROM 3) fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu, 4) libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi | shila |
| 2,3 | 08.10 | Membantu melepas drain | shila |  |  |
| 2,3 | 08.30 | Memberikan injeksi cefazolin 1 gram | shila |  |  |
| 1 | 08.35 | Memberikan injeksi ranitidin 1 x50 mg | shila |  |  |
| 3 | 09.00 | Membantu memberikan posisi nyaman ke pasien | shila |  |  |
| 3 | 09.10 | Membantu memberikan makan | shila |  |  |
| 1,2,3 | 09.15 | Menganti cairan infus rl 14 tmp | shila |  |  |
| 1,2,3 | 13.30 | Mengobservasi TTV | shila |  | Shila  shila |

**BAB 4**

**PEMBAHASAN**

## Pada bab 4 ini akan di lakukan pembahasan mengenaiasuhan keperawatn pada pasien Sdr B *Close Fracture 1/3 Femur Dextra* di ruang rawat inap Rumah Sakit Gotong Royong Surabaya, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 1 Desember 2020 sampai dengan 3 Desember 2020. Melalui pendekatan studi kasus yang di kaitkan dengan teori dan *eviden based* yang sudah di lakukan. Pembahasan terhadap proses asuhan keperawatan ini di mulai dari pengkajian, rumusan masalah, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi

* 1. **Pengkajian**

Penulis melakukan pengkajian pada Sdr.B dengan melakukan anamnesa pada pasien dan keluarga, melakukan pemeriksaan fisik dan mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang medis. Pembahasan akan dimulai dari :

* 1. Identitas

Data yang di dapatkan , Pasien adalah seorang laki - laki Sdr B (16 tahun), .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) menurut peneliti berdasarkan temuan di lapangan jarang sekali usia muda fraktur sampai mengenai tulang besar, namun jika memang ini terjadi mungkin kecelakaan ini sangat keras. Menurut penulis kasus sdr.B memang di temukan kesesuaian. Salah satu dari penyebab fracture adalah kecelakaan lalu lintas, kasus lainya seperti osteoporosis dan kelainan patologis

* 1. Keluhan utama

Sdr B mengeluh nyeri pada kaki kanan, nyeri seperti tertusuk-tusuk pada pertengahan paha, skala nyeri 6- 7 yang dirasa, nyeri semakin bertambah saat kaki dibuat gerak. Menurut (Nurma, 2015) gejala dari fracture adalah adanya pembengkakan, nyeri,deformitas, krepitasi. Penyebab dari nyeri pada pasien fracture adalah karena spasme otot berpindah tulang dari tempatnya dan kerusakan struktur di daerah yang berdekatan (Nurma, 2015). Menurut penulis di dapatkan keluhan yang utama saat pasien farcture adalah nyeri karena nyeri ini adalah respon dari tubuh yang di sebakan adanya pergeseran tulang.

* 1. Riwayat penyakit sekarang

Data Riwayat penyakit sekarang pasien datang ke rumah sakit karena kecelakaan dan akan di jadwalkan operasi orif. Menurut ( purwanto, 2016) salah satu penyebab terjadinya fraktur adalah trauma langsung/ benturan Sdr. B setelah di lakukan pemeriksaan Xray di dapatkan hasil *Close Fracture 1/3 femur Dextra.* Di mana menurut ( Sulistiyaningsih, 2016) fracture ini merupakan frakture tertutup derajat 2 yang di tandai dengan dengan memar yang signifikan pada otot, yang mungkin dalam, kulit lecet terkontaminasi yang berkaitan dengan mekanisme energi sedang hingga berat dan cidera tulang, sangat beresiko terkena sindrom kompartemen.

* 1. Riwayat penyakit dahulu

Sdr. B tidak pernah mengalami fraktur sebelumnya, pasien juga tidak pernah menderita penyakit osteoporosis, taruma patologis. Menurut (Muttaqin, 2014) Riwayat penyakit lain ataupun trauma patologis juga dapat menyebabkan trauma tak langsung. Menurut penulis untuk riwayat penyakit dahulu biasanya golongan usia tua atau >50 tahun lebih rentan terkena fraktur

* 1. **Pemeriksaan fisik**
     + 1. B1 (*Breath*)

Pada pemeriksaan fisik Sdr.B bentuk dada normochest, tidak ada penggunaan otot bantu nafas tambahan, irama nafas reguler, suara nafas vasikuler, pergerakan dada simetris, tidak terdengar suara nafas tambahan, RR: 18x/mnt, pasien tidak batuk.

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 whezzing atau ronchi,bunyi paru resonan. Pada pemeriksaan system pernafasan didapatkan bahwa klien fraktur tidak mengalami kelainan (Doenges, 2009)

Menurut penulis di dalam pengkajian tidak didapatkan kelainan pada sistem B1 (Pernafasan) di karenakan salah satunya faktor usia pasien yang masih muda, tidak ada riwayat penyakit penyerta, dan tidak ada riwayat perokok

* + - 1. B2 : (*Blood)*

Ictus cordis berada pada mid claikula sinistra ICS 5, tidak ada nyeri dada, tidak ada nyeri tekan, irama jantung reguler, bunyi jantung S1, S2 tunggal. Tidak ada sianosis, akral lembab merah kering, tidak ada edema, nadi 86x/mnt, TD: 110/80 mmHg.

Pada tinjauan pustaka didapatkan Kulit dan membran mukosa pucat, Tidak ada peningkatan frekuensi dan irama denyut nadi, tidak ada peningkatan JVP, CRT menurun <3detik 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). Menurut penulis untuk sistem B2 atau blood biasanya di temukan gangguan pada sistem ini jika memiliki riwayat penyakit sebelumnya seperti hipertensi dan kolesterol

* + - 1. *B3 (Brain)*

Pengakajian pasien didapatkan kesadaran pasien composmentis dengan GCS E=4 V=5 M=6 total 15. Pengkajian pada persyarafan dimulai dari nervus I sampai nerves 12 tidak ada masalah yang terkait dengan penyakit Sdr. B

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). Menurut penulis untuk sistem B3 (Brain ) ini sesuai keluhan pasien tidak di temukan kelainan, namun tidak menutup kemungkinan di sistem ini dapat terganggu pada maslah fracture yang komplek atau multiple

* + - 1. B4 (*Bladder)*

Pemeriksaan perkemihan didapatkan warna urin kuning jernih, aliran lancar saat palpasi tidak teraba adanya distensi kandung kemih dan tidak ada nyeri tekan.

Pada tinjauan pustaka didapatkan bahwa miksi klien tidak mengalami gangguan, warna orange gelap, Memakai kateter.tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih (Doenges, 2009). Menurut penulis untuk gangguan pencernaan tidak di temukan pada pasien ini tapi pada kasus tertentu seperti fracture vertebra yang menekan syaraf tulang belakang sangat berdampak pada sistem perkemihan ini

* + - 1. B5 (*Bowel)*

Pemeriksaan sistem pencernaan pada Sdr. B didapatkan pasien tidak mual dan muntah pada saat makan, pasien dapat menelan dengan baik, tidak ada perdarahan pada gusi pasien juga menghabiskan porsi makanan Bentuk abdomen pasien datar dan tidak ada pembesaran abdomen. Pemeriksaan auskultasi didapatkan bising usus 12x/menit dan saat palpasi tidak ada nyeri tekan pada abdomen. Menurut (Doengus,2009 ) saat pasien fracture tidak menggangu sistem pencernaan, bising usus dan nafsu makan. Nenurut penulis untuk sistem pencernaan pasien tidak di temukan masalah, namun sesuai pengalam yang di temukan pasien yang mengalami fracture dengan keluhan nyeri biasanya nafsu makan menurun karena terdistraksi oleh nyeri yang di rasakan.

* + - 1. B6 (Bone)

Kemampuan pergerakan sendi dan tungkai (ROM): pada tangan kiri terbatas. Tangan kiri Terpasang infus, ekstremitas kaki kanan terpasang bidai, terdapat luka di berbagai bagian kaki dan tanggan

Kekuatan otot 5555 5555

1111 5555

Kaki terbalut bidai, tidak ada dislokasi, adanya fracture femur 1/3 Dextra, tidak ada deformitas dan krepitasi, Kebersihan kulit bersih, turgor kulit elasis, CRT <2dtk, warna kulit putih bersih, tidak ada luka pada kulit, ada luka di kaki dan tangan luka lecet muncul masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik, nyeri akut, gangguan integritas kulit

Menurut Nurna (2015) gejala umum yang di alami pasien dengan *close fracture femur* adalah nyeri, bengkak deformitas dan krepitasi, dan penanganan untuk Sdr. B adalah operasi orif, sesuai dengan teori menurut (Muttaqin, 2014) penatalaksanaan fracture adalah, pemasangan gips, ataupun pembedahan. Menurut pengalam yang di temui penulis gangguan sistem ini pasti sangat terganggu terutama rom atau rentan gerak, dimana pasien mengalami keterbatasn gerak dan nyeri saat bergerak kemudian untuk pemulihan pasien yang telah di lakukan tindakan pembedahan sangat tergantung juga dengan latihan fisik yang harus di lakukan karena jika tidak di lakukan dapat menyebabkan kontraktur pada bagian tubuh tertentu yang lama tidak di gunakan

* 1. **Diagnosis Keperawatan**

Penulis pada tahap ini meneruskan beberapa diagnosa keperawatan berdasarkan data yang diperoleh dari pasien pada saat pengkajian. Diagnosis keperawatan yang terdapat pada tinjauan kasus dan tinjauan pustaka menghasilkan 3 diagnosis yang muncul pada Sdr. B diantaranya yaitu

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Trauma). SDKI 2016 Di dapatkan keluhan Sdr B nyeri di paha sebelah kanan, skala nyeri 6, bertambah nyeri saat bergerak, tampak bengkak, dan wajah menyeringai

Menurut SDKI (2016) pada domain D.0077 (Kategori : Psikologi Subkategori : Nyeri dan Kenyamanan) Menjelaskan data objektif nyeri akut tanda mayor dan minornya yaitu, Pasien mengeluh nyeri, ada bengkak di sekitar tempat fracture,meringis kesakitan,gelisah, dan mengeluh nyeri. Menurut (Nurma,2015) nyeri disebabkan karena spasme otot berpindah tulang dari tempatnya dan kerusakan struktur di daerah yang berdekatan. Menurut penulis nyeri adalah gejala yang sangat umum di alami oleh pasien, dan nyeri ini sangat menggangu, namun biasanya kit berkolaborasi degan dokter dan tim medis lain untuk membantu mengurangi nyeri ini

Gangguan Integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanis (kecelakaan), SDKI 2016

Dari data pengkajian di dapatkan Sdr.B terdapat luka di sekitar daerah kaki dan kedua tangan, perih saat tersentuh. Menurut SDKI (2016) pada domain D.0129 Menjelaskan data objektif gangguan integritas kulit/ jaringan adalah adanya nyeri, perdarahan, kemerahan, dan adanya kerusajkan jaringan. Menurut penulis untuk diagnosa gangguan integritas kulit ini di tegakkan karena pasien yang mengalami trauma kemungkinan besar ada luka taupun lesi di kulit, namun tidak menutu kemungkinan pasien dengan frature tidak di dapatkan lesi apapun di tubuh di karenakan pasien mengalami osteoporosis yang sangat mudah patah saat terjadi benturan

Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi (SDKI, 2016)

Di dapatkan data pengkajian Sdr. B mengatakan khawatir tidak bisa berjalan kembali seperti awal, paien tampak cemas tentang operasinya, pasien merasa gelisah, dan tegang Menurut SDKI (2016), Pada domain D.0080 menjelaskan bahwa tanda mayor dan minor yaitu pasien tampak merasa khawatir, merasa ketakutan, tampak gelisah,tampak tegang dan tidur terganggu. Ansietas umumnya di rasakan oleh pasien fracture diaman mereka merasa takut tidak dapat berjalan seperti sediakala lagi dan takut mengalami kecacatan, namun kita sebagai perawat memberikan edukasi yang benar untuk pasien dan keluarga bagaimana perawatan pasien fracture, dan latihan agar konsisi pasien dapat kembali seperti awal sebelum fraktur

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang (SDKI,2016)

Di dapatkan keluhan Sdr B tidak bisa beraktivitas seperti biasanya, gerakan terhambat, mengeluh sulit menggerakkan ektermtas, rentan gerak menurun, enggan melakukan pergerakan Menurut SDKI (2016), Pada domain D0054 menjelaskan bahwa tanda mayor dan minor yaitu kekuatan otot menurun, rentan gerak menurun,sulit menggerakkan eksternitas, nyeri saat bergerak, gerakan terbatas. Saat frakture pasien biasanya di sarankan bedrest atau minimal mobilisasi untuk mencegah fracture yang lebih berat dan juga untuk aktivitas dan kegiatan lainya sulit untuk melakukan mandiri ,ini membuat penulis menegakan diagnosa hambatan mobilitas fisik

* 1. **Intervensi keperawatan**

Pada tinjauan kasus, intervensi atau perencanaan kriteria hasil telah mengacu pada tujuan yang diharapkan dengan pedoman pada teori. Dalam intervensi, penulis berupaya ingin memandirikan pasien dan keluarga dalam pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan melalui peningkatan (kognitif), ketrampilan dalam menangani masalah (psikomotor), dan perubahan tingkah laku (afektif). Setelah menyusun perencanaan keperawatan maka penulis melaksanakan rencana keperawatan yang disusun. Pelaksanaan telah disusun dan direalisasikan pada pasien, serta ada pendokumentasian dan intervensi keperawatan. Pelaksanaan rencana keperawatan disesuaikan dengan kondisi pasien yang sebenarnya, maka tidak semua rencana yang sudah disusun diintervensi keperawatan dapat dilakukan pada pasien.

* + - 1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Trauma)

Pada diagnosa keperawatan nyeri akut setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x24 jam, maka tingkat nyeri berkurang. Dengan kriteria hasil : keluhan nyeri menurun, wajah meringis menurun, kesulitan tidur menurun, tanda-tanda vital membaik, sikap protektif terhadap bagian yang sakit menurun. Penulis merencanakan asuhan keperawatan berupa1) Tentukan riwayat nyeri, lokasi, durasi, dan intensitas, 2) Observasi tanda-tanda vital, 3) Berikan pengalihan resposisi dan aktivitas yang menyenangkan (seperti mendengarkan musik atau menonton TV), 4) Anjarkan teknik penanganan stress (teknik relaksasi, visualisasi, bimbingan) lalu evaluasi nyeri, 5) Kolaborasikan pemberian analgetik dengan dokter sesuai indikasi, jika perlu. Rencana asuhan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien sesuai dengan kondisi pasien.

* + - 1. Gangguan Integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanis (kecelakaan)

Pada diagnosa keperawatanGangguan Integritas kulitdilakukan intervensi keperawatan selama 1 x24 jam, maka di harapkan kerusakan jaringan kulit membaik dengan kriteria hasil luka lesi mengering, tidak di dapatkan tanda – tanda infeksi. Penulis merencanakan asuhan keperawatan berupa 1) mengubah posisi tirah baring, memonitoring luka, 2) memonitoring tanda – tanda infeksi, 3) melakukan perawatn luka, 4) memberikan salep yang sesuai luka, 5) memberikan edukasi makan tinggi protein

* + - 1. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Tujuan dari dilakukan asuhan keperawatan yang diberikan selama 1 x 24 jam diharapkan tingkat kecemasan menurun yang ditandai dengan verbalisasi kebingungan  menurun, verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun dan perilaku tegang menurun (SLKI, 2018). Rencana tindakan keperawatan yang dilakukan meliputi 1) identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan, monitor respon terhadap terapi relaksasi ,2) jelaskan tujuan, manfaat, batasan dan jenis relaksasi yang tersedia serta 3) anjurkan mengambil posisi yang nyaman (SIKI, 2018). Teknik relaksasi dinyatakan dapat memperingan perasaan yang kurang nyaman, cemas ataupun tegang.

* + - 1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang

Tujuan dari dilakukan asuhan keperawatan yang diberikan selama 3 x 24 jam diharapkan Pergerakan ekstremitas meningkat, rentang gerak meningkat. Rencana tindakan dengan melakukan Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi Anjurkan mobilisasi dini. Aktivitas dan latihan yang dianjurkan dapat meningkatkan tingkat energi, mempertahankan mobilitas, dan meningkatkan kemampuan kardiovaskular dan pulmonal. manfaat utama dari latihan adalah memelihara dan peningkatan fungsi fisik, mental, emosional, dan social, yang dapat menghasilkan rasa kecukupan terhadap diri sendiri dan kemandiriaan yang lebih baik

* 1. **Implementasi**

Menurut teori Nursalam (2016) implementasi merupakan pelaksanakan dari rencana tindakan keperawatan untuk mencapai tujuan atau hasil yang ditentukan. Kegiatan dalam implementasi merupakan tindakan langsung kepada klien dan mengobservasi respon klien setelah dilakukan tindakan tersebut

Implementasi yang pertama pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik yaitu mengidentifikasi intensitas dan frekuensi nyeri, didapatkan dengan hasil nyeri pada kaki kanan bagian atas dengan skala 6, seperti benda tumpul. Implementasi keperawatan berfokus untuk mendistraksi pasien dengan melakukan teknik relaksasi Tarik napas dalam ketika akan melakukan pergerakan yang berguna untuk mengatasi nyeri yang dialami oleh pasien. Ada dua cara penatalaksanaa nyeri beberapa teknik non farmakologis yang dapat diterapkan dalam mengatasi nyeri yaitu teknik pernafasan, aromaterapi, audionalgesia, akupuntur, transcutaneus electric nerve stimulations (TENS), kompres dengan suhu dingin panas, sentuhan pijatan dan hipnotis. Salah satu upaya non farmakologis untuk mengatasi nyeri adalah teknik relaksasi (Keperawatan, 2019). Kelebihan latihan teknik relaksasi dibandingkan dengan teknik lain adalah teknik relaksasi lebih mudah dilakukan bahkan dalam kondisi apapun serta tidak memiliki efek samping apapun dan melakukan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat analgetik dan setelah itu melakukan injeksi ketorolac 1 x 1 ampul

Implementasi yang kedua pada diagnosa gangguan integritas jaringan berhubungan dengan faktor mekanis (kecelakaan). Inplementasi keperawatan berfokus pada perawatan luka di kaki tan tangan, memberikan perawatan luka yang sesuai dengan kebutuhan, memberikan salep gentamicin dan menutup luka dengan kasa tidak lupa memberikan edukasi ke pasien dan keluarga menjaga daerah luka agar tidak basah ataupun lembab dan kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian diit tinggi protein untuk mempercepat penyembuhan luka.

Implementasi yang ke tiga pada diagnosa Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Implementasi keperawatan berfokus pada menjelaskan ke pasien dan keluarga cara mengatasi ansietas dengan 1) memberikan edukasi yang benar, 2) memberikan posisi senyaman mungkin, dan 3) dapat mengajarkan tehnik relaksasi dan berdoa untuk dapat memperingan perasaan yang kurang nyaman, cemas ataupun tegang.

Implementasi yang ke empat pada diagnosa Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang. Implementasi keperawatan berfokus  dengan melakukan 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, 3) fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu, 4) libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi, 5)Anjurkan mobilisasi dini. Aktivitas dan latihan yang dianjurkan dapat meningkatkan tingkat energi, mempertahankan mobilitas, dan meningkatkan kemampuan kardiovaskular dan pulmonal. manfaat utama dari latihan adalah memelihara dan peningkatan fungsi fisik, mental, emosional, dan social, yang dapat menghasilkan rasa kecukupan terhadap diri sendiri dan kemandiriaan yang lebih baik

* 1. **Evaluasi**

Evaluasi merupakan tahap akhir proses keperawatan dengan cara menilai sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam mengevaluasi, perawat harus memiliki pengetahuan dan kemampuan untuk memahami respon terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambarkan kesimpulan tentang tujuan yang dicapai serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil.

Evaluasi disusun menggunakan SOAP secara operasional dengan tahapan dengan sumatif (dilakukan selama proses asuhan keperawatan) dan formatif yaitu dengan proses dan evaluasi akhir. Evaluasi dapat dibagi dalam 2 jenis yaitu evaluasi berjalan (sumatif) dan evaluasi akhir (formatif). Pada evaluasi belum dapat dilaksanakan secara maksimal karena keterbatasan waktu. Sedangkan pada tinjauan evaluasi pada pasien dilakukan karena dapat diketahui secara langsung keadaan pasien.

Pada hari pertama didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Sdr.B sebagai berikut : Pasien mengatakan nyeri setelah operasi P:Nyeri luka operasi Q:Cekot-cekot R: kaki kanan atas S: Skala nyeri 5 (1-10) T: hilang timbul keadaan umum pasien tampak lemah, meringis dan gelisah, pemeriksaan tanda – tanda vital: TD: 113/78 mmhg nadi: 88x/menit, suhu: 36,5℃ rr: 20x/mnt, terdapat luka tertutup bagslab atau penyanga gips Masalah nyeri akut Sdr. B pada masalah belum teratasi serta intervensi yang diberikan tetap melanjutkan intervensi 1) Mengidentifikasi skala nyeri, 2) Membrikan posisi nyaman, 3) Membantu melatih nafas dalam. 4)Kolaborasi pemberian anti nyari

Pada hari kedua didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Sdr. B sebagai berikut : Pasien mengatakan masih meraskan nyeri tapi agak berkurang, Vas 4-5 P: Nyeri luka operasi C N: 90x/mnt Rr: 20x/mnt, terdapat luka pada paha kanan yang tertutup kasa dan peyanga gips.pemeriksaan tanda – tanda vital: TD: 110/71 mmhg nadi: 82x/menit, suhu: 36,5℃ rr: 19x/mnt Masalah nyeri akut Sdr. B pada masalah teratasi sebgaian serta intervensi yang diberikan tetap melanjutkan intervensi 2) Membrikan posisi nyaman, 3) Membantu melatih nafas dalam. 4)Kolaborasi pemberian anti nyari

Pada hari ketiga didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Sdr. B sebagai berikut : Pasien mengatakan masih meraskan nyeri tapi agak berkurang, Vas 3-4 sudah mulai terbiasa dengan gipsnya P: Nyeri luka operasi pemeriksaan tanda – tanda vital: TD:100/73 mmhg, Nadi: 92x/menit, suhu: 36,5℃ rr: 20x/mnt: terdapat luka pada paha kanan yang tertutup kasa dan peyanga gips. Masalah nyeri akut Sdr. B pada masalah teratasi sebgaian serta intervensi yang diberikan tetap melanjutkan intervensi 2) Membrikan posisi nyaman, 3) Membantu melatih nafas dalam. 4)Kolaborasi pemberian anti nyari

Gangguan Integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanis (kecelakaan)

Pada hari pertama didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Sdr. sebagai berikut : Pasien mengatakan lukanya perih saat tersentuh,tidak ada tanda- tanda infeksi, adanya luka lecet, dan luka bekas operasi pemeriksaan tanda – tanda vital: : TD: 113/78 mmhg nadi: 88x/menit, suhu: 36,5℃ rr: 20x/mnt, terdapat beberapa luka di tangan dan kaki, dan luka bekas operasi yang terbalut kasa dan gips. Masalah gangguan integritas jaringan Sdr. B pada masalah belum teratasi, pemeriksaan tanda – tanda vital: TD: 110/71 mmhg nadi: 82x/menit, suhu: 36,5℃ rr: 19x/mnt serta intervensi yang diberikan tetap melanjutkan intervensi 1) mengubah posisi tirah baring, memonitoring luka, 2) memonitoring tanda – tanda infeksi, 3) melakukan perawatn luka, 4) memberikan salep yang sesuai luka, 5) memberikan edukasi makan tinggi protein

Pada hari kedua didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Sdr. B Sebagai berikut : Pasien mengatakan lukanya perih saat tersentuh,t idak ada tanda- tanda infeksi, keadaan luka, membaik tidak ada kemerahan,tidak ada pus ,untuk luka operasi belum di lakukan perawatan luka, lukasa masih tertutup pemeriksaan tanda – tanda vital: TD: 100/73 mmhg: TD: nadi: 92x/menit, suhu: 36,5℃ rr: 20x/mnt, terdapat beberapa luka di tangan dan kaki, dan luka bekas operasi yang terbalut kasa dan gips. Masalah gangguan integritas jaringan Sdr. B pada masalah belum teratasi serta intervensi yang diberikan tetap melanjutkan intervensi 1) mengubah posisi tirah baring, memonitoring luka, 2) memonitoring tanda – tanda infeksi, 3) melakukan perawatn luka, 4) memberikan salep yang sesuai luka, 5) memberikan edukasi makan tinggi protein

Pada hari ke 3 didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Sdr. B Sebagai berikut :keadaan luka bersih,t idak ada tanda- tanda infeksi,, membaik tidak ada kemerahan,tidak ada pus ,untuk luka bekas operasi di paha kanan atas luka terlihat belum kering, ada jaitan yang perlu di tunggu menutup,tidak di temukan tanda – tanda infeksi di luka, pemeriksaan tanda – tanda vital: TD:100/73 mmhg: TD: nadi: 92x/menit, suhu: 36,5℃ rr: 20x/mnt, terdapat beberapa luka di tangan dan kaki, dan luka bekas operasi yang terbalut kasa dan gips. Masalah gangguan integritas jaringan Sdr. B pada masalah belum teratasi serta intervensi yang diberikan tetap melanjutkan intervensi 1) mengubah posisi tirah baring, memonitoring luka, 2) memonitoring tanda – tanda infeksi, 3) melakukan perawatn luka, 4) memberikan salep yang sesuai luka, 5) memberikan edukasi makan tinggi protein

Ansietas b.d Kekhawatiran mengalami kegagalan dd pasien khawatir

Pada hari pertama didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Sdr.B sebagai berikut : Pasien mengatakan setelah operasi khwatir saat bergerak dan beraktivitas, pasien tampak tidak nyaman,– tanda vital: : TD: 113/78 mmhg nadi: 88x/menit, suhu: 36,5℃ rr: 20x/mnt,. Masalah gangguan integritas jaringan Sdr. B pada masalah belum teratasi lanjutkan intervensi 1) memberikan edukasi yang benar, 2) memberikan posisi senyaman mungkin, dan 3) dapat mengajarkan tehnik relaksasi dan berdoa untuk dapat memperingan perasaan yang kurang nyaman, cemas ataupun tegang.

Pada hari kedua didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Sdr.B sebagai berikut Psien sudah menerima penyakitnya,dan mulai terbiasa tidur dengan posisi dengan gips – tanda vital: : TD: 100/73 mmhg: TD: nadi: 92x/menit, suhu: 36,5℃ rr: 20x/mnt, Pada Masalah Ansietas Sdr. B masalah sudah teratasi. Intervesni di hentikan

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang

Pada hari pertama didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Sdr.B sebagai berikut : Pasien mengatakan nyeri ketika badannya dibuat gerak, aktivitas masih dibantu keluarga, gerakannya pasien sangat terbatas, keadaan umum pasien tampak lemah, meringis dan gelisah, pemeriksaan tanda – tanda vital: TD: 103/70 mmhg nadi: 88x/menit, suhu: 36,5℃ rr: 20x/mnt, pasien mobilisasi dengan menggunakan alat bantu gangguan mobilitas fisik Sdr.B pada masalah belum teratasi serta intervensi yang diberikan tetap melanjutkan intervensi 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, 3) fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu, 4) libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi

Pada hari kedua didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Sdr. B sebagai berikut : Pasien mengatakan nyeri ketika badannya dibuat gerak, aktivitas masih dibantu keluarga, gerakannya pasien sangat terbatas, keadaan umum pasien tampak lemah, meringis dan gelisah, pemeriksaan tanda – tanda vital: TD: Td: 110/80 mmhg S: 36 ,2C N: 90x/mnt Rr: 20x/mnt, pasien mobilisasi dengan menggunakan alat bantu gangguan mobilitas fisik Sdr.B pada masalah belum teratasi serta intervensi yang diberikan tetap melanjutkan intervensi 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, 3) fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu, 4) libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi

Pada hari ketiga didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Sdr. B sebagai berikut : Pasien mengatakan nyeri ketika badannya dibuat gerak, aktivitas masih dibantu keluarga, gerakannya pasien sangat terbatas, keadaan umum pasien tampak lemah, pasien tampak mulai berlatih dengaan alat bantu dan dengan terapi pemeriksaan tanda – tanda vital: TD: Td: 100/73 mmhg S: 36 ,2C N: 90x/mnt Rr: 20x/mnt, gangguan mobilitas fisik Sdr.B pada masalah belum teratasi serta intervensi yang diberikan tetap melanjutkan intervensi 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, 3) fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu, 4) libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi

**BAB 5**

**PENUTUP**

Setelah penulis melakukan pengamatandan melaksanakan Asuhan Keperawatan Medical Bedah Dengan Diagnosa Medis *Close Fracture Femur Dextra*, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien dengan Diagnosa Medis *Close Fracture Femur Dextra*.

**5.1 Simpulan**

1. Pada pengkajian didapatkan klien saudara B . Klien mengeluhmengeluh nyeri pada kaki kanan, nyeri seperti tertusuk-tusuk pada pertengahan paha, skala nyeri 6- 7 yang dirasa, nyeri semakin bertambah saat kaki dibuat gerak.
2. Masalah keperawatan yang muncul Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Trauma), Gangguan Integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanis (kecelakaan), Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri,
3. Nyeri akut b.d prosedur pembedahan, pembengkakan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam nyeri dapat berkurang dengan kriteria hasil : mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri), mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri), skala nyeri 1-3, menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang, tanda vital dalam batas normal, hambatan mobilitas fisik b.d luka pasca bedah, etelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik dapat meningkat atau optimal dengan kriteria hasil : dapat melakukan aktivitas secara mandiri, klien mampu menggunakan alat gerak, kekuatan otot klien meningkat, klien mampu mobilisasi dengan bantuan minimal
4. Beberapa tindakan keperawatan pada pasien dengan Medis *Close Fracture Femur Dextra* yaitu menjelaskan pada klien dan keluarga tentang penyebab nyeri , mengajarkan pasien tentang teknik distraksi rileksasi dengan cara mengajak berbicara, mendengarkan musik dsb, dan nafas dalam, mencium aroma terapi lalu hembuskan melalui mulut secara perlahan, mengkaji skala nyeri, memposisikan pasien senyaman mungkin atau semifowler, Observasi tanda-tanda vital, memberikan analgetik serta Kolaborasi dengan tim dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil.
5. Pada akhir evaluasi semuanya dapat dicapai karena dengan kerjasama yang baik antara pasien, keluarga, perawat ruangan dan tim kesehatan lain. Hasil evaluasi Saudara B sudah sesuai dengan waktu yang lebih cepat yaitu3x24 jam. masalah teratasi .

**5.2** **Saran**

Dari kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut :

1. Pasien hendaknya dapat meningkatkan kepercayaan dengan perawat dan tim medis lain untuk mencapai hasil keperawatan yang di harapkan.
2. Perawat di sarankan untuk meningkatkan mutu pelayanan, dengan adanya penyuluhan pasien close fracture 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 lancer, serta dapat meningkatkan mutu pelayanan asuhan keperawatan.
3. Rumah sakit hendaknya dapat mendukung membuat discharge planning yang harus diteliti dengan cermat untuk menjamin kualitas dan pelayanan yang sesuai.
4. Penulis selanjutkanya di harapkan dapat menjadikan karya tulis ini menjadi sumber referensi untuk melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan diagnosa medis *Close Fracture Femur 1/3 Dextra.*

**DAFTAR PUSTAKA**

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

Desiartama A, Aryana I G N W. Gambaran Karakteristik Pasien Fraktur Femur Akibat Kecelakaan Lalu Lintas pada Orang Dewasa di Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar Tahun 2013. E-Jurnal Medika. 2017 Mei; 6(5):1-4

Hopkins J 2018.. Femur Fracture Open Reduction and Internal Fixation. *Hopkins Med*.

Helmi, Zairin Noor. (2013) BukuSakuKedaruratan Di BidangOrthopedi. Jakarta: SalembaMedika

Kusumayanti 2014. Faktor-aktor yang berpengaruh terhadap lamanya perawatan pada pasien pasca operasi laparatomi di Instalasi Rawat Inap BRSU Tabanan. Skirpsi. Fakultas Kedokteran Universitas Udayana

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

Mansjoer, Arif, dk, (2008). KapitaSelektaKedokteran. Jakarta Medica

Aesculapius Diaksespadatanggal 09 Oktober 2019 pukul 17.00

MansjoerArif (2010). KapitaSelektaKedokteran. Edisi 4. Jakarta : Media

Aesculapius.

Noorisa R, Apriliwati D, Aziz A, Bayusentono S. The Characteristic of Patients with Femoral Fracture in Department of Orthopaedic and Traumatology RSUD dr. Soetomo Surabaya 2013-2016. Journal of Orthopaedi & Traumatology Surabaya. 2017 Maret;6(1):1-11

NANDA.(2018). NANDA-I Diagnosis Keperawatan : Definisi dan Klasifikasi 2018-2020 (11thed). Jakarta: EGC

Potter PA, Perry AG (2005). Buku ajar fundamental keperawatan.Jakarta: Buku Kedokteran ECG.

Riskesdas, (2013

)[www.KementrianKesehatanRepublikIndonesia.b](http://www.kementriankesehatanrepublikindonesia.b)logspot.com/2013.

Sjamsuhidajat R, de Jong 2007.. Buku ajar ilmu bedah. Edisi ke-7. Jakarta: EGC; 1039-42

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

World Health Organization. *World health statistics 2010*. 2010 (diunduh 28 November 2018). Tersedia dari: URL: HYPERLINK http://www.who.int/whosis/whostat/2010/en/.

**Lampiran 1**

**STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SOP)**

**TEKNIK MENGATASI NYERI ATAU RELAKSASI NAFAS DALAM**

(Murni, 2014)

1. **Pengertian**

Merupakan metode efektif untuk menguragi rasa nyeri pada pasien yang mengalami nyeri kronis. Rileks sempurna yang dapat mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh, kecemasan sehingga mencegah menghebatnya stimuasi nyeri. Ada tiga hal yang utama dalam teknok relaksasi :

1. Posisikan pasien dengan tepat
2. Pikiran beristirahat
3. Lingkungan yang tenang
4. **Tujuan**

Untuk mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri dengan indikasi :

1. Dilakukan untuk pasien yang mengalami nyeri
2. Untuk berkurangnya rasa cemas, khawatir, dan gelisah
3. Meningkatkan keyakinan
4. Kesehatan mental menjadi lebih baik
5. **Prosedur pelaksanaan :**
   * + 1. Tahap prainteraksi
6. Membaca status pasien
7. Mencuci tangan
8. Menyiapkan alat
   * + 1. Tahap orientasi
9. Memberikan salam terapeutik
10. Validasi kondisi pasien
11. Menjaga privasi pasien
12. Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan kepada pasien dan keluarga
    * + 1. Tahap kerja
13. Ciptakan lingkungan yang tenang
14. Usahakan tetap rileks dan tenang
15. Menarik nafas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan 1, 2, 3 (jaga mulut tetap tertutup)
16. Perlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulut sambal merasakan ekstremitas atas dan bawah menjadi rileks
17. Anjurkan bernafas dengan irama normal 3 kali
18. Menarik nafas lagi melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan
19. Membiarkan telapak tangan dan kaki rileks
20. Usahakan agar tetap konsentrasi
21. Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga nyeri terasa berkurang
22. Latihan dilakukan dalam 2 sesi yaitu pada pagi hari pukul 09.00 dan siang hari pukul 13.00. setiap sesi latihan nafas dalam dilakukan sebanyak 3 kali.
    * + 1. Tahap terminasi
23. Evaluasi hasil kegiatan
24. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya
25. Akhiri dengan baik
26. Cuci tangan
27. Dokumentasi
28. Catat waktu pelaksanaan tindakan

Catat respon pasien

**Lampiran 2**

CURICULUM VITAE

Nama : Desy Norshila

Program Studi : Profesi Ners

Tempat Tanggal Lahir : Surabaya, 5 desember 1993

Alamat : Perumahan citra graha mandiri b8 surabaya

Agama : Islam

Email : desynorshila@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

1. SD Karya Putra Tahun Lulus 2005
2. SMP Hang Tuah 4 Surabaya Tahun Lulus 2008
3. SMA Hang Tuah 1 Surabaya Tahun Lulus 2011
4. D3 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya Tahun Lulus 2015
5. S1 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya Tahun Lulus 2020

**Lampiran 3**

**FORMULIR**

**PENGAJUAN KARYA ILMIAH AKHIR (KIA)**

Dalam rangka pelaksanaan Karya Ilmiah Akhir (KIA) bagi Mahasiswa Prodi Pendidikan Profesi Ners STIKES Hang Tuah Surabaya TA. 2020 / 2021, saya mengajukan KIA :

Nama : Desy Norshila

Nim : 2030023

Judul KIA : ASUHAN KEPERAWATAN MEDICAL BEDAH DENGAN DIAGNOSA MEDIS CLOSE FRACTURE FEMUR 1/3 DEXTRA DI RUMAH SAKIT GOTONG ROYONG SURABAYA

Mengajukan sidang KIA

Daftar Penguji

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **NAMA** | **PENGUJI** | **TANDA TANGAN** |
| 1 | Dwi priyantini, Skep. Ns.,M.sc | Penguji 1 |  |
| 2 | Merina Widyastuti,S.Kep.,Ns.,M.Kep | Penguji 2 |  |
| 3 | Christina Yuliastuti.Skep.,Ns.M.Kep | Penguji 3 | C:\Users\TOSHIBA\Downloads\ttd christina KTI.png |

Untuk keperluan sidang KIA, saya lampirkan :

□ Fotocopy lembar konsul

□ Menunjukkan hasil toefl

□ Menunjukkan bukti lunas administrasi keuangan (pembayaran SPP)

□ Menunjukkan lembar pengesahan

□ Menunjukkan sertifikat mengikuti seminar/ pelatihan

Surabaya, 23 Juli 2020

Admin Prodi

I Wayan Kama Utama

NIP. 03040

Ka Prodi Pendidikan Prfoesi Ners



Nuh Huda, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB

NIP. 03020

**LEMBAR KONSUL/ BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR**

**MAHASISWA PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS**

**STIKES HANG TUAH SURABAYA TAHUN 2020-2021**

NAMA. :Desy Norshila

NIM : 2030023

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NO | HARI/ TANGGAL | BAB/ SUBBAG | KONSUL/ BIMBINGAN | NAMA PEMBIMBING | TTD |
| 1 | Senin  12 Juli 2021 | BAB 3 | * Menyusun Bab 3 * Membuat WOC sesuai dengan kasus * Mencari literatur | Christina Yuliastuti.Skep.,Ns.M.Kep | C:\Users\TOSHIBA\Downloads\ttd christina KTI.png |
| 2 | Rabu  14 Juli 2021 | BAB 2 & BAB 4 | * Presentasi patofisiologi * Pengkajian dan diagnosa * Menyusun bab 2 dan 4 (pengkajian) | Christina Yuliastuti.Skep.,Ns.M.Kep | C:\Users\TOSHIBA\Downloads\ttd christina KTI.png |
| 3 | Jumat  16 Juli 2021 | BAB 4 | * Presentasi patofisiologi * Menyusun perencanaan | Christina Yuliastuti.Skep.,Ns.M.Kep | C:\Users\TOSHIBA\Downloads\ttd christina KTI.png |
| 4 | 20 Juli 2021 |  | Acc Ujian | Christina Yuliastuti.Skep.,Ns.M.Kep | C:\Users\TOSHIBA\Downloads\ttd christina KTI.png |