



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. J DENGAN
POST ORIF TIBIA DI RUANG AZALEA R.S SWASTA
BEKASI DI MASA PANDEMI COVID-19**

**DISUSUN OLEH:
ILHAM WAHYU SAPUTRO
201801026**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
MITRA KELUARGA
BEKASI
2021**



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. J DENGAN
POST ORIF TIBIA DI RUANG AZALEA R.S SWASTA
BEKASI DI MASA PANDEMI COVID-19**

**DISUSUN OLEH:
ILHAM WAHYU SAPUTRO
201801026**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
MITRA KELUARGA
BEKASI
2021**

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama lengkap : Ilham Wahyu Saputro

NIM : 201801026

Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga

Program Studi DIII Keperawatan

Menyatakan bahwa makalah ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. J Dengan Post Orif Tibia Di Ruang Azalea Rumah Sakit Swasta Bekasi Di Masa Pandemi Covid-19” yang dilaksanakan pada tanggal 03 Mei 2021 sampai 05 Mei 2021 adalah karya sendiri dan semua sumber yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan benar. Orisinalitas makalah ilmiah ini, tanpa unsur plagiatisme dalam pembuatan makalah ilmiah ini.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya. Bila dikemudian hari ditemukan kekeliruan, maka saya bersedia menanggung semua risiko atas perbuatan yang saya lakukan sesuai dengan peraturan yang berlaku.

Bekasi, 18 Juni 2021

Yang membuat pernyataan



(Ilham Wahyu Saputro)

LEMBAR PERSETUJUAN

Makalh ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. J Dengan Post Orif Tibia Di Ruang Azalea Rumah Sakit Swasta Bekasi Di Masa Pandemi Covid-19” ini telah disetujui untuk diujikan pada ujian sidang dihadapan tim penguji.

Bekasi, 18 Mei 2021

Pembimbing Makalah Ilmiah



(R. Yeni Mauliawati, S.Kp., M.Kep)

Mengetahi,

Koordinator Program Studi DIII Keperawatan

STIKes Mitra Keluarga



(Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.M.B)

LEMBAR PENGESAHAN

Makalah ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. J Dengan Post Orif Tibia Di Ruang Azalea Rumah Sakit Swasta Bekasi Di Masa Pandemi Covid-19” yang disusun oleh Ilham Wahyu Saputro (201801026) telah disajikan dan dinyatakan LULUS dalam Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji pada tanggal 22 Juni 2021.

Bekasi, 22 Juni 2021

Penguji I

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'L. Lastriyanti', with a long horizontal stroke extending to the right.

(Ns. Lastriyanti, S.Kep., M.Kep)

Penguji II

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'R. Yeni Mauliawati', with a large loop and a horizontal stroke.

(R. Yeni Mauliawati, S.Kp., M.Kep)

Nama Mahasiswa : Ilham Wahyu Saputro
NIM : 201801026
Program Studi : Diploma III Keperawatan
Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. J Dengan Post Orif Tibia Di Ruang Azalea Rumah Sakit Swasta Bekasi Di Masa Pandemi Covid-19.
Halaman : xii + 68 halaman + 1 tabel + 2 lampiran
Pembimbing : Yeni Mauliawati

ABSTRAK

Latar Belakang: Fraktur merupakan terputusnya kesinambungan atau struktur tulang yang dapat berupa retak, remah atau bagian korteks yang pecah. Berdasarkan angka kejadian cedera di Jawa Barat menduduki urutan ke 23 terbanyak dari 33 provinsi dengan prevalensi 9% atau setara dengan 133.334 penduduk. Oleh karena itu perawat memiliki peran dalam melakukan tindakan promotive, preventif, kuratif dan rehabilitatif untuk mengurangi angka kejadian fraktur di Indonesia, khususnya di Jawa Barat.

Tujuan Umum: Tujuan penulisan laporan kasus adalah untuk memperoleh gambaran data melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan Post Orif Tibia Dextra melalui pendekatan keperawatan secara komprehensif.

Metode Penulisan: Dalam penyusunan kasus ini menggunakan metode studi kasus, kepustakaan, deskriptif dan naratif yaitu dengan menggunakan fakta sesuai dengan data-data yang diperoleh.

Hasil: Hasil dari pengkajian didapatkan penyebab fraktur pada kasus karena kecelakaan lalu lintas yang dimana pasien mengalami benturan langsung pada bagian ekstremitas bawah yaitu pada tulang tibia kanan. Penatalaksanaan pasien dengan fraktur adalah operasi pembedahan ORIF (Open Reduction Interna Fixation). Masalah prioritas pada pasien fraktur adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi). Semua tindakan dilakukan sesuai dengan rencana dan standar prosedur operasional yang ada dan diharapkan nyeri pasien berkurang sampai dengan hilang.

Kesimpulan dan Saran: Asuhan keperawatan pada pasien dengan fraktur perlu memperhatikan masalah keperawatan yaitu nyeri agar tidak terjadi komplikasi yaitu kompartemen sindrom. Intervensi yang dilakukan untuk pasien fraktur adalah mengkaji TTV (tekanan darah dan nadi), mengkaji karakteristik nyeri dengan PQRST, melakukan teknik distraksi untuk mengalihkan rasa nyerinya dan memberikan terapi nonfarmakologi maupun farmakologi.

Keyword: Asuhan Keperawatan, Fraktur dan Post Orif.

Daftar Pustaka: 19 (2012 s.d 2021)

Name : Ilham Wahyu Saputro
Student ID Number : 201801026
Majors : Diploma III - Nursing
The Tittle of Scientific Paper : Nursing Care for Patients Mr. J with Post Orif Tibia in the Azalea Room of the Bekasi Private Hospital during the Covid-19 Pandemic.
Pages : xii + 68 pages + 1 tabel + 2 attachment
Supervisor : Yeni Mauliawati

ABSTRACT

Background: Fracture is a break in continuity or bone structure that can be in the form of cracks, crumbs or broken parts of the cortex. Based on the incidence of injury, West Java ranks 23rd most out of 33 provinces with a prevalence of 9% or equivalent to 133,334 population. Therefore nurses have a role in carrying out promotive, preventive, curative and rehabilitative actions to reduce the incidence of fractures in Indonesia, especially in West Java.

Main Objective: The purpose of writing a case report is to obtain an overview of the data on nursing care for patients with Post Orif Tibia Dextra through a comprehensive nursing approach.

Method in Writing: In the preparation of this case using case study methods, literature, descriptive and narrative by using facts by the data obtained.

Result: The results of the study found the cause of fracture in cases due to traffic accidents where the patient experienced a direct impact on the lower extremity, namely the right tibia bone. Management of patients with fractures is surgery ORIF (Open Reduction Internal Fixation). The priority problem in fracture patients is acute pain associated with physical injuring agents (surgical procedures). All actions are carried out under existing plans and standard operating procedures and it is hoped that the patient's pain will decrease until it disappears.

Conclusion and Suggestion: Nursing care for patients with fractures needs to pay attention to nursing problems, namely pain so that complications do not occur, namely compartment syndrome. Interventions for fracture patients are assessing TTV (blood pressure and pulse), assessing the characteristics of pain with PQRST, performing distraction techniques to divert the pain and providing non-pharmacological and pharmacological therapy.

Keyword: Nursing Care, Fractures and Post Orif.

Bilbliography: 19 (2012 up to 2021)

KATA PENGANTAR

Dengan menyebut nama Allah SWT yang Maha Pengasih lagi Maha Penyayang. Saya panjatkan puja serta syukur kehadirat-Nya, yang telah melimpahkan rahmat, hidayah, dan inayah-Nya kepada saya, sehingga saya dapat menyelesaikan makalah ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. J Dengan Post Orif Tibia Di Ruang Azalea Rumah Sakit Swasta Bekasi Di Masa Pandemi Covid-19”.

Makalah ilmiah ini saya tulis dengan semaksimal mungkin dan mendapatkan banyak bantuan dari berbagai pihak, sehingga dapat memperlancar dan membantu dalam pembuatan makalah ilmiah ini. Maka, dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih dengan segenap rasa hormat kepada:

1. R. Yeni Mauliawati, S.Kp., M.Kep selaku dosen pembimbing dan dosen penguji II yang telah meluangkan waktu dan tenaga untuk membimbing dan memberikan masukan kepada penulis dalam menyelesaikan makalah ilmiah ini dengan sebaik-baiknya.
2. Ns. Latriyanti, S.Kep., M.Kep selaku dosen penguji I yang telah meluangkan waktunya untuk menguji penulis dan telah memberikan dukungan serta motivasi bagi penulis.
3. Dr. Susi Hartati, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.An selaku ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga.
4. Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.kep., Sp. Kep.M.B selaku koordinator program studi DIII Keperawatan.
5. Ns. Aprillia Veranita, S.Kep., M.Kep selaku dosen pembimbing akademik yang telah memberikan motivasi, semangat dan kritik yang sangat membangun untuk penulis selama menuntut ilmu di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga dan dalam penulisan makalah ini.
6. Seluruh dosen pengajar Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga yang telah memberikan ilmu yang sangat bermanfaat kepada penulis dalam proses belajar selama tiga tahun.

7. Seluruh staff akademik dan non akademik Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga yang telah menyediakan fasilitas dan bantuan dalam bentuk apapun demi kelancaran penulisan karya tulis ilmiah ini.
8. Kepala ruangan dan *clinical mentor* Ns. Istikoma, S.Kep. serta perawat ruangan di Azalea Rumah Sakit Swasta Bekasi.
9. Tn. J selaku pasien dan Keluarga yang telah senantiasa bersedia memberikan informasi dan menerima keberadaan penulis untuk menerapkan dan melakukan Asuhan Keperawatan.
10. Keluarga Tercinta yaitu Bapak Sumarno, Ibu Dwi, Adik Arya dan Tante Ratni yang selalu hadir untuk memberi dukungan baik, semangat, motivasi, moril, material, dan do'a yang tidak henti-hentinya untuk penulis serta menjadi motivasi utama bagi penulis.

Terlepas dari semua itu, penulis menyadari bahwa masih ada kekurangan baik dari segi isi maupun penulisan dalam makalah ilmiah ini. Oleh karena itu, dengan kebesaran hati penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun demi perbaikan makalah ilmiah ini. Akhir kata penulis berharap semoga makalah ilmiah ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. J Dengan Post Orif Tibia Di Ruang Azalea Rumah Sakit Swasta Bekasi Di Masa Pandemi Covid-19” dapat memberikan manfaat maupun inspirasi terhadap pembaca.

Bekasi, 18 Juni 2021

Ilham Wahyu Saputro

DAFTAR ISI

COVER DALAM.....	i
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
ABSTRAK.....	v
<i>ABSTRACT</i>	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I.....	1
PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan	3
1. Tujuan Umum.....	3
2. Tujuan Khusus.....	3
C. Ruang Lingkup	3
D. Metode Penulisan.....	3
E. Sistematika Penulisan	4
BAB II	6
TINJAUAN TEORI.....	6
A. Pengertian.....	6
B. Etiologi.....	6
C. Patofisiologi.....	7
1. Proses Perjalanan Penyakit.....	7
2. Manifestasi Klinis	8
3. Komplikasi	8
4. Klasifikasi	9
5. Pemeriksaan Diagnostik.....	10
D. Penatalaksanaan Medis	11

E. Pengkajian Keperawatan	12
F. Diagnosa Keperawatan.....	14
G. Perencanaan Keperawatan	14
H. Pelaksanaan Keperawatan.....	22
I. Evaluasi Keperawatan.....	23
BAB III	25
TINJAUAN KASUS	25
A. Pengkajian Keperawatan	25
B. Diagnosa Keperawatan.....	40
C. Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan	40
BAB IV	58
PEMBAHASAN	58
A. Pengkajian Keperawatan	58
B. Diagnosa Keperawatan.....	59
C. Perencana Keperawatan	60
D. Pelaksanaan Keperawatan	61
E. Evaluasi Keperawatan.....	61
BAB V	65
PENUTUP.....	65
A. Kesimpulan.....	65
B. Saran.....	66
1. Bagi Petugas Kesehatan	66
2. Bagi Institut Pendidikan.....	66
3. Bagi Mahasiswa.....	66
DAFTAR PUSTAKA.....	67

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Analisa Data.....	38
-----------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1: Genogram

Lampiran 2: Pathway

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Fraktur terjadi akibat peristiwa trauma (traumatic fracture) yang disebabkan oleh kecelakaan lalu lintas (KLL) maupun non-lalu lintas. KLL menjadi penyebab kasus kematian terbanyak nomor satu dikalangan usia 10-24 tahun dan setiap harinya terdapat 1.000 kematian anak dan remaja. Usia produktif juga merupakan pejamu rentan untuk terjadinya KLL, terbukti sebanyak 67% sudah menjadi korban pada usia 22-50 tahun (Ridwan et al., 2018).

Prevalensi cedera di dunia menurut World Health Organization, (2018) menunjukkan bahwa Kecelakaan lalu lintas jalan menyebabkan kematian sebanyak 1,25 juta orang di seluruh dunia pada 2013 dan melukai hingga 50 juta lebih. Tingkat kematian karena kecelakaan lalu lintas jalan 2,6 kali lebih tinggi di negara berpendapatan rendah (24,1 kematian per 100.000 penduduk) dibandingkan di negara berpendapatan tinggi (9,2 kematian per 100.000 populasi), meskipun tingkat kepemilikan kendaraan di negara berpendapatan rendah.

Berdasarkan Kemenkes RI, (2019) Jawa Barat menduduki urutan ke 23 terbanyak dari 33 provinsi yang mengalami cedera dengan prevalensi 9%. Prevalensi cedera terbanyak menurut rentang usia berkisar 15-24 tahun dengan jenis kelamin laki-laki dan tinggal di perkotaan. Bagian tubuh yang terkena cedera terbanyak adalah anggota gerak bawah 67,9%, anggota gerak atas 32,7%, kepala 11,9%, punggung 6,5%, dada 2,6% dan perut 2,2%. Prevalensi tempat terjadinya cedera terbanyak adalah rumah dan lingkungannya 44,7%, jalan raya 31,4%, tempat kerja 9,1%, lainnya 8,3% sekolah dan lingkungannya 6,5%.

Menurut data dari bagian rekam medik di RS Swasta di Bekasi Timur selama 1 tahun terakhir terdapat 94 (0,9%) dari 10.161 total pasien rawat inap dengan jenis kelamin 60 orang laki-laki dan 34 orang perempuan. Didapatkan data pasien yang mengalami fraktur tibia sebanyak 12 orang dengan prevalensi 12,7% dengan jenis kelamin 9 orang laki-laki dan 3 orang perempuan.

Melihat angka kejadian diatas jika cedera tidak ditangani dengan segera maka akan berdampak pada kondisi pasien. Dampak dari cedera adalah pasien mengalami kecacatan, kesulitan jika berdiri lama atau berjalan, tidak mampu memenuhi kebutuhan dirinya sendiri sehingga perlu bantuan oleh orang lain dan penderita mengalami penurunan tingkat aktivitasnya (Platini et al., 2020).

Perawat memiliki peran penting dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan fraktur secara komprehensif. Peran perawat yaitu promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Peran perawat sebagai promotif dengan memberikan pendidikan kesehatan mengenai pengertian, penyebab, tanda gejala, komplikasi, dan cara perawatannya apabila tidak ditangani, sehingga keluarga mampu merawat pasien di rumah dengan baik. Peran perawat sebagai preventif adalah menganjurkan untuk menghindari tempat atau area yang rawan membuat cedera. Peran perawat sebagai kuratif yaitu memberi asuhan keperawatan yang berfokus pada sistem musculoskeletal, dimana membantu seorang yang dalam keadaan fraktur tetap termotivasi dan berupaya dalam memulihkan kembali bagian yang fraktur. Peran perawat sebagai rehabilitative yaitu memotifasi pasien agar mau menggerakkan anggota tubuhnya dan berlatih berjalan untuk mengatasi cedera ekstremitas bawah agar pasien mampu berjalan kembali seperti semula.

Pada saat pandemi ini perawat harus menerapkan protokol kesehatan yang sudah ditetapkan pada Kementrian Kesehatan RI, seperti perawat harus menggunakan masker saat melakukan asuhan keperawatan di rumah sakit, menjaga jarak minimal 1 meter antara perawat dengan pasien, selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, perawat dianjurkan untuk tidak menyentuh area wajah untuk meminimalkan terpaparnya virus dan selalu membersihkan daerah yang sering di sentuh misalnya gagang pintu, pulpen, meja dan barang-barang lainnya. Hal ini dilakukan oleh perawat untuk memutuskan rantai penyebaran virus Covid-19 (World Health Organization, 2021).

Berdasarkan uraian data diatas maka perawat memiliki peran penting dalam memberikan asuhan keperawatan, maka penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan fraktur tibia di masa pandemi Covid-19.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulis memperoleh pengalaman secara nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan post orif tibia.

2. Tujuan Khusus

Penulis diharapkan mampu:

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan post orif tibia.
- b. Menentukan diagnosa keperawatan pada pasien dengan post orif tibia.
- c. Membuat perencanaan keperawatan pada pasien dengan post orif tibia.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai perencanaan pada pasien dengan post orif tibia.
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan post orif tibia.
- f. Mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dan praktik pada pasien dengan post orif tibia.
- g. Mengidentifikasi faktor-faktor pendukung, penghambat serta mencari solusi/ alternatif pemecahan masalah pada pasien dengan post orif tibia.
- h. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan post orif tibia.

C. Ruang Lingkup

Asuhan Keperawatan pada pasien Tn. J dengan Post Orif Tibia dextra di ruang A Rumah Sakit Swasta Bekasi Timur dari tanggal 03 Mei sampai dengan 05 Mei tahun 2021.

D. Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan adalah metode deskriptif, deskriptif yaitu memberi gambaran pemberian asuhan keperawatan pada pasien melalui pendekatan proses keperawatan. Selain itu penulis juga menggunakan beberapa cara untuk menulis karya tulis ini, seperti:

1. Studi Kasus

Yaitu dengan cara memberikan asuhan keperawatan kepada pasien secara langsung, dengan mengadakan pemeriksaan fisik pada pasien, wawancara dengan keluarga pasien dan menerapkan proses asuhan keperawatan.

2. Studi Literatur

Yaitu dengan memperoleh bahan-bahan ilmiah yang bersifat teoritis baik dalam lingkup medik maupun asuhan keperawatan dengan menggunakan media kepustakaan yaitu buku-buku dan jurnal yang berkaitan dengan masalah pasien dan juga media elektronik yaitu internet.

3. Status Dokumentasi

Yaitu dengan mengumpulkan data yang diperoleh melalui medical record pasien yang terdiri dari hasil laboratorium, hasil pemeriksaan radiologi, catatan keperawatan dan catatan dokter.

E. Sistematika Penulisan

Penulisan karya tulis ini penulis membagi bagian-bagian karya tulis dalam lima bab besar yang secara sistematika disusun sebagai berikut: Bab I pendahuluan terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, metode penulisan, ruang lingkup, dan sistematika penulisan. Bab II tinjauan teoritis yang terdiri dari konsep dasar penyakit seperti pengertian, etiologi, patofisiologi (proses perjalanan penyakit, manifestasi klinis, komplikasi, penatalaksanaan medis, pemeriksaan diagnosa, asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa, intervensi, tindakan dan evaluasi. Bab III tinjauan kasus yang terdiri dari pengkajian keperawatan pada pasien dengan post orif tibia, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi keperawatan. Bab IV pembahasan yang membahas akan kesenjangan dan kesesuaian antara teori dan kasus dengan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnose, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Bab V penutup yang terdiri dari kesimpulan dan saran serta diakhiri dengan daftar pustaka dan lampiran.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Pengertian

Fraktur adalah patah tulang, biasanya disebabkan karena trauma, tekanan fisik, kekuatan sudut dari tekanan, keadaan tulang dan jaringan lunak disekitar tulang yang akan mengklasifikasikan fraktur yang terjadi lengkap atau tidak lengkap (Hartanto, 2014).

Fraktur adalah gangguan lengkap atau tidak lengkap pada kesinambungan struktur tulang dan diidentifikasi sesuai dengan jenis dan keluasanannya. Fraktur bisa terjadi ketika tulang terkena tekanan berupa benturan langsung atau tidak langsung yang membuat remuk, patah dan bergesernya tulang (Smeltzer, 2016).

Fraktur adalah kondisi terjadinya ketidaksinambungan tulang panjang atau tulang rawan yang bersifat total atau sebagian yang diakibatkan oleh trauma atau cedera fisik (Ahmad et al., 2020).

B. Etiologi

Fraktur terjadi akibat trauma, namun beberapa fraktur bisa terjadi akibat proses penyakit seperti osteoporosis yang menyebabkan fraktur patologis (Andri et al., 2020).

Menurut Haryono dan Utami, (2019) penyebab fraktur dibagi menjadi dua yaitu:

1. Penyebab ekstrinsik

Fraktur bisa terjadi karena adanya trauma langsung ataupun tidak langsung. Trauma merupakan penyebab paling sering patah tulang, biasanya karena kecelakaan lalu lintas, jatuh atau terpeleset.

2. Penyebab intrinsik

Fraktur intrinsik berasal dari dalam yaitu daya tahan tulang itu sendiri seperti kapasitas absorpsi dari tekanan, elastisitas, kelelahan dan kepadatan atau kekerasan tulang.

Menurut Istianah, (2019) penyebab fraktur dibagi menjadi empat yaitu:

1. Trauma
Trauma dibagi menjadi dua trauma langsung seperti kecelakaan lalu lintas dan tidak langsung seperti jatuh dari ketinggian dan terpeleset.
2. Patologis seperti penyakit yang menyebabkan tulang menjadi rapuh atau kekuatan tulang menurun.
3. Degeneratif adalah proses penuaan dimana semakin bertambahnya usia maka sistem organ akan mengalami penurunan sehingga dapat berisiko mengalami cedera.
4. Spontan, misalnya seperti akibat tarikan otot yang sangat kuat.

C. Patofisiologi

1. Proses Perjalanan Penyakit

Fraktur adalah kondisi terjadinya ketidaksinambungan tulang panjang atau tulang rawan yang bersifat total atau sebagian yang diakibatkan oleh trauma atau cedera fisik. Fraktur dapat terjadi akibat trauma langsung, trauma tidak langsung dan kondisi patologis. Ketika tulang mengalami pergeseran/terjadi kerusakan pasien akan mengalami nyeri yang berupa akut maupun kronis. Fraktur merupakan ketidaksinambungan tulang yang artinya kondisi tulang tidak menyatu yang akan mengakibatkan perubahan jaringan disekitar area tulang. Pasien yang mengalami fraktur akan mengalami perubahan bentuk dari yang seharusnya dan akan mengganggu pergerakan pasien, sehingga pasien memiliki hambatan mobilitas fisik yang dimana kebutuhan pasien harus dibantu oleh keluarga atau orang lain untuk memenuhi kebutuhannya. Perubahan jaringan disekitar tulang dapat diatasi dengan tindakan operasi yang bertujuan untuk mengembalikan kondisi tulang seperti semula dengan teknik pembedahan. Efek dari teknik pembedahan sendiri adalah pasien akan mengalami kerusakan integritas kulit. Pembedahan artinya terdapat vena dan arteri yang akan terpotong atau putus yang dapat menyebabkan pasien mengalami perdarahan, jika perdarahan tidak segera di atasi maka pasien akan kehilangan cairan tubuh secara terus menerus dan menyebabkan kekurangan volume cairan (Haryono & Utami, 2019).

2. Manifestasi Klinis

Menurut Istianah, (2019) tanda dan gejala yang sering muncul pada pasien dengan fraktur adalah:

- a) Aktivitas/istirahat
pasien akan menunjukkan keterbatasan/kehilangan fungsi pada bagian cedera.
- b) Sirkulasi
 - 1) Peningkatan tekanan darah, terjadi akibat respons terhadap nyeri atau kecemasan.
 - 2) Takikardi.
 - 3) Penurunan atau hilang denyut nadi pada bagian distal area cedera, pengisian kapiler lambat dan pucat pada area fraktur.
 - 4) Hematoma area fraktur.
- c) Neurosensori
 - 1) Hilang gerakan atau kebas.
 - 2) Parestesia (kesemutan), deformitas lokal, angulasi abnormal, pemendekan, rotasi, krepitas, spasme otot, kelemahan dan kehilangan fungsi.
 - 3) Keterbatasan atau kehilangan fungsi pada bagian yang cedera karena benturan langsung dari fraktur atau pembengkakan jaringan dan nyeri.
 - 4) Agitasi berhubungan dengan nyeri, kecemasan, atau trauma lain.
- d) Rasa tidak nyaman
 - 1) Nyeri hebat pada area cedera.
 - 2) Spasme/kram otot setelah imobilisasi.
 - 3) Pembengkakan lokal

3. Komplikasi

Menurut Haryono dan Utami, (2019) komplikasi yang akan terjadi jika fraktur tidak segera ditangani adalah:

- a) Perdarahan dapat terjadi pada semua yang mengalami fraktur.
- b) Cedera vascular, fraktur tertutup dapat mengganggu suplai vascular yang cukup dan menyebabkan iskemia ekstremitas distal.

- c) Cedera saraf, syaraf cedera akibat peregangan yang disebabkan oleh potongan tulang yang retak, pukulan benda tumpul dan robek karena serpihan tulang yang tajam. Ketika saraf memar (neurapraxia) konduksi saraf terhambat, tetapi saraf tidak robek. Neurapraxia menyebabkan defisit motorik dan sensorik sementara. Ketika saraf hancur (axonotmesis) akson terluka, tetapi selubung mielin tidak. Saraf yang robek (neurotmesis) tidak sembuh secara spontan dan harus diperbaiki dengan pembedahan.
- d) Emboli pulmonal, penyumbatan pada arteri pulmonalis yang biasanya terjadi pada fraktur panggul.
- e) Emboli lemak, fraktur tulang panjang yang dapat menyebabkan robeknya jaringan lemak hingga masuk kedalam aliran darah dan menyumbat pembuluh darah.
- f) Sindrom kompartemen, fraktur dapat memicu pembengkakan pada otot atau jaringan didalam kompartemen biasanya terjadi dalam 12 sampai 48 jam tetapi dapat terjadi sampai dengan 10 hari setelah cedera. Pembengkakan ini mengakibatkan tekanan darah didalam kompartemen akan meningkat. Jika tidak segera diatasi maka aliran darah dan oksigen akan menurun dan membuat perburukan pembengkakan sehingga dapat merusak saraf yang menjadi bagian dari kompartemen. Otot juga akan mengalami kerusakan jaringan (nekrosis) secara permanen. Sindrom kompartemen akut dapat menyebabkan nyeri hebat, berdenyut, nyeri yang dirasakan tidak kunjung reda dan tidak dapat dikontrol oleh opioid (dapat disebabkan oleh gips yang terlalu ketat, balutan konstriktif atau peningkatan isi kompartemen otot karena edema atau hemoragi).
- g) Infeksi, infeksi akan berisiko tinggi terjadi pada pasien dengan tindakan operasi pembedahan, jika infeksi berlanjut akan menyebabkan osteomyelitis yang akan sulit disembuhkan.

4. Klasifikasi

- a) Sudut patah
 - 1) Fraktur transversal adalah fraktur yang garis patahnya tegak lurus, fraktur transversal mudah untuk ditangani yaitu dengan carabidai gips.
 - 2) Fraktur oblik adalah fraktur yang garis patahnya membentuk sudut terhadap tulang, fraktur oblik sulit untuk diperbaiki.

- 3) Fraktur spiral adalah fraktur yang timbul akibat pergeseran pada ekstremitas, fraktur ini hanya menimbulkan sedikit kerusakan jaringan lunak fraktur ini cenderung cepat sembuh (Hartanto, 2014).
 - 4) Fraktur kompresi adalah fraktur yang terjadi ketika dua tulang menumpuk pada tulang ketiga yang berada diantaranya.
 - 5) Fraktur avulasi adalah fraktur yang memisahkan fragmen tulang pada tempat insisi tendon atau ligament (Haryono & Utami, 2019).
- b) Kontak lingkungan luar
- Fraktur dibagi menjadi menjadi dua yaitu fraktur terbuka dan fraktur tertutup.
- 1) Fraktur terbuka adalah fraktur yang merusak jaringan kulit yang disebabkan adanya hubungan dengan lingkungan luar dan sangat berpotensi menyebabkan infeksi.
 - 2) Fraktur tertutup adalah fraktur tanpa adanya kerusakan pada jaringan kulit dan tulang tidak sampai keluar dari kulit (Andri et al., 2020).

5. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Istianah, (2019) pemeriksaan diagnostik yang dilakukan pada kasus fraktur adalah:

- a) Foto rontgen (X-ray) untuk menentukan lokasi dan luasnya fraktur.
- b) Scan tulang, tomograf atau scan CT/MRI untuk memperlihatkan fraktur lebih jelas, mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak.
- c) Arteriogram dilakukan untuk memastikan ada tidaknya kerusakan vaskuler.
- d) Hitung darah lengkap, hemokonsentrasi meningkat atau menurun pada perdarahan, peningkatan leukosit terjadi sebagai respon terhadap peradangan.
- e) Kreatinin, trauma otot meningkatkan beban kreatinin untuk klirens ginjal.
- f) Profil koagulasi, perubahan dapat terjadi pada kehilangan darah, transfusi atau cedera organ hati.

D. Penatalaksanaan Medis

Menurut Haryono dan Utami, (2019) penatalaksanaan pada pasien dengan fraktur adalah:

1. Reduksi

Reduksi memiliki tujuan untuk mengebalikan Panjang dan kesejajaran garis tulang yang dapat dicapai dengan reduksi tertutup atau reduksi terbuka. Reduksi tertutup dilakukan dengan traksi manual atau ekanik untuk menarik fraktur kemudian memanipulasinya untuk mengembalikan kesejajaran tulang. Reduksi terbuka dilakukan dengan menggunakan alat fiksasi internal untuk mempertahankan posisi pada saat penyembuhan tulang menjadi solid. Alat fiksasi tersebut berupa pen, kawat, skrup, dan plat.

2. Retensi

Retensi bertujuan untuk mencegah pergeseran fragmen dan mencegah pergerakan yang dapat mengancam penyatuan. Pemasangan plat atau traksi bertujuan untuk mempertahankan reduksi ekstremitas yang mengalami fraktur.

3. Rehabilitasi

Membantu melatih aktifitas fungsional seoptimal mungkin.

Menurut Smeltzer, (2016) penatalaksanaan pada pasien dengan fraktur tibia adalah:

1. Ajarkan tentang langkah perawatan long leg walking cast atau patellar-tendon bearing cast.
2. Ajarkan dan bantu pasien untuk menopang sebagian berat badannya, biasanya dalam 7 sampai 10 hari.
3. Ajarkan pasien mengenai perawatan gips atau short leg brace (dalam 3 sampai 4 minggu) yang memungkinkan gerakan lutut.
4. Ajarkan pasien tentang perawatan traksi skeletal, jika dapat diterapkan, dorong pasien untuk melakukan Latihan pinggul, kaki dan lutut dalam Batasan alat imobilisasi.
5. Instruksikan pasien untuk mulai menopang berat badannya ketika sudah diperagakan (biasanya sekitar 4 sampai 8 minggu).
6. Instruksikan pasien untuk meninggikan ekstremitasnya guna mengontrol edema.
7. Lakukan evaluasi neuromuscular kontinu.

E. Pengkajian Keperawatan

Menurut Doenges et al., (2012) pengkajian keperawatan terhadap fraktur meliputi: Gejala-gejala yang muncul pada fraktur tergantung pada sisi, beratnya, dan jumlah kerusakan pada strukturnya.

1. Aktivitas/istirahat

Tanda:

keterbatasan/kehilangan fungsi pada bagian yang terkena (mungkin segera, fraktur itu sendiri atau terjadi secara sekunder, dari pembengkakan jaringan, nyeri).

2. Sirkulasi

Tanda:

hipertensi (kadang-kadang terlihat sebagai respons terhadap nyeri atau ansietas) atau hipotensi (kehilangan darah).

Takikardi (respons stress, hipovolemia)

3. Neurosensori

Gejala:

- a) Hilang gerakan/sensasi, spasme otot
- b) Kebas/kesemutan (parestesis).

Tanda:

Deformitas lokal; angulasi abnormal pemendekan, rotasi, krepitasi (bunyi berderit), spasme otot, terlihat kelemahan/hilang fungsi anggota gerak. Agitasi (mungkin berhubungan dengan nyeri/ansietas atau trauma lain).

4. Nyeri/kenyamanan

Gejala:

Nyeri berat tiba-tiba pada saat cedera (mungkin terlokalisasi pada area jaringan/kerusakan tulang; dapat berkurang pada imobilisasi); nyeri akibat kerusakan saraf. Spasme/kram otot (setelah imobilisasi).

5. Keamanan

Tanda:

Laserasi kulit, avulsi jaringan, perdarahan, perubahan warna. Pembengkakan lokal (dapat membesar secara bertahap atau tiba-tiba).

6. Penyuluhan/pembelajaran

Gejala:

Lingkungan cedera.

Pertimbangan rencana pemulangan:

DRG menunjukkan rerata lama dirawat: femur 7,8 hari; panggul/pelvis, 6,7 hari; lain-lainnya, 4,4 hari bila memerlukan perawatan di rumah sakit.

Mebutuhkan bantuan dengan transportasi, aktivitas perawatan diri, dan tugas pemeliharaan/perawatan rumah.

7. Pemeriksaan diagnostik

- a) Pemeriksaan ronsen: menentukan lokasi/luasnya fraktur/trauma.
- b) Skan tulang, tomogram, skan CT/MRI: memperlihatkan fraktur; juga dapat digunakan untuk mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak.
- c) Arteriogram: dilakukan bila kerusakan vaskuler dicurigai.
- d) Hitung darah lengkap: Ht mungkin meningkat (hemokonsentrasi) atau menurun (perdarahan bermakna pada sisi fraktur atau organ jauh pada trauma multiple). Peningkatan jumlah sel darah putih merupakan respons stress normal setelah trauma.
- e) Kreatinin: trauma otot meningkatkan beban kreatinin untuk klirens ginjal.
- f) Profile koagulasi: perubahan dapat terjadi pada kehilangan darah, transfuse multiple, atau cedera hati.

8. Prioritas keperawatan

- a) Mencegah cedera tulang/jaringan lanjut.
- b) Menghilangkan nyeri
- c) Mencegah komplikasi
- d) Memberikan informasi tentang kondisi/prognosis dan kebutuhan pengobatan.

9. Tujuan pemulangan

- a) Fraktur stabil
- b) Nyeri terkontrol
- c) Komplikasi dicegah/minimal
- d) Kondisi, prognosis, dan program terapi dipahami.

F. Diagnosa Keperawatan

Menurut (Doenges et al., 2012; PPNI, 2016) diagnosa keperawatan terhadap fraktur meliputi:

1. Nyeri akut berhubungan dengan spasme otot, gerakan fragmen tulang, edema, dan cedera pada jaringan lunak, alat traksi/imobilisasi
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan rangka neuromuscular, nyeri atau ketidaknyamanan, terapi restriktif (imobilisasi tungkai).
3. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan cedera tusuk; fraktur terbuka, bedah perbaikan; pemasangan traksi pen, kawat, sekrup, imobilisasi fisik.
4. Infeksi berhubungan dengan prosedur invasive, traksi tulang.
5. Kurang pengetahuan tentang kondisi, prognosis, dan pengobatan berhubungan dengan kurang pengetahuan atau mengingat, salah interpretasi informasi dan tidak mengenal sumber informasi.

G. Perencanaan Keperawatan

Menurut (Doenges et al., 2012; PPNI, 2018) perencanaan keperawatan terhadap fraktur meliputi:

1. Nyeri akut berhubungan dengan spasme otot, gerakan fragmen tulang, edema, dan cedera pada jaringan lunak, alat traksi/imobilisasi.

Tujuan dan kriteria hasil: menyatakan nyeri hilang. menunjukkan penggunaan keterampilan nonfarmakologi yaitu relaksasi dan aktivitas terapeutik sesuai indikasi untuk situasi individual.

Intervensi

a. Mandiri

- 1) Pertahankan imobilisasi bagian yang sakit dengan tirah baring, gips, pembelat, traksi.

Rasional: mengurangi menghilangkan nyeri dan mencegah kesalahan posisi tulang/tegangan jaringan yang cedera

- 2) Tinggikan dan dukung ekstremitas yang terkena.

Rasional: meningkatkan aliran balik vena, mengurangi edema, dan mengurangi rasa nyeri.

- 3) Hindari penggunaan sprei/bantal plastic dibawah ekstremitas dalam gips.

Rasional: dapat meningkatkan ketidaknyamanan karena peningkatan produksi panas dalam gips yang kering.

- 4) Tinggikan penutup tempat tidur: pertahankan linen terbuka pada ibu jari kaki.

Rasional: mempertahankan kehangatan tubuh tanpa ketidaknyamanan karena tekanan selimut pada bagian yang sakit.

- 5) Evaluasi keluhan nyeri/ketidaknyamanan, perhatikan lokasi dan karakteristik, termasuk intensitas (skala 0-10). Perhatikan respon nyeri nonverbal (perubahan pada tanda vital dan emosi/perilaku).

Rasional: mempengaruhi pilihan/pengawasan keefektifan intervensi.

- 6) Dorong pasien untuk mendiskusikan masalah sehubungan dengan cedera.

Rasional: membantu untuk menghilangkan ansietas.

- 7) Jelaskan prosedur sebelum memulai.

Rasional: memungkinkan pasien untuk siap secara mental dalam beraktivitas juga berpartisipasi mengontrol tingkat ketidaknyamanan.

- 8) Beri obat sebelum perawatan aktivitas.

Rasional: meningkatkan relaksasi otot dan meningkatkan partisipasi.

- 9) Lakukan dan awasi latihan rentang gerak pasif/aktif.

Rasional: mempertahankan kekuatan/mobilitas otot yang sakit dan memperjelas gambaran inflamasi pada jaringan yang cedera.

- 10) Berikan alternatif tindakan kenyamanan, contoh pijatan, pijatan punggung, perubahan posisi.

Rasional: meningkatkan sirkulasi umum; menurunkan area tekanan local dan kelelahan otot.

- 11) Dorong menggunakan teknik manajemen stress, contoh relaksasi progresif, latihan napas dalam, imajinasi visualisasi. Sentuhan terapeutik.

Rasional: memfokuskan kembali perhatian, meningkatkan rasa control, dan dapat meningkatkan kemampuan coping dalam manajemen nyeri, yang mungkin menetap untuk periode lebih lama.

12) Identifikasi aktivitas terapeutik yang tepat untuk usia pasien, kemampuan fisik, dan penampilan pribadi.

Rasional: mencegah kebosanan, menurunkan ketegangan, dan dapat meningkatkan kekuatan otot; dapat meningkatkan harga diri dan kemampuan coping.

13) Selidiki adanya keluhan nyeri yang tak biasa/tiba-tiba atau dalam, lokasi progresif/buruk tidak hilang dengan analgesik.

Rasional: dapat menandakan terjadinya komplikasi, contoh infeksi, iskemia jaringan, sindrom kompartemen.

b. Kolaborasi

1) Lakukan kompres dingin/es 24-48 jam pertama sesuai keperluan.

Rasional: menurunkan edema/pembentukan hematoma, menurunkan sensasi nyeri.

2) Berikan obat sesuai indikasi: narkotik dan analgesik non-narkotik.

NSAID injeksi contoh ketoralak (toradol); dan/atau relaksasi otot.

Berikan narkotik sekitar pada jamnya selama 3-5 hari.

Rasional: diberikan untuk menurunkan nyeri dan/atau spasme otot.

3) Berikan/awasi analgesik yang dikontrol pasien (APD) bila indikasi.

Rasional: pemberian rutin APD mempertahankan kadar analgesik darah adekuat.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan rangka neuromuscular, nyeri atau ketidaknyamanan, terapi restriktif (imobilisasi tungkai).

Tujuan dan kriteria hasil: meningkatkan/ mempertahankan mobilitas pada tingkat paling tinggi yang mungkin, mempertahankan posisi fungsional, meningkatkan kekuatan/ fungsi yang sakit dan mengkompensasi bagian tubuh, menunjukkan teknik yang memungkinkan melakukan aktivitas.

Intervensi

a. Mandiri

- 1) Kaji derajat imobilisasi yang dihasilkan oleh cidera/pengobatan dan perhatian persepsi pasien terhadap imobilisasi.
Rasional: pasien mungkin dibatasi oleh pandangan diri/persepsi diri tentang keterbatasan fisik aktual, memerlukan informasi/intervensi untuk meningkatkan kemajuan kesehatan.
- 2) Dorong partisipasi pada aktivitas terapeutik/rekreasi. Pertahankan rangsang lingkungan contoh, radio, TV, koran, barang milik pribadi/lukisan, jam, kalender, kunjungan keluarga/teman.
Rasional: memberikan kesempatan untuk mengeluarkan energi, memfokuskan kembali perhatian, meningkatkan rasa control diri/harga diri dan membantu menurunkan isolasi social.
- 3) Instruksikan pasien untuk/bantu dalam rentang gerak pasien/aktif pada ekstremitas yang sakit dan yang tidak sakit.
Rasional: meningkatkan aliran darah ke otot dan tulang untuk meningkatkan tonus otot, mempertahankan gerak sendi; mencegah kontraktur/atrofi dan resorpsi kalsium karena tidak digunakan.
- 4) Dorong penggunaan latihan isometric mulai dengan tungkai yang tidak sakit.
Rasional: kontraksi otot isometric tanpa menekuk sendi atau menggerakkan tungkai dan membantu mempertahankan kekuatan dan masa otot. Catatan: Latihan ini dikontraindikasikan pada perdarahan akut/edema.
- 5) Berikan papan kaki, bebat pergelangan, gulungan trokanter/tangan yang sesuai.
Rasional: berguna dalam mempertahankan posisi fungsional ekstremitas, tangan/kaki dan mencegah komplikasi (contoh kontraktur/kaki jatuh).
- 6) Tempatkan dalam posisi telentang secara periodic bila mungkin, bila traksi digunakan untuk menstabilkan fraktur tungkai bawah.
Rasional: menurunkan risiko kontraktur fleksi panggul.
- 7) Instruksikan/dorong menggunakan trapeze dan “pascaposisi” untuk fraktur tungkai bawah.

Rasional: memudahkan gerakan selama hygiene/perawatan kulit dan penggunaan linen; menurunkan ketidaknyamanan dengan tetap datar ditempat tidur. “pasca-posisi” melibatkan penempatan kaki yang tak sakit datar di tempat tidur dengan lutut menekuk sementara menggenggam trapeze dan mengangkat tubuh dari tempat tidur.

- 8) Berikan/bantu dalam mobilisasi dengan kursi roda, kruk, tongkat, sesegera mungkin. Instruksikan keamanan dalam menggunakan alat mobilisasi.

Rasional: mobilisasi dini menurunkan komplikasi tirah baring (flebitis) dan meningkatkan penyembuhan dan normalitas fungsi organ. Belajar memperbaiki cara menggunakan alat penting untuk mempertahankan mobilisasi optimal dan keamanan pasien.

- 9) Awasi TD dengan melakukan aktivitas. Perhatikan keluhan pusing.

Rasional: hipotensi postural adalah masalah umum menyertai tirah baring lama dan dapat memerlukan intervensi khusus (contoh kemiringan meja dengan peninggian secara bertahap sampai posisi tegak.

- 10) Berikan diet tinggi protein, karbohidrat, vitamin dan mineral.

Rasional: pada adanya cedera muskuloskeletal, nutrisi yang diperlukan untuk penyembuhan berkurang dengan cepat, sering mengakibatkan penurunan berat badan sebanyak 20-30 pon selama traksi tulang. Ini dapat mempengaruhi massa otot, tonus dan kekuatan. Makanan protein meningkat kandungannya pada usus halus, mengakibatkan pembentukan gas dan konstipasi, sehingga fungsi gaster harus secara penuh membaik sebelum makanan berprotein meningkat.

b. Kolaborasi

- 1) Konsul dengan ahli terapi fisik/okupasi dan atau rehabilitasi spesialis.

Rasional: berguna dalam membuat aktivitas individu/program latihan. Pasien dapat memerlukan bantuan jangka panjang dengan gerakan, kekuatan dan aktivitas yang mengandalkan berat badan, juga penggunaan alat, contoh walker, kruk, tongkat, meninggikan tempat duduk toilet, tongkat pengambil/penggapai, khususnya alat makan.

3. Integritas kulit/jaringan berhubungan dengan cedera tusuk; fraktur terbuka, bedah perbaikan; pemasangan traksi pen, kawat, sekrup, imobilisasi fisik.

Tujuan dan kriteria hasil: menyatakan ketidaknyamanan hilang. menunjukkan perilaku/teknik untuk mencegah kerusakan kulit/memudahkan penyembuhan sesuai indikasi.

Intervensi

a. Mandiri

- 1) Kaji kulit untuk luka terbuka, benda asing, kemerahan, perdarahan, perubahan warna, kelabu, memutih.

Rasional: memberikan informasi tentang sirkulasi kulit dan masalah yang mungkin disebabkan oleh alat dan/atau pemasangan gips/bebat atau traksi, atau pembentukan edema yang membutuhkan intervensi medik lanjut.

- 2) Masase kulit dan penonjolan tulang.

Rasional: menurunkan tekanan pada area yang peka dan risiko abrasi/kerusakan kulit.

- 3) Ubah posisi dengan sering.

Rasional: mengurangi tekanan konstan pada area yang sama dan meminimalkan risiko kerusakan kulit.

- 4) Kaji posisi cincin bebat pada alat traksi.

Rasional: posisi yang tak tepat dapat menyebabkan cedera kulit/kerusakan.

- 5) Penggunaan gips dan perawatan kulit.

Rasional: memberikan gips tetap kering, dan area bersih.

- 6) Potong kelebihan plester dari akhir gips sesegera mungkin saat gips lengkap.

Rasional: plester yang lebih dapat mengiritasi kulit dan dapat mengakibatkan abrasi.

- 7) Tingkatkan pengeringan gips dengan mengangkat linen tempat tidur, memanjakan pada sirkulasi udara.

Rasional: mencegah kerusakan kulit yang disebabkan oleh tertutup pada kelembaban di bawah gips dalam jangka lama.

- 8) Observasi untuk potensial area yang tertekan, khususnya pada akhir dan bawah babatan/gips.

Rasional: tekanan dapat menyebabkan ulserasi, nekrosis, dan/atau kelumpuhan saraf.

- 9) Beri bantalan (petal) pada akhir gips dengan plester tahan air.

Rasional: memberikan perlindungan efektif pada lapisan gips dan kelembaban.

- 10) Bersihkan kelebihan plester dari kulit saat masih baah.

Rasional: plester yang kering dapat melekat ke dalam gips yang telah lengkap dan menyebabkan kerusakan kulit

- 11) Lindungi gips dan kulit pada area perineal. Berikan perawatan sering.

Rasional: mencegah kerusakan jaringan dan infeksi oleh kontaminasi fekal

b. Kolaborasi

- 1) Gunakan tempat tidur busa, bulu domba, bantal apung, atau kasur udara sesuai indikasi.

Rasional: karena imobilisasi bagian tubuh, tonjolan tulang lebih dari area yang sakit karena penurunan sirkulasi.

4. Infeksi berhubungan dengan prosedur invasive, traksi tulang.

Tujuan dan kriteria hasil: mencapai penyembuhan luka sesuai waktu, bebas drainase purulent atau eritema dan demam.

Intervensi:

a. Mandiri

- 1) Inspeksi kulit untuk adanya iritasi atau robekan kontinuitas.

Rasional: pen atau kawat tidak harus dimasukan melalui kulit yang terinfeksi, kemerahan, atau abrasi.

- 2) Kaji sisi pen/kulit perhatikan keluhan peningkatan nyeri/rasa terbakar atau adanya edema, eritema, drainase/ bau tak enak,

Rasional: dapat mengindikasikan timbulnya infeksi local/nekrosis jaringan, yang dapat menimbulkan osteomilitis.

- 3) Berikan perawatan pen/kawat steril sesuai protokol dan latihan mencuci tangan.

Rasional: dapat mencegah kontaminasi silang dan kemungkinan infeksi.

- 4) Kaji tonus otot, refleks tendon dalam dan kemampuan untuk berbicara.

Rasional: kekakuan otot, spasme tonik otot rahang, dan disfagia menunjukkan terjadinya tetanus.

b. Kolaborasi

1) Hitung darah lengkap.

Rasional: anemia dapat terjadi pada osteomielitis, leukositosis, biasanya ada dengan proses infeksi.

2) LED

Rasional: peningkatan pada osteomielitis

3) Kultur dan sensitivitas luka/serum/tulang;

Rasional: mengidentifikasi organisme infeksi

4) Skan radioisotope

Rasional: titik panas menunjukkan peningkatan area vaskularitas, menunjukkan osteomielitis.

5) Berikan obat antibiotik IV/topikal.

Rasional: antibiotik spectrum luas dapat digunakan secara profilaktik atau dapat ditujukan pada mikroorganisme khusus.

6) Berikan obat tetanus toksoid.

Rasional: diberikan secara profilaktik karena kemungkinan adanya tetanus pada luka terbuka.

5. Kurang pengetahuan tentang kondisi, prognosis, dan pengobatan berhubungan dengan kurang pengetahuan atau mengingat, salah interpretasi informasi dan tidak mengenal sumber informasi.

Tujuan dan kriteria hasil: menyatakan pemahaman kondisi, prognosis, dan pengobatan. Melakukan dengan benar prosedur yang diperlukan dan menjelaskan alasan tindakan.

Intervensi

a. Mandiri

1) Kaji ulang patologi, prognosis, dan harapan yang akan datang.

Rasional: memberikan dasar pengetahuan dimana pasien dapat membuat pilihan informasi.

2) Beri penguatan metode mobilitas dan ambulasi sesuai instruksi dengan terapis fisik bila diindikasikan.

Rasional: banyak fraktur memerlukan gips, bebat, atau penjepit selama proses penyembuhan.

3) Anjurkan penggunaan backpack

Rasional: memberikan tempat untuk membawa artikel tertentu dan membiarkan tangan bebas untuk memanipulasi kruk atau dapat mencegah kelelahan otot yang tak perlu bila satu tangan di gips.

4) Dorong pasien untuk melanjutkan latihan aktif untuk sendi di atas dan di bawah fraktur.

Rasional: mencegah kekakuan sendi, kontraktur, dan kelelahan otot, meningkatkan kembalinya aktivitas sehari-hari secara dini.

5) Tinggikan ekstremitas sesuai kebutuhan

Rasional: pembengkakan dan edema cenderung terjadi setelah pengangkatan gips.

H. Pelaksanaan Keperawatan

Menurut Rizal, (2019) implementasi dibagi menjadi tiga bagian antara lain:

1. Independent

Tindakan keperawatan independent adalah suatu kegiatan yang dilaksanakan oleh perawat tanpa petunjuk dan perintah dari dokter atau tenaga kesehatan lainnya. Lingkup tindakan keperawatan independent adalah:

- a) Mengkaji terhadap klien atau keluarga melalui riwayat keperawatan dan pemeriksaan fisik untuk memenuhi status kesehatan klien.
- b) Merumuskan diagnosa keperawatan sesuai respon klien yang memulihkan kesehatan.
- c) Mengidentifikasi tindakan keperawatan untuk mempertahankan atau memulihkan kesehatan.
- d) Melaksanakan rencana pengukuran untuk memotivasi, menunjukkan, mendukung dan mengajarkan kepada klien beserta keluarga.
- e) Merujuk kepada tenaga yang lain jika ada indikasi dan diijinkan oleh tenaga keperawatan.
- f) Mengevaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan dan medis.

2. Interdependen

Tindakan keperawatan interdependen adalah tindakan yang lebih memerlukan suatu Kerjasama dengan tenaga kesehatan lainnya, misal pada ahli gizi, fisioterapi, tenaga sosial dan dokter.

3. Dependen

Tindakan dependen berhubungan dengan pelaksanaan rencana tindakan medis.

I. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir yang bertujuan untuk menilai apakah tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau tidak untuk mengatasi suatu masalah keperawatan (Sitanggang, 2018).

Menurut Sitanggang, (2018) evaluasi dibagi menjadi tiga yaitu:

1. Evaluasi struktur yang difokuskan pada kelengkapan tata cara atau keadaan sekeliling tempat pelayanan keperawatan yang telah diberikan.
2. Evaluasi proses berfokus pada penampilan kerja perawat dan apakah perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan merasa cocok, tanpa tekanan dan sesuai wewenang.
3. Evaluasi hasil berfokus pada respon dan fungsi klien. Evaluasi hasil terdiri dari:
 - a) Tujuan tercapai/masalah teratasi: jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
 - b) Tujuan tercapai sebagian/masalah teratasi sebagian: jika klien menunjukkan perubahan sebagian dari standar dan kriteria yang telah ditetapkan.
 - c) Tujuan tidak tercapai/masalah tidak teratasi: jika klien tidak menunjukkan perubahan dan kemandirian sama sekali dan bahkan timbul masalah baru.

Penentuan tujuan/masalah teratasi dapat dibandingkan dengan SOAP yang dimana:

- a) S (subjektif): berupa informasi yang diucapkan/diungkapkan oleh klien setelah dilakukan tindakan.
- b) O (objektif): berupa data yang didapatkan dari hasil pengamatan, pengukuran dan penilaian oleh perawat.

- c) A (analisis): membandingkan antara data subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil yang sudah ditentukan kemudian diambil kesimpulan apakah masalah teratasi, teratasi sebagian atau tidak teratasi.
- d) P (planning): rencana tindakan keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa.

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 3 Mei 2021. Pasien masuk pada tanggal 29 April 2021 di Ruang A kelas III, nomor register 02-06-54 dengan diagnosa medis Post Orif Fraktur Tibia Dextra.

1. Data Dasar

a. Identitas Pasien

Pasien bernama Tn. J, jenis kelamin laki-laki berusia 24 tahun, status perkawinan pasien belum menikah, beragama Kristen Protestan, suku bangsa batak, Pendidikan SLTA, bahasa yang digunakan bahasa Indonesia, pekerjaan karyawan, alamat PTI Cendana. Biaya asuransi PT Avira Indonesia. Sumber informasi yang didapatkan melalui pasien, keluarga, perawat ruangan dan rekam medis.

b. Resume

Pasien Tn. J datang ke Poliklinik Spesialis Rumah Sakit Swasta Bekasi timur pada tanggal 29 April 2021 pukul 06.34 WIB diantar keluarganya menggunakan tempat tidur, pasien datang dengan keluhan pasien baru saja mengalami kecelakaan lalu lintas, kaki kanannya terasa nyeri bagian bawah, terdapat luka pada bagian pipi sebelah kanan dan mata kanan banyak kotoran (belek). Pasien mengatakan nyeri dengan skala 8, rasanya seperti di timpa benda berat, pasien mengatakan nyerinya hilang timbul dan durasinya selama 1-2 jam. Pada saat di poliklinik dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital (TTV) didapatkan hasil tekanan darah (TD): 140/100 mmHg, frekuensi nadi 110 x/menit, frekuensi pernapasan 20 x/menit, suhu 36,6°C. Pasien diperiksa dengan keadaan umum sakit sedang dan kesadaran komposmentis, GCS: E: 4, V:5, M: 6. Pasien dilakukan pemeriksaan Laboratorium didapatkan kesan immobilisasi dalam plaster, R-complete oblique mild displaced middle third tibia fracture, sehingga dianjurkan untuk dilakukan operasi. Rencana tindakan tanggal 30 April 2021 pukul 09.00 WIB. Masalah

keperawatan yang muncul adalah nyeri. Tindakan mandiri yang sudah dilakukan adalah memasang gips pada kaki kanan bagian bawah. Tindakan kolaborasi yang dilakukan adalah pemasangan infus Ringer Laktat 500 cc/12 jam di tangan kiri metacarpal. dr. Andre menginstruksikan untuk dilakukan pemeriksaan konsultasi dokter mata, rontgen thoraks dengan kesan cor dalam batas normal dan tidak tampak infiltrat paru, EKG dengan hasil sinus rhythm, darah lengkap, urin, dan Antigen SARS Cov-19 diruang klisma.

Pada pukul 19.45 WIB pasien dipindahkan ke ruang Azalea. Dilakukan pengkajian ulang pasien masih mengeluh nyeri kaki kanan dengan skala 8, pasien mengatakan rasanya seperti tertimpa benda berat, pasien mengatakan nyerinya hilang timbul dan durasinya selama kurang lebih 1-2 jam. Masalah keperawatan yang muncul adalah nyeri. Tindakan mandiri yang telah dilakukan adalah mengkaji TTV, keadaan umum, dengan hasil kesadaran komposmentis, akral teraba hangat, pengisian kapiler < 3 detik, GCS: E: 4, V: 5, M: 6, pemeriksaan TTV didapatkan hasil TD: 135/100 mmHg, frekuensi nadi 105 x/menit, frekuensi pernapasan 19 x/menit, suhu 36,4°C. Tindakan kolaborasi yang telah dilakukan adalah pemberian obat Remopain untuk meredakan nyeri dengan dosis 30 mg melalui IV.

Pada tanggal 30 April 2021 pukul 08.30 WIB pasien diantar ke ruang operasi pasien tampak cemas, setelah dilakukan pengkajian pasien mengatakan takut dan cemas. Masalah keperawatan yang muncul kecemasan. Tindakan mandiri yang sudah dilakukan adalah pemeriksaan TTV dengan hasil TD: 140/90 mmHg, frekuensi nadi 110 x/menit, frekuensi pernapasan 20 x/menit, suhu 36°C, melakukan komunikasi terapeutik, menanyakan kepada pasien penyebab cemas dan takutnya, mendengarkan pasien mengungkapkan kecemasannya, mengajarkan teknik relaksasi napas dalam, menawarkan/menganjurkan pasien untuk berdoa, menganjurkan pasien untuk berserah kepada Tuhan, menjaga ketenangan dan kenyamanan pasien di kamar operasi. Pada pukul 11.00 WIB tindakan operasi selesai dengan lama operasi 1 jam 35 menit. Pada pukul 14.10 WIB pasien di pindahkan ke ruang Nurse station A.

Setelah pasien dilakukan tindakan operasi perawat melakukan pengkajian area operasi kaki kanan dengan hasil tidak terdapat rembesan, pasien masih mengeluh nyeri dengan skala 6, pasien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk dengan durasi kurang lebih 1-2 jam, kateter pasien sudah di lepas. Masalah keperawatan yang muncul adalah nyeri. Tindakan mandiri yang sudah dilakukan adalah mengobservasi keadaan pasien dengan hasil pasien tampak tenang, mengukur TTV dengan hasil TD: 135/90 mmHg, frekuensi nadi 105 x/menit, frekuensi pernapasan 20 x/menit, suhu 36,2°C. pasien sudah diberikan posisi nyaman dengan posisi semi fowler. Tindakan kolaborasi yang sudah dilakukan adalah memberikan obat Remopain 30mg melalui IV. Evaluasi secara umum pasien masih mengeluh nyeri, sudah dilakukan tindakan mengobservasi TTV, memberikan posisi nyaman dengan posisi semi fowler dan sudah diberikan injeksi obat pereda nyeri dengan hasil pasien tampak rileks dan nyaman.

c. Riwayat Keperawatan

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien mengatakan nyeri post orif fraktur tibia kanan akibat kecelakaan lalu lintas. Pasien mengatakan nyeri akibat post orif tibia kanan, nyeri yang di rasakan pasien timbulnya mendadak dan hilang timbul. Pasien merasa nyerinya seperti tertimba benda berat dengan skala 6, waktu nyeri sekitar kurang lebih 1-2 jam. Upaya yang dilakukan pasien untuk mengurangi rasa nyerinya adalah dengan beristirahat dan menonton televisi.

2) Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Pasien memiliki riwayat kecelakaan lalu lintas kurang lebih satu tahun lalu dan lima bulan yang lalu namun tidak sampai dibawa ke rumah sakit hanya istirahat di rumah saja.

3) Riwayat Kesehatan Keluarga (Genogram)

Pasien tinggal bersama ayah dan ibunya, pasien adalah anak pertama dari tiga bersaudara yang terdiri dari anak pertama (pasien) laki-laki,

anak ke dua perempuan dan anak ke tiga laki-laki, ibu pasien adalah anak ke empat dari enam bersaudara yang dimana anak pertama perempuan, anak ke dua perempuan, anak ketiga laki-laki, anak ke empat (ibu pasien) perempuan, anak ke lima laki-laki dan anak ke enam perempuan. Orang tua dari ibu pasien ayahnya sudah meninggal hanya tersisa ibunya saja. Ayah pasien adalah anak ke dua dari lima bersaudara yang dimana semua adalah laki-laki. Orang tua dari ayah pasien ibunya sudah meninggal hanya tersisa ayahnya saja. Keluarga pasien mengatakan tidak ada penyakit berat yang pernah diderita oleh anggota keluarganya.

- 4) Penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga yang menjadi faktor risiko adalah keluarga dan pasien mengatakan tidak ada anggota yang mengalami penyakit berat hanya pernah pusing dan masuk angin saja.

5) Riwayat Psikososial dan Spiritual

- a) Pasien mengatakan orang terdekat dengan pasien adalah ibunya.
- b) Pasien mengatakan interaksi dalam keluarga pola komunikasinya baik dan pengambil keputusan dalam keluarga adalah ayahnya.
- c) Dampak penyakit pasien terhadap keluarga adalah keluarga pasien mengatakan menjadi khawatir dengan kondisi anaknya.
- d) Masalah yang memperngaruhi klien adalah pasien mengatakan tidak nyaman dengan penyakitnya sekarang dan pasien tidak bisa beraktivitas seperti biasanya.
- e) Mekanisme koping terhadap stress yaitu pasien mengatakan kumpul bersama teman-temannya.
- f) Persepsi klien terhadap penyakitnya

Hal yang sangat dipikirkan saat ini adalah pasien mengatakan memikirkan kesembuhannya. Harapan setelah menjalani perawatan adalah pasien mengatakan setelah dilakukan perawatan bisa sembuh dan bisa berjalan lagi seperti semula. Perubahan yang dirasakan setelah jatuh sakit adalah pasien mengatakan tidak

nyaman dan mengganggu aktivitasnya sehingga lebih sering tiduran di tempat tidur.

g) Sistem nilai kepercayaan

Pasien mengatakan tidak ada nilai-nilai yang bertentangan dengan kesehatan dan aktivitas agama/kepercayaan yang dilakukan adalah berdoa selama di rumah sakit.

h) Kondisi lingkungan rumah

Keluarga mengatakan kondisi rumah bersih, tidak ada anak tangga dan lantai rumah tidak licin.

i) Pola kebiasaan

(1) Pola Nutrisi

Sebelum sakit pasien mengatakan frekuensi makan 3x/hari, nafsu makan baik, tidak ada mual dan muntah, porsi makan yang dihabiskan 1 porsi tiap kali makan, tidak ada makanan yang tidak disukai, tidak ada alergi makanan, makanan pantangan tidak ada, pasien suka makan dengan ayam goreng, makanan diet tidak ada, penggunaan obat-obatan sebelum makan tidak ada dan tidak menggunakan alat bantu makan.

Saat pengkajian pasien mengatakan frekuensi makan 3x/hari, nafsu makan baik, tidak ada mual dan muntah, porsi makan yang dihabiskan 1 porsi tiap kali makan, tidak ada makanan yang tidak disukai, tidak ada alergi makanan, makanan pantangan makanan yang kerasa, makanan diet lunak 1800 kalori, penggunaan obat-obatan sebelum makan tidak ada dan pasien tidak terpasang Naso Gastric Tube (NGT).

(2) Pola Eliminasi

Sebelum sakit pasien mengatakan frekuensi BAK 7-8 x/hari, berwarna kuning, tidak ada keluhan saat BAK dan tidak menggunakan alat bantu BAK. Pasien mengatakan frekuensi BAB 1-2 x/hari dan tidak tentu, berwarna kecoklatan, konsistensi padat, tidak ada keluhan dan tidak menggunakan Laxatif.

Saat pengkajian pasien mengatakan frekuensi BAK 6-7 x/hari, berwarna kuning, tidak ada keluhan saat BAK dan tidak menggunakan alat bantu BAK. Pasien mengatakan frekuensi BAB 1-2 x/hari dan tidak tentu, berwarna kecoklatan, konsistensi lembek, tidak ada keluhan dan tidak menggunakan Laxatif.

(3) Pola Personal Hygiene

Sebelum sakit pasien mengatakan mandi 2-3 x/hari pada pagi, siang dan sore. Pasien mengatakan menggosok gigi 2 x/hari pada pagi dan setelah makan. Pasien mengatakan mencuci rambut 5 x/minggu.

Saat pengkajian pasien mengatakan belum sikat gigi, namun bisanya 2 x/hari pada pagi dan setelah makan. Pasien mengatakan mandi hanya di lap saja.

(4) Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit pasien mengatakan tidak pernah tidur siang, lama tidur malam kurang lebih 6 jam, kebiasaan sebelum tidur tidak ada.

Saat pengkajian pasien mengatakan tidur siang kurang lebih 1-2 jam, lama tidur malam kurang lebih 6 jam, kebiasaan sebelum tidur tidak ada.

(5) Pola Aktivitas dan Latihan

Sebelum sakit pasien mengatakan bekerja di pagi hari sampai sore, pasien mengatakan tidak pernah berolahraga dan tidak ada keluhan saat melakukan aktivitas.

Saat pengkajian pasien mengatakan tidak bekerja karena sakit, pasien mengatakan tidak berolahraga dan terdapat keluhan nyeri saat menggerakkan kaki kananya. Pasien mengatakan nyeri akibat operasi kaki kanan, nyeri yang di rasakan pasien timbulnya mendadak dan hilang timbul. Pasien merasa

nyerinya seperti tertimba benda berat dengan skala 6, waktu nyeri sekitar kurang lebih 1-2 jam.

(6) Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

Sebelum sakit pasien mengatakan merokok dengan frekuensi 2-3 x/hari, jumlah rokok yang di habis kan dalam sehari adalah 3-4 batang, lama merokok sudah 2 tahun, pasien tidak minum-minuman keras dan tidak menggunakan NAPZA.

Saat pengkajian pasien mengatakan tidak merokok, tidak minum-minuman keras dan tidak menggunakan NAPZA.

2. Pengkajian Fisik

a. Pemeriksaan Fisik Umum

Berat badan (BB) pasien sebelum sakit 70 kg, BB saat ini: 70 kg, tinggi badan (TB): 169 cm, indeks massa tubuh (IMT): 24,5 (overweight) keadaan umum sakit sedang, kesadaran komposmentis, GCS: E: 4, M: 6, V: 5, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

b. Sistem Penglihatan

Posisi mata tampak simetris, kelopak mata tampak normal, pergerakan bola mata normal, konjungtiva tampak merah muda, kornea tampak normal, sklera tampak anikterik, pupil tampak isokor, tidak ada kelainan pada otot-otot mata, fungsi penglihatan tampak baik, tanda-tanda radang tidak ada, tidak menggunakan kaca mata, pasien tidak menggunakan lensa mata dan reaksi terhadap cahaya positif (pupil mengecil).

c. Sistem Pendengaran

Daun telinga kanan dan kiri pasien tampak normal, tidak ada serumen, kondisi telinga tengah normal dan tidak ada cairan yang keluar dari telinga, perasaan penuh di telinga tidak ada, tinitus (suara meandering) tidak ada, fungsi pendengaran normal, tidak ada gangguan keseimbangan dan tidak memakai alat bantu dengar.

d. Sistem Wicara

Pasien berbicara normal tidak ada gangguan pada sistem wicara pasien.

e. Sistem Pernapasan

Jalan napas pasien bersih, pasien tidak sesak napas, pasien tidak menggunakan otot bantu napas, frekuensi pernapasan 19 x/menit, irama teratur, jenis pernapasan spondan dan dalam, pasien tidak batuk, sputum tidak ada, saat dilakukan palpasi dada normal getaran di kedua lapang paru sama kuat kiri dan kanan, perkusi dada sonor, suara pernapasan normal (vesikuler), tidak ada nyeri saat bernapas dan tidak menggunakan alat bantu napas.

f. Sistem Kardiovaskular

1) Sirkulasi Perifer

Frekuensi nadi pasien 100 x/menit, irama teratur dan teraba kuat. TD pasien 130/90 mmHg, tidak ada distensi vena jugularispada kanan dan kiri, temperature kulit hangat, warna kulit kemerahan, pengisian kapiler < 3 detik, terdapat edema pada tungkai bawah.

2) Sirkulasi Jantung

Kecepatan denyut nadi apical 105 x/menit, irama teratur, tidak ada kelainan bunyi jantung dan pasien mengatakan tidak ada nyeri pada jantung.

g. Sistem Hematologi

Pasien tidak tampak pucat dan tidak ada perdarahan.

h. Sistem Saraf Pusat

Pasien tidak mengeluh sakit kepala, tingkat kesadaran pasien komposmentis, GCS: 15 E: 4, M: 6, V: 5, tidak ada tanda-tanda peningkatan Tekanan Intra Kranial (TIK), tidak ada gangguan sistem persyarapan, reflek fisiologis normal dan reflek patologis tidak ada.

i. Sistem Pencernaan

Gigi pasien tidak caries, pasien tidak menggunakan gigi palsu, tidak ada stomatitis, lidah pasien tidak kotor, salifa normal, pasien tidak muntah, bising usus 10 x/menit, pasien tidak mengalami diare, pasien tidak ada konstipasi, hepar tidak teraba pembesaran dan abdomen pasien lembek.

j. Sistem Endokrin

Saat dilakukan pengkajian pasien tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, napas pasien tidak berbau keton dan tidak ada luka gangren.

k. Sistem Urogenital

Balance cairan pasien pada tanggal 02 April 2021 pasien minum sebanyak 3 botol air mineral atau setara dengan 1800 ml, cairan infus yang masuk 750 ml dengan jumlah cairan masuk adalah 2550 ml. Output pasien urin yang di keluarkan sebanyak 2000 ml, IWL: $70 \times 10 = 700$ cc/24 jam dengan jumlah output 2700 ml. balance cairan $2550 \text{ ml} - 2700 \text{ ml} = -150$ ml, warna urin kuning jernih, tidak ada perubahan pola berkemih, tidak distensi kandung kemih, keluhan sakit pinggang tidak ada dan nyeri tidak ada.

l. Sistem Integumen

Kurgor kulit pasien elastis, temperature kulit hangat, warna kulit kemerahan, keadaan kulit terdapat luka di area wajah bagian kanan dan luka insisi operasi post orif tibia lokasi di kaki kanan, tidak terdapat rembesan pada luka operasi, kondisi kulitnya lebam, hampir setengah wajah kanan pasien terdapat luka dan luka tampak basah, pasien tidak memiliki kelainan kulit, kondisi kulit pemasangan infus baik tidak ada tanda-tanda infeksi, keadaan rambut teksturnya baik dan bersih. Pasien telah dilakukan tindakan ORIF (Open Reduction Internal Fixation).

m. Sistem Muskuloskeletal

Pasien mengalami kesulitan dalam pergerakan, pasien mengatakan sakit pada tulang, pasien mengalamin fraktur, lokasi pada tulang tinia kaki kanan, kondisi post orif tibia kanan, pasien mengalami kelainan pada tulang sendi kontraktur, pasien tidak memiliki kelainan struktur tulang

belakang, keadaan tonus otot baik, kekuatan otot untuk ekstremitas atas bagian kanan skor 2234 dan bagian kiri 5555, untuk ekstremitas bawah bagian kanan 1123 dan bagian kiri 5555.

3. Data Tambahan

Pasien tampak mengelus kaki kanannya dan bersikap protektif terhadap kakinya, pasien tampak gelisah dan meringis kesakitan. pasien mengatakan enggan melakukan pergerakan, pasien mengatakan nyeri saat kakinya bergerak, pasien tampak dibantu keluarganya untuk memenuhi kebutuhannya, gerakan pasien terbatas, pasien mengatakan takut menggerakkan kakinya karena sakit, pasien mengatakan sedang latihan berjalan menggunakan tongkat dan sudah berlatih berjalan menggunakan tongkat.

4. Data Penunjang

Hasil pemeriksaan Laboratorium pada 30 April 2021 Hematologi: Hemoglobin 12,4 g/dl (13,5-18,0) leukosit 10.310 /ul (4.000-10.500).

Hasil pemeriksaan Rontgen Cruris Desxtra pada tanggal 29 April 2021 menunjukkan kesan immobilisasi dalam plaster, *R-complete oblique mild displaced middle third tibia fracture*. Hasil pemeriksaan Rontgen Cruris Dextra pada tanggal 30 April 2021 menunjukkan hasil plaster removal, sekarang terpasang plate & screws sepanjang lower half tibia kanan, kedudukan devices baik, tidak tampak loosening. Kedudukan complete oblique fracture line pada middle third tibia kanan, baik, gaps fracture rapat, alignment tibial kanan baik. Bagian lainnya os crural baik, kedudukan knee joint baik dan lain-lain stqa.

5. Penatalaksanaan

Pasien mendapatkan obat tetes mata cendo floxa 3x1 tts ODS sesuai program medis, pasien mendapatkan antibiotik Parodime 3x1 gr melalui IV dan obat pereda nyeri Remopain 3x1 (30 mg) melalui IV sesuai program medis dan pasien mendapatkan diit lunak 1800 kalori.

6. Data Fokus

Keadaan umum: sakit sedang, kesadaran komposmentis, GCS: E:4 V:5 M:6, TTV pasien TD 130/90 mmHg, frekuensi nadi 100 x/menit, frekuensi pernapasan 19 x/menit, suhu 36,2°C.

a. Kebutuhan fisiologis: Oksigenasi

Data Subjektif: pasien mengatakan tidak batuk, pasien mengatakan tidak sesak napas, pasien mengatakan tidak ada nyeri saat bernapas.

Data Objektif: jalan napas pasien bersih, pasien tidak menggunakan otot bantu napas, frekuensi pernapasan 19 x/menit, irama teratur, jenis pernapasan spontan dan dalam, pasien tidak batuk, sputum tidak ada, saat dilakukan palpasi dada normal getaran di kedua lapang paru sama kuat kiri dan kanan, perkusi dada sonor, suara pernapasan vesikuler, tidak menggunakan alat bantu napas.

b. Kebutuhan fisiologis: Cairan

Data Subjektif: pasien mengatakan tidak ada keluhan sakit pinggang dan nyeri saat berkemih, pasien mengatakan tidak ada pola berkemih.

Data Objektif: Balance cairan pasien pada tanggal 02 April 2021 pasien minum sebanyak 3 botol air mineral atau setara dengan 1800 ml, cairan infus yang masuk 750 ml dengan jumlah cairan masuk adalah 2550 ml. Output pasien urin yang dikeluarkan sebanyak 2000 ml, IWL: $70 \times 10 = 700$ cc/24 jam dengan jumlah output 2700 ml. balance cairan $2550 \text{ ml} - 2700 \text{ ml} = -150 \text{ ml}$, warna urin kuning jernih.

c. Kebutuhan fisiologis: Nutrisi

Data Subjektif: pasien mengatakan frekuensi makan 3x/hari, pasien mengatakan nafsu makan baik, pasien mengatakan tidak ada mual dan muntah, pasien mengatakan porsi makan yang dihabiskan 1 porsi tiap kali makan, pasien mengatakan

tidak ada makanan yang tidak disukai, pasien mengatakan makanan pantangan makanan yang keras, pasien mengatakan tidak ada penggunaan obat-obatan sebelum makan.

Data Objektif: nafsu makan pasien baik, pasien menghabiskan 1 porsi makan, makanan diet lunak 1800 kalori, IMT pasien 24,5 (overweight), pasien tidak terpasang Naso Gastric Tube (NGT).

d. Kebutuhan fisiologis: Eliminasi

Data Subjektif: pasien mengatakan frekuensi BAK 6-7 x/hari, berwarna kuning, tidak ada keluhan saat BAK dan tidak menggunakan alat bantu BAK. Pasien mengatakan frekuensi BAB 1-2 x/hari dan tidak tentu, berwarna kecoklatan, konsistensi lembek, tidak ada keluhan dan tidak menggunakan Laxatif

Data Objektif: urin pasien berwarna kuning, feses berwarna kecolatan dengan konsistensi lembek dan berbau khas.

e. Kebutuhan fisiologis: Istirahat dan tidur

Data Subjektif: pasien mengatakan tidur siang kurang lebih 1-2 jam, lama tidur malam kurang lebih 6 jam, kebiasaan sebelum tidur tidak ada.

Data Objektif: tidak ada tanda-tanda kurang tidur.

f. Kebutuhan fisiologis: Aktivitas fisik

Data Subjektif: pasien mengatakan sulit menggerakkan kakinya karena nyeri, pasien mengatakan nyeri saat kaki digerakkan, pasien mengatakan enggan melakukan pergerakan, pasien mengatakan takut menggerakkan kakinya karena sakit.

Data Objektif: pasien tampak tiduran di kasur, pasien tampak enggan untuk menggerakkan kakinya, pasien tampak dibantu keluarganya untuk memenuhi kebutuhannya, rentang gerak

pasien menurun dan gerakan pasien terbatas, pasien mengatakan latihan berjalan menggunakan tongkat, pasien tampak berlatih berjalan menggunakan tongkat, pasien tampak belum bisa berjalan menggunakan tongkat.

g. Kebutuhan rasa aman:

Data Subjektif: pasien mengatakan luka di area wajah karena jatuh akibat kecelakaan lalu lintas, keluarga pasien mengatakan pasien telah dilakukan tindakan pembedahan akibat patah tulang.

Data Objektif: pasien tampak dilakukan tindakan ORIF (Open Reduction Internal Fixation), tampak luka di area wajah bagian kanan dan luka insisi operasi orif tibia pasien, luka operasi tidak terdapat rembesan, luka tampak basah di area wajah bagian kanan, hampir setengah wajah kanan pasien terdapat luka, hasil pemeriksaan leb pasien Laukosit: 10.310 /ul.

h. Kebutuhan rasa nyaman:

Data Subjektif: pasien mengatakan kakinya nyeri setelah operasi, pasien mengatakan nyeri seperti tertimpa berat dan hilang timbul, pasien mengatakan nyeri pada kaki kanan, pasien mengatakan nyeri dengan skala 6, pasien mengatakan durasi nyerinya sekitar 1-2 jam.

Data Objektif: pasien tampak mengelus kaki kanannya, pasien tampak meringis, pasien bersikap protektif terhadap kakinya, pasien tampak gelisah, TD pasien 130/90 mmHg, frekuensi nadi 100 x/menit dan frekuensi pernapasan 19 x/menit.

7. Analisa Data

Tabel 3.1 Analisa Data

No	Data	Masalah	Etiologi
1.	DS: a. Pasien mengatakan kakinya nyeri setelah operasi. b. Pasien mengatakan nyeri seperti tertimpa berat dan hilang timbul. c. Pasien mengatakan nyeri pada kaki kanan. d. Pasien mengatakan nyeri dengan skala 6. e. Pasien mengatakan durasi nyerinya sekitar 1-2 jam. DO: a. Pasien tampak mengelus kaki kanannya. b. Pasien tampak meringis. c. Pasien bersikap protektif terhadap kakinya. d. Pasien tampak gelisah. e. TD pasien 130/90 mmHg. f. Frekuensi nadi 100 x/menit. g. Frekuensi pernapasan 19 x/menit.	Nyeri akut	Agan pencedera fisik (prosedur operasi ORIF)
2.	DS: a. Pasien mengatakan sulit menggerakkan kakinya karena nyeri. b. Pasien mengatakan nyeri saat kaki digerakkan. c. Pasien mengatakan enggan melakukan pergerakan. d. Pasien mengatakan takut menggerakkan kakinya karena sakit. DO: a. Pasien tampak tiduran di kasur.	Gangguan mobilitas fisik	Kecemasan

No	Data	Masalah	Etiologi
	b. Pasien tampak enggan untuk menggerakkan kakinya. c. Pasien tampak dibantu keluarganya untuk memenuhi kebutuhannya. d. Rentang gerak pasien menurun. e. Gerakan pasien terbatas.		
3.	DS: a. Pasien mengatakan luka di area wajah karena jatuh akibat kecelakaan lalu lintas. DO: a. Tampak luka di area wajah bagian kanan dan luka insisi operasi orif tibia pasien. b. Hampir setengah wajah kanan pasien terdapat luka dan luka tampak basah.	Gangguan integritas kulit	Faktor mekanis (gesekan)
4.	DS: a. Pasien mengatakan luka di area wajah karena jatuh akibat kecelakaan lalu lintas. b. Keluarga pasien mengatakan pasien telah dilakukan tindakan pembedahan akibat patah tulang. DO: a. Pasien tampak dilakukan tindakan ORIF (Open Reduction Internal Fixation). b. Tampak luka di area wajah bagian kanan dan luka insisi operasi orif tibia pasien. c. luka operasi tidak terdapat rembesan d. Hampir setengah wajah kanan pasien terdapat luka dan luka tampak basah. e. Hasil pemeriksaan leb pasien Laukosit: 10.310 /ul. f. Suhu pasien 36,2°C.	Risiko infeksi	Kerusakan integritas kulit wajah dan post op

No	Data	Masalah	Etiologi
5.	DS: a. Pasien mengatakan latihan berjalan menggunakan tongkat. DO: a. Pasien tampak berlatih berjalan menggunakan tongkat. b. Pasien tampak belum bisa berjalan menggunakan tongkat.	Risiko jatuh	Penggunaan alat bantu jalan

B. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi ORIF).
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kecemasan.
3. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanis (gesekan).
4. Risiko infeksi dibuktikan dengan kerusakan integritas kulit.
5. Risiko jatuh dibuktikan dengan penggunaan alat bantu jalan.

C. Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi ORIF).

Data Subjektif: Pasien mengatakan kakinya nyeri setelah operasi, pasien mengatakan nyeri seperti tertimpa berat dan hilang timbul, pasien mengatakan nyeri pada kaki kanan, pasien mengatakan nyeri dengan skala 6, pasien mengatakaan durasi nyerinya sekitar 1-2 jam.

Data Objektif: Pasien tampak mengelus kaki kanannya, pasien tampak meringis, pasien bersikap protektif terhadap kakinya, pasien tampak gelisah, TD pasien 130/90 mmHg, Frekuensi nadi 100 x/menit, frekuensi pernapasan 19 x/menit.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang sampai dengan hilang.

Kriteria hasil: Nyeri berkurang sampai dengan hilang, skala nyeri 0-1, pasien sudah tidak tampak meringis, pasien sudah tidak gelisah, TTV dalam batas normal (TD sistole 100-120

diastol 60-80 mmHg, Frekuensi nadi 60-100 x/menit dan Frekuensi pernapasan 12-20 x/menit).

Rencana Tindakan:

- a) Monitor TTV (TD, N dan Rr) pasien/shift.
- b) identifikasi nyeri dengan PQRST
- c) Identifikasi pilihan teknik distraksi yang dibutuhkan.
- d) Berikan posisi yang nyaman.
- e) Gunakan teknik distraksi yang dipilih.
- f) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri.
- g) Ajarkan teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi rasa nyeri.
- h) Anjurkan berlatih teknik distraksi.
- i) Berikan obat analgetik Remopain 3x1 30 mg IV pada pukul 05.00;13.00 dan 21.00 WIB.

Pelaksanaan keperawatan tanggal 03 Mei 2021

Pada pukul 05.00 memberikan obat analgetik Remopain 30 mg melalui IV dengan hasil obat telah diberikan tidak ada tanda-tanda inflamasi pada pemasangan infus. Pada pukul 05.15 mengevaluasi efek obat Remopain dengan hasil pasien mengatakan nyerinya sudah berkurang dengan skala 6. Pada pukul 08.00 mengidentifikasi nyeri dengan PQRST dengan hasil P= pasien mengatakan nyeri akibat tindakan operasi patah tulang, Q= pasien mengatakan nyerinya seperti ditimpa benda berat, R= pasien mengatakan nyerinya ditempat operasi kaki kanan, S= pasien mengatakan nyeri dengan skala 6, T= pasien mengatakan nyeri muncul dengan durasi 1-2 jam. Memonitor TTV (TD, N dan Rr) pasien dengan hasil TD=130/100 mmHg, N=105 x/menit Rr=20 x/menit, pasien tampak gelisah dan meringis kesakitan. Pada pukul 08.30 menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri dengan hasil pasien mengatakan sudah memahami nyeri yang dirasakan muncul dari kakinya yang patah. Pada pukul 09.00 mengidentifikasi pilihan teknik distraksi yang dibutuhkan dengan hasil pasien mengatakan jika nyerinya muncul suka menonton tv dan bermain handphone. Pada pukul 09.15 memberikan posisi yang nyaman dengan hasil pasien telah diberikan posisi kepala agak dinaikkan sedikit dan kaki ditinggikan sedikit melebihi jantung, pasien mengatakan nyaman dengan posisi ini. Pada pukul 09.30 mengajarkan

pasien teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi rasa nyeri dengan hasil pasien mampu mengikuti dan mempraktikkan ulang teknik relaksasi napas dalam. Pada pukul 10.30 menganjurkan pasien berlatih teknik distraksi dengan hasil pasien mengatakan akan melakukan teknik relaksasi napas dalam saat merasa nyeri. Pada pukul 13.00 memberikan obat analgetik Remopain 30 mg melalui IV dengan hasil obat telah diberikan tidak ada tanda-tanda inflamasi pada pemasangan infus. Pada pukul 13.15 mengevaluasi efek obat Remopain dengan hasil pasien mengatakan nyerinya sudah berkurang dengan skala 5. Pada pukul 14.00 mengidentifikasi nyeri dengan PQRST dengan hasil P= pasien mengatakan nyeri akibat tindakan operasi patah tulang, Q= pasien mengatakan nyerinya seperti ditimpa benda berat, R= pasien mengatakan nyerinya ditempat operasi kaki kanan bagian bawah, S= pasien mengatakan nyeri dengan skala 6, T= pasien mengatakan nyeri muncul dengan durasi kurang lebih 1 jam. Memonitor TTV (TD, N dan Rr) pasien dengan hasil TD=130/90 mmHg, N=100 x/menit Rr=20 x/menit. Pasien masih tampak gelisah dan meringis kesakitan. Pada pukul 20.00 mengidentifikasi nyeri dengan PQRST dengan hasil P= pasien mengatakan nyeri akibat tindakan operasi patah tulang, Q= pasien mengatakan nyerinya seperti ditimpa benda berat, R= pasien mengatakan nyerinya ditempat operasi kaki kanan, S= pasien mengatakan nyeri dengan skala 6, T= pasien mengatakan nyeri hilang timbul dengan durasi kurang lebih 1 jam. Memonitor TTV (TD, N dan Rr) pasien dengan hasil TD=135/100 mmHg, N=105 x/menit Rr=21 x/menit. Pasien masih tampak gelisah dan meringis kesakitan. Pada pukul 21.00 memberikan obat analgetik Remopain 30 mg melalui IV dengan hasil obat telah diberikan tidak ada tanda-tanda inflamasi pada pemasangan infus. Pada pukul 21.15 mengevaluasi efek obat Remopain dengan hasil pasien mengatakan nyerinya sudah berkurang dengan skala 5.

Evaluasi keperawatan tanggal 03 Mei 2021

Subjektif: pasien mengatakan sudah memahami nyeri yang dirasakan muncul dari kakinya yang patah, pasien mengatakan jika nyerinya muncul suka menonton tv dan bermain handphone, pasien mengatakan nyaman dengan posisi kepala agak dinaikkan dan kaki ditinggikan sedikit melebihi jantung, pasien

mengatakan nyeri akibat tindakan operasi patah tulang, pasien mengatakan nyerinya seperti ditimpa benda berat, pasien mengatakan nyerinya ditempat operasi kaki kanan, pasien mengatakan nyeri dengan skala 6, pasien mengatakan nyeri hilang timbul dengan durasi kurang lebih 1 jam.

Objektif: pasien telah diberikan posisi kepala agak dinaikkan sedikit dan kaki ditinggikan sedikit melebihi jantung, pasien mampu mengikuti dan mempraktikkan ulang teknik relaksasi napas dalam, pasien tampak gelisah dan meringis kesakitan, TD=135/100 mmHg, N=105 x/menit Rr=21 x/menit.

Analisa: Masalah belum teratasi, Tujuan belum Tercapai

Planning: Lanjutkan intervensi a,b,c,d,j,k

Pelaksanaan keperawatan tanggal 04 Mei 2021

Pada pukul 05.00 memberikan obat analgetik Remopain 30 mg melalui IV dengan hasil obat telah diberikan tidak ada tanda-tanda inflamasi pada pemasangan infus. Pada pukul 05.15 mengevaluasi efek obat Remopain dengan hasil pasien mengatakan nyerinya sudah berkurang dengan skala 4. Pada pukul 08.00 mengidentifikasi nyeri dengan PQRST dengan hasil P= pasien mengatakan nyeri akibat tindakan operasi patah tulang, Q= pasien mengatakan nyerinya seperti ditimpa benda berat, R= pasien mengatakan nyerinya ditempat operasi kaki kanan, S= pasien mengatakan nyeri dengan skala 5, T= pasien mengatakan nyeri hilang timbul dengan durasi kurang lebih 1 jam. Memonitor TTV (TD, N dan Rr) pasien dengan hasil TD=130/90 mmHg, N=100 x/menit Rr=18 x/menit, pasien tampak mulai tenang namun masih meringis kesakitan. Pada pukul 10.30 menganjurkan pasien berlatih teknik distraksi dengan hasil pasien mengatakan akan melakukan teknik relaksasi napas dalam sambil menonton tv atau main handphone saat merasa nyeri. Pada pukul 13.00 memberikan obat analgetik Remopain 30 mg melalui IV dengan hasil obat telah diberikan tidak ada tanda-tanda inflamasi pada pemasangan infus. Pada pukul 13.15 mengevaluasi efek obat Remopain dengan hasil pasien mengatakan nyerinya sudah berkurang dengan skala 4. Pada pukul 14.00 mengidentifikasi nyeri dengan PQRST dengan hasil P=

pasien mengatakan nyeri akibat tindakan operasi patah tulang, Q= pasien mengatakan nyerinya seperti ditimpa benda berat, R= pasien mengatakan nyerinya ditempat operasi kaki kanan, S= pasien mengatakan nyeri dengan skala 4, T= pasien mengatakan nyeri hilang timbul dengan durasi kurang lebih 1 jam. Memonitor TTV (TD, N dan Rr) pasien dengan hasil TD=125/90 mmHg, N=98 x/menit Rr=18 x/menit, pasien tampak mulai tenang namun masih meringis kesakitan. Pada pukul 20.00 mengidentifikasi nyeri dengan PQRSST dengan hasil P= pasien mengatakan nyeri akibat tindakan operasi patah tulang, Q= pasien mengatakan nyerinya seperti ditimpa benda berat, R= pasien mengatakan nyerinya ditempat operasi kaki kanan, S= pasien mengatakan nyeri dengan skala 4, T= pasien mengatakan nyeri hilang timbul dengan durasi kurang lebih 1 jam. Memonitor TTV (TD, N dan Rr) pasien dengan hasil TD=125/100 mmHg, N=100 x/menit Rr=19 x/menit, pasien tampak mulai tenang namun masih meringis kesakitan. Pada pukul 21.00 memberikan obat analgetik Remopain 30 mg melalui IV dengan hasil obat telah diberikan tidak ada tanda-tanda inflamasi pada pemasangan infus. Pada pukul 21.15 mengevaluasi efek obat Remopain dengan hasil pasien mengatakan nyerinya sudah berkurang dengan skala 3.

Evaluasi keperawatan tanggal 04 Mei 2021

Subjektif: pasien mengatakan akan melakukan teknik relaksasi napas dalam sambil menonton tv atau main handphone saat merasa nyeri, pasien mengatakan nyeri akibat tindakan operasi patah tulang, pasien mengatakan nyerinya seperti ditimpa benda berat, pasien mengatakan nyerinya ditempat operasi kaki kanan, pasien mengatakan nyeri dengan skala 4, pasien mengatakan nyeri hilang timbul dengan durasi kurang lebih 1 jam.

Objektif: pasien tampak mulai tenang namun masih meringis kesakitan, TD=125/100 mmHg, N=100 x/menit Rr=19 x/menit.

Analisa: Masalah belum teratasi, Tujuan belum Tercapai

Planning: Lanjutkan intervensi a,b,c,d,j,k

Pelaksanaan keperawawatan tanggal 05 Mei 2021

Pada pukul 05.00 memberikan obat analgetik Remopain 30 mg melalui IV dengan hasil obat telah diberikan tidak ada tanda-tanda inflamasi pada pemasangan infus. Pada pukul 05.15 mengevaluasi efek obat Remopain dengan hasil pasien mengatakan nyerinya sudah berkurang dengan skala 2. Pada pukul 08.00 mengidentifikasi nyeri dengan PGRST dengan hasil P= pasien mengatakan nyeri akibat tindakan operasi patah tulang, Q= pasien mengatakan nyerinya seperti ditimpa benda berat, R= pasien mengatakan nyerinya ditempat operasi kaki kanan, S= pasien mengatakan nyeri dengan skala 3, T= pasien mengatakan nyeri hilang timbul dengan durasi kurang lebih 1 jam. Memonitor TTV (TD, N dan Rr) pasien dengan hasil TD=125/90 mmHg, N=97 x/menit Rr=18 x/menit, pasien tampak mulai tenang, pasien sudah tidak tampak meringis kesakitan. Pada pukul 10.30 menganjurkan pasien berlatih teknik distraksi dengan hasil pasien mengatakan akan melakukan teknik relaksasi napas dalam sambil menonton tv atau main handphone saat merasa nyeri. Pada pukul 13.00 memberikan obat analgetik Remopain 30 mg melalui IV dengan hasil obat telah diberikan tidak ada tanda-tanda inflamasi pada pemasangan infus. Pada pukul 13.15 mengevaluasi efek obat Remopain dengan hasil pasien mengatakan nyerinya sudah berkurang dengan skala 3. Pada pukul 14.00 mengidentifikasi nyeri dengan PGRST dengan hasil P= pasien mengatakan nyeri akibat tindakan operasi patah tulang, Q= pasien mengatakan nyerinya seperti ditimpa benda berat, R= pasien mengatakan nyerinya ditempat operasi kaki kanan, S= pasien mengatakan nyeri dengan skala 3, T= pasien mengatakan nyeri hilang timbul dengan durasi kurang lebih 1 jam. Memonitor TTV (TD, N dan Rr) pasien dengan hasil TD=120/90 mmHg, N=96 x/menit Rr=17 x/menit, pasien tampak mulai tenang, pasien sudah tidak tampak meringis kesakitan. Pada pukul 20.00 mengidentifikasi nyeri dengan PGRST dengan hasil P= pasien mengatakan nyeri akibat tindakan operasi patah tulang, Q= pasien mengatakan nyerinya seperti ditimpa benda berat, R= pasien mengatakan nyerinya ditempat operasi kaki kanan, S= pasien mengatakan nyeri dengan skala 2, T= pasien mengatakan nyeri hilang timbul dengan durasi kurang lebih 1 jam. Memonitor TTV (TD, N dan Rr) pasien dengan hasil TD=110/90 mmHg, N=95 x/menit Rr=17 x/menit, pasien tampak tenang, pasien sudah tidak tampak meringis

kesakitan. Pada pukul 21.00 memberikan obat analgetik Remopain 30 mg melalui IV dengan hasil obat telah diberikan tidak ada tanda-tanda inflamasi pada pemasangan infus. Pada pukul 21.15 mengevaluasi efek obat Remopain dengan hasil pasien mengatakan nyerinya sudah berkurang dengan skala 1.

Evaluasi keperawatan tanggal 05 Mei 2021

- Subjektif:** Pasien mengatakan akan melakukan teknik relaksasi napas dalam sambil menonton tv atau main handphone saat merasa nyeri, pasien mengatakan masih sedikit merasakan nyeri, pasien mengatakan nyeri akibat tindakan operasi patah tulang, pasien mengatakan nyerinya seperti ditimpa benda berat, pasien mengatakan nyerinya ditempat operasi kaki kanan, pasien mengatakan nyeri dengan skala 2, pasien mengatakan nyeri hilang timbul dengan durasi kurang lebih 1 jam.
- Objektif:** Pasien tampak tenang, pasien sudah tidak tampak meringis kesakitan, TD=110/90 mmHg, N=95 x/menit Rr=17 x/menit.
- Analisa:** Masalah teratasi sebagian, Tujuan tercapai sebagian
- Planning:** Lanjutkan intervensi a,b,c,d,j,k

2. Gangguan Mobilitas fisik berhubungan dengan kecemasan.

- Data Subjektif:** Pasien mengatakan sulit menggerakkan kakinya karena nyeri, pasien mengatakan nyeri saat kaki digerakkan, pasien mengatakan enggan melakukan pergerakan dan pasien mengatakan takut menggerakkan kakinya karena sakit.
- Data Objektif:** Pasien tampak tiduran di Kasur, pasien tampak enggan untuk menggerakkan kakinya, pasien tampak dibantu keluarganya untuk memenuhi kebutuhannya, rentang gerak pasien menurun, gerakan pasien terbatas.
- Tujuan:** Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik kembali normal.
- Kriteria hasil:** Pasien mampu menggerakkan kakinya., pasien mau melatih bergerak, rentang gerak pasien kembali normal, pasien mampu memenuhi kebutuhannya sendiri tanpa di bantu oleh keluarganya, pasien mampu bergerak dengan leluasa.

Rencana Keperawatan:

- a) Identifikasi toleransi fisik melakukan mobilisasi.
- b) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi.
- c) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi.
- d) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi.
- e) Ajarkan mobilisasi sederhana yaitu menggerakkan/menggeser kakinya dan duduk di samping tempat tidur.
- f) Kolaborasi dengan ahli fisioterapi untuk latihan berjalan

Pelaksanaan keperawatan tanggal 03 Mei 2021

Pada pukul 10.00 mengidentifikasi toleransi fisik melakukan mobilisasi dengan hasil pasien mengatakan enggan untuk menggerakkan kaki kanannya karena terasa nyeri, pasien tampak tidak mau menggerakkan kaki kanannya. Pada pukul 11.00 menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi dengan hasil pasien mampu memahami dan pasien mengatakan akan melakukan mobilisasi. Pada pukul 15.00 mengajarkan mobilisasi sederhana yaitu menggerakkan/menggeser kakinya dan duduk di samping tempat tidur dengan hasil pasien mengatakan nyeri dan tidak mau menggerakkan/menggeser kakinya, pasien tampak memegang kaki kanannya. Pada pukul 15.15 melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi dengan hasil keluarga pasien mengatakan akan membantu anaknya dalam melakukan latihan mobilisasi. Pada pukul 15.30 memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi dengan hasil pasien tampak kesakitan, pasien masih belum bisa menggerakkan kakinya, pasien masih dibantu oleh orangtuanya dalam memenuhi kebutuhannya. Pada pukul 16.00 melatih pasien berjalan oleh ahli fisioterapi dengan hasil pasien masih takut menggerakkan kakinya, pasien mengatakan sakit saat kakinya digerakkan, pasien baru latihan menekuk kakinya saja.

Evaluasi keperawatan tanggal 03 Mei 2021

Subjektif: Pasien mengatakan enggan untuk menggerakkan kaki kanannya karena terasa nyeri, pasien mengatakan akan melakukan mobilisasi, pasien mengatakan nyeri dan tidak mau

menggerakkan/menggeser kakinya, keluarga pasien mengatakan akan membantu anaknya dalam melakukan latihan mobilisasi, pasien mengatakan sakit saat kakinya digerakkan.

Objektif: Pasien tampak tidak mau menggerakkan kaki kanannya, pasien mampu memahami, pasien tampak memegang kaki kananya, pasien tampak kesakitan, pasien masih belum bisa menggerakkan kakinya, pasien masih dibantu oleh orangtuanya dalam memenuhi kebutuhannya, pasien masih takut menggerakkan kakinya, pasien baru latihan menekuk kakinya saja.

Analisa: Masalah belum teratasi, Tujuan belum Tercapai

Planning: Lanjutkan intervensi a,b,e

Pelaksanaan keperawatan tanggal 04 Mei 2021

Pada pukul 10.00 mengidentifikasi toleransi fisik melakukan mobilisasi dengan hasil pasien mengatakan kaki kanannya masih terasa nyeri dan masih sulit menggerakkan kakinya. Pada pukul 15.00 mengajarkan mobilisasi sederhana yaitu menggerakkan/menggeser kakinya dan duduk di samping tempat tidur dengan hasil pasien mengatakan nyeri, pasien mengatakan sudah bisa menggeserkan kakinya namun belum berani duduk di pinggir kasur, pasien tampak memegang kaki kananya. Pada pukul 15.30 memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi dengan hasil pasien tampak kesakitan, pasien sudah bisa menggerakkan kakinya, pasien masih dibantu oleh orangtuanya dalam memenuhi kebutuhannya. Pada pukul 16.00 melatih pasien berjalan oleh ahli fisioterapi dengan hasil pasien sudah mulai menggerakkan kakinya, pasien mengatakan sakit saat kakinya digerakkan, pasien sudah bisa menggerakkan kakinya namun masih belum berani berjalan, pasien baru latihan menggerakkan dan menggeser kakinya.

Evaluasi keperawatan tanggal 04 Mei 2021

Subjektif: Pasien mengatakan kaki kanannya masih terasa nyeri dan masih sulit menggerakkan kakinya, pasien mengatakan nyeri, pasien mengatakan sudah bisa menggeserkan kakinya namun belum berani duduk di pinggir kasur, pasien sudah bisa menggerakkan

kakinya namun masih belum berani berjalan.

Objektif: Pasien tampak memegang kaki kananya, pasien tampak kesakitan, pasien sudah bisa menggerakkan kakinya, pasien masih dibantu oleh orangtuanya dalam memenuhi kebutuhannya, pasien sudah mulai menggerakkan kakinya, pasien mengatakan sakit saat kakinya digerakkan, pasien baru latihan menggerakkan dan menggeser kakinya.

Analisa: Masalah belum teratasi, Tujuan belum Tercapai

Planning: Lanjutkan intervensi a,b,e

Pelaksanaan keperawatan tanggal 05 Mei 2021

Pada pukul 10.00 mengidentifikasi toleransi fisik melakukan mobilisasi dengan hasil pasien mengatakan kaki kanannya masih terasa sedikit nyeri dan masih sulit berjalan. Pada pukul 15.00 mengajarkan mobilisasi sederhana yaitu menggerakkan/menggeser kakinya dan duduk di samping tempat tidur dengan hasil pasien mengatakan nyeri, pasien mengatakan sudah bisa duduk dipinggir kasur dan pasien mengatakan sudah berlatih berjalan menggunakan tongkat. Pada pukul 15.30 memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi dengan hasil pasien tampak dibantu oleh ibunya saat berjalan, pasien masih dibantu oleh orangtuanya dalam memenuhi kebutuhannya. Pada pukul 16.00 melatih pasien berjalan oleh ahli fisioterapi dengan hasil pasien sudah mulai berlatih berjalan menggunakan tongkat namun masih perlu dibantu, pasien mengatakan kakinya masih terasa nyeri saat berjalan menggunakan tongkat.

Evaluasi keperawatan tanggal 05 Mei 2021

Subjektif: Pasien mengatakan kaki kanannya masih terasa sedikit nyeri dan masih sulit berjalan, pasien mengatakan nyeri, pasien mengatakan sudah bisa duduk dipinggir kasur dan pasien mengatakan sudah berlatih berjalan menggunakan tongkat, pasien mengatakan kakinya masih terasa nyeri saat berjalan menggunakan tongkat.

Objektif: Pasien tampak dibantu oleh ibunya saat berjalan, pasien masih dibantu oleh orangtuanya dalam memenuhi kebutuhannya, pasien sudah mulai berlatih berjalan menggunakan tongkat

namun masih perlu dibantu.

Analisa: Masalah belum teratasi, Tujuan belum Tercapai

Planning: Lanjutkan intervensi a,b,e

3. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanis (gesekan)

Data Subjektif: Pasien mengatakan luka di area wajah karena jatuh akibat kecelakaan lalu lintas.

Data Objektif: Tampak luka di area wajah bagian kanan, hampir setengah wajah kanan pasien terdapat luka dan luka tampak basah.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan integritas kulit kembali normal.

Kriteria hasil: Luka pasien mengering, luka pasien berkurang sampai dengan hilang.

Rencana Keperawatan:

- a) Monitor karakteristik luka/shift.
- b) Bersihkan luka dengan cairan NaCl.
- c) Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka.
- d) Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein.
- j) Berikan obat antibiotik Prodimex 3x1 gr IV pada pukul 05.00;13.00 dan 21.00 WIB.

Pelaksanaan keperawatan tanggal 03 Mei 2021

Pada pukul 05.00 memberikan obat antibiotik prodime 1 gr melalui IV dengan hasil obat dimasukkan secara perlahan, tidak ada tanda-tanda inflamasi pada area infus. Pada pukul 08.00 memonitor karakteristik luka dengan hasil luka pasien tampak basah, hampir setengah wajah kanannya terdapat luka. Pada pukul 11.00 menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein dengan hasil pasien mengatakan akan mengkonsumsi makanan yang tinggi protein seperti ayam, telur dan lain-lain. Pada pukul 13.00 memberikan obat antibiotik prodime 1 gr melalui IV dengan hasil obat dimasukkan secara perlahan, tidak ada tanda-tanda inflamasi pada area infus. Pada pukul 13.30 membersihkan luka dengan cairan NaCl dan mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka dengan hasil luka tampak bersih. Pada pukul 14.00 memonitor karakteristik luka dengan hasil luka pasien masih tampak

basah, hampir setengah wajah kanannya terdapat luka. Pada pukul 19.00 membersihkan luka dengan cairan NaCl dan mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka dengan hasil luka tampak bersih. Pada pukul 20.00 memonitor karakteristik luka dengan hasil luka pasien masih tampak basah, hampir setengah wajah kanannya terdapat luka. Pada pukul 21.00 memberikan obat antibiotik prodime 1 gr melalui IV dengan hasil obat dimasukkan secara perlahan, tidak ada tanda-tanda inflamasi pada area infus.

Evaluasi keperawatan tanggal 03 Mei 2021

Subjektif: pasien mengatakan akan mengkonsumsi makanan yang tinggi protein seperti ayam, telur dan lain-lain.

Objektif: luka pasien tampak basah, hampir setengah wajah kanannya terdapat luka, obat dimasukkan secara perlahan, tidak ada tanda-tanda inflamasi pada area infus, luka tampak bersih.

Analisa: Masalah belum teratasi, Tujuan belum Tercapai

Planning: Lanjutkan intervensi a,b,c,e

Pelaksanaan keperawatan tanggal 04 Mei 2021

Pada pukul 05.00 memberikan obat antibiotik prodime 1 gr melalui IV dengan hasil obat dimasukkan secara perlahan, tidak ada tanda-tanda inflamasi pada area infus. Pada pukul 08.00 memonitor karakteristik luka dengan hasil luka pasien masih tampak basah, hampir setengah wajah kanannya terdapat luka. Pada pukul 13.00 memberikan obat antibiotik prodime 1 gr melalui IV dengan hasil obat dimasukkan secara perlahan, tidak ada tanda-tanda inflamasi pada area infus. Pada pukul 13.30 membersihkan luka dengan cairan NaCl dan mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka dengan hasil luka tampak bersih, pasien mengatakan lebih nyaman setelah lukanya dibersihkan. Pada pukul 14.00 memonitor karakteristik luka dengan hasil luka pasien masih tampak basah, hampir setengah wajah kanannya terdapat luka. Pada pukul 19.00 membersihkan luka dengan cairan NaCl dan mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka dengan hasil luka tampak bersih, pasien mengatakan lebih nyaman setelah lukanya dibersihkan. Pada pukul 20.00 memonitor karakteristik luka dengan hasil luka pasien masih tampak basah, hampir setengah wajah kanannya terdapat luka.

Pada pukul 21.00 memberikan obat antibiotik prodime 1 gr melalui IV dengan hasil obat dimasukkan secara perlahan, tidak ada tanda-tanda inflamasi pada area infus.

Evaluasi keperawatan tanggal 04 Mei 2021

- Subjektif: pasien mengatakan lebih nyaman setelah lukanya dibersihkan.
 Objektif: luka pasien masih tampak basah, hampir setengah wajah kanannya terdapat luka, obat dimasukkan secara perlahan, tidak ada tanda-tanda inflamasi pada area infus, luka tampak bersih.
 Analisa: Masalah belum teratasi, Tujuan belum Tercapai
 Planning: Lanjutkan intervensi a,b,c,e

Pelaksanaan keperawatan tanggal 05 Mei 2021

Pada pukul 05.00 memberikan obat antibiotik prodime 1 gr melalui IV dengan hasil obat dimasukkan secara perlahan, tidak ada tanda-tanda inflamasi pada area infus. Pada pukul 08.00 memonitor karakteristik luka dengan hasil luka pasien sudah mulai kering, luka diwajah bagian kanan sudah mulai berkurang. Pada pukul 13.00 memberikan obat antibiotik prodime 1 gr melalui IV dengan hasil obat dimasukkan secara perlahan, tidak ada tanda-tanda inflamasi pada area infus. Pada pukul 13.30 membersihkan luka dengan cairan NaCl dan mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka dengan hasil luka tampak bersih, pasien mengatakan lebih nyaman setelah lukanya dibersihkan. Pada pukul 14.00 memonitor karakteristik luka dengan hasil luka pasien sudah mulai kering, luka diwajah bagian kanan sudah mulai berkurang. Pada pukul 19.00 membersihkan luka dengan cairan NaCl dan mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka dengan hasil luka tampak bersih, pasien mengatakan lebih nyaman setelah lukanya dibersihkan. Pada pukul 20.00 memonitor karakteristik luka dengan hasil luka pasien sudah mulai kering, luka diwajah bagian kanan sudah mulai berkurang. Pada pukul 21.00 memberikan obat antibiotik prodime 1 gr melalui IV dengan hasil obat dimasukkan secara perlahan, tidak ada tanda-tanda inflamasi pada area infus.

Evaluasi keperawatan tanggal 05 Mei 2021

Subjektif: pasien mengatakan lebih nyaman setelah lukanya dibersihkan.

Objektif: luka pasien sudah mulai kering, luka diwajah bagian kanan sudah mulai berkurang, obat dimasukkan secara perlahan, tidak ada tanda-tanda inflamasi pada area infus, luka tampak bersih.

Analisa: Masalah belum teratasi, Tujuan belum Tercapai

Planning: Lanjutkan intervensi a,b,c,e

4. Risiko Infeksi dibuktikan dengan kerusakan integritas kulit wajah dan post orif.

Data Subjektif: Pasien mengatakan luka di area wajah karena jatuh akibat kecelakaan lalu lintas, keluarga pasien mengatakan pasien telah dilakukan tindakan pembedahan akibat patah tulang.

Data Objektif: Pasien tampak dilakukan tindakan ORIF (Open Reduction Internal Fixation), tampak luka di area wajah bagian kanan dan luka insisi operasi orif tibia pasien, luka operasi tidak terdapat rembesan, hampir setengah wajah kanan pasien terdapat luka dan luka tampak basah, hasil pemeriksaan leb pasien Laukosit: 10.310 /ul, suhu pasien 36,2°C.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan infeksi tidak terjadi.

Kriteria hasil: Luka pasien mengering, tidak ada tanda-tanda perburukan infeksi.

Rencana Keperawatan:

- a) Monitor tanda dan gejala diarea wajah dan kaki kanan bagian bawah post operasi.
- b) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien.
- c) Jelaskan tanda dan gejala infeksi.
- d) Lakukan perawatan luka operasi tibia kanan.

Pelaksanaan keperawatan 03 Mei 2021

Pada pukul 08.30 menjelaskan tanda dan gejala infeksi dengan hasil pasien mengatakan sudah mengetahui tanda dan gejala infeksi dan akan berusaha meminimalkan infeksi. Pada pukul 09.00 memonitor tanda dan gejala infeksi diarea wajah dan kaki kanan bagian bawah post operasi dengan hasil luka diwajah pasien masih basah, tidak ada perbesaran/perluasan infeksi pada area wajah kanan pasien, tidak ada rembesan pada luka post operasi. Pada pukul 13.30 mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien dengan hasil perawat mencuci tangan 6 langkah. Pada pukul 18.00 memonitor tanda dan gejala infeksi diarea wajah dan kaki kanan bagian bawah post operasi dengan hasil luka diwajah pasien masih basah, tidak ada perbesaran/perluasan infeksi pada area wajah kanan pasien, tidak ada rembesan pada luka post operasi. Pada pukul 19.00 mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien dengan hasil perawat mencuci tangan 6 langkah.

Evaluasi keperawatan tanggal 03 Mei 2021

- Subjektif: pasien mengatakan sudah mengetahui tanda dan gejala infeksi dan akan berusaha meminimalkan infeksi.
- Objektif: luka diwajah pasien masih basah, tidak ada perbesaran/perluasan infeksi pada area wajah kanan pasien, tidak ada rembesan pada luka post operasi, perawat mencuci tangan 6 langkah sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien.
- Analisa: Masalah tidak terjadi, Tujuan belum Tercapai
- Planning: Lanjutkan intervensi a,b

Pelaksanaan keperawatan tanggal 04 Mei 2021

Pada pukul 09.00 memonitor tanda dan gejala infeksi diarea wajah dan kaki kanan bagian bawah post operasi dengan hasil luka diwajah pasien masih basah, tidak ada perbesaran/perluasan infeksi pada area wajah kanan pasien, tidak ada rembesan pada luka post operasi. Pada pukul 13.30 mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien dengan hasil perawat mencuci tangan 6 langkah. Pada pukul 18.00 memonitor tanda dan gejala infeksi diarea wajah dan kaki kanan bagian bawah post operasi dengan hasil luka diwajah pasien masih basah, tidak ada perbesaran/perluasan

infeksi pada area wajah kanan pasien, tidak ada rembesan pada luka post operasi. Pada pukul 19.00 mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien dengan hasil perawat mencuci tangan 6 langkah.

Evaluasi keperawatan tanggal 04 Mei 2021

Subjektif: -

Objektif: luka diwajah pasien masih basah, tidak ada perbesaran/perluasan infeksi pada area wajah kanan pasien, tidak ada rembesan pada luka post operasi, perawat mencuci tangan 6 langkah sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien.

Analisa: Masalah tidak terjadi, Tujuan belum Tercapai

Planning: Lanjutkan intervensi a,b

Pelaksanaan keperawatan tanggal 05 Mei 2021

Pada pukul 09.00 memonitor tanda dan gejala infeksi diarea wajah dan kaki kanan bagian bawah post operasi dengan hasil luka diwajah pasien sudah mulai kering, tidak ada perbesaran/perluasan infeksi pada area wajah kanan pasien, tidak ada rembesan pada luka post operasi. Pada pukul 13.30 mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien dengan hasil perawat mencuci tangan 6 langkah. Pada pukul 18.00 memonitor tanda dan gejala infeksi diarea wajah dan kaki kanan bagian bawah post operasi dengan hasil luka diwajah pasien sudah mulai kering, tidak ada perbesaran/perluasan infeksi pada area wajah kanan pasien, tidak ada rembesan pada luka post operasi. Pada pukul 19.00 mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien dengan hasil perawat mencuci tangan 6 langkah.

Evaluasi keperawatan tanggal 05 Mei 2021

Subjektif: -

Objektif: luka diwajah pasien sudah mulai kering, tidak ada perbesaran/perluasan infeksi pada area wajah kanan pasien, tidak ada rembesan pada luka post operasi, perawat mencuci tangan 6 langkah sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien.

Analisa: Masalah tidak terjadi, Tujuan tercapai Tercapai

Planning: Lanjutkan intervensi a,b

5. Risiko Jatuh dibuktikan dengan penggunaan alat bantu jalan.

Data Subjektif: Pasien mengatakan latihan berjalan menggunakan tongkat.

Data Objektif: Pasien tampak berlatih berjalan menggunakan tongkat, pasien tampak belum bisa berjalan menggunakan tongkat.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan jatuh tidak terjadi.

Kriteria hasil: Lingkungan klien tidak ada yang membuat risiko jatuh, skor risiko jatuh dalam kategori ringan.

Rencana keperawatan:

- a) Identifikasi faktor risiko jatuh.
- b) Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh.
- c) Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala *fall morse scale*/shift.

Pelaksanaan keperawatan tanggal 03 Mei 2021

Pada pukul 08.00 menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala *fall morse scale* dengan hasil pasien memiliki skor 65 dengan klasifikasi risiko jatuh tinggi. Pada pukul 14.00 mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh dengan hasil keluarga pasien mengatakan lantai di kamarnya tidak licin dan tidak basah, lantai kamar pasien tampak kering. Pada pukul 14.30 mengidentifikasi faktor risiko jatuh dengan hasil pasien mengatakan kaki kanannya sakit akibat patah tulang dan baru bisa menggeserkan saja.

Evaluasi keperawatan tanggal 03 Mei 2021

Subjektif: keluarga pasien mengatakan lantai di kamarnya tidak licin dan tidak basah, pasien mengatakan kaki kanannya sakit akibat patah tulang dan baru bisa menggeserkan saja.

Objektif: lantai kamar pasien tampak kering, pasien memiliki skor 65 dengan klasifikasi risiko jatuh tinggi.

Analisa: Masalah tidak terjadi, Tujuan belum Tercapai

Planning: Lanjutkan intervensi a,b,c

Pelaksanaan keperawatan tanggal 04 Mei 2021

Pada pukul 08.00 menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala *fall morse scale* dengan hasil pasien memiliki skor 70 dengan klasifikasi risiko jatuh tinggi. Pada pukul 14.00 mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh dengan hasil keluarga pasien mengatakan lantai di kamarnya tidak licin dan tidak basah, lantai kamar pasien tampak kering. Pada pukul 14.30 mengidentifikasi faktor risiko jatuh dengan hasil pasien mengatakan berlatih berjalan menggunakan tongkat.

Evaluasi keperawatan tanggal 04 Mei 2021

Subjektif: keluarga pasien mengatakan lantai di kamarnya tidak licin dan tidak basah, hasil pasien mengatakan berlatih berjalan menggunakan tongkat.

Objektif: lantai kamar pasien tampak kering, pasien memiliki skor 70 dengan klasifikasi risiko jatuh tinggi.

Analisa: Masalah tidak terjadi, Tujuan belum Tercapai

Planning: Lanjutkan intervensi a,b,c

Pelaksanaan keperawatan tanggal 05 Mei 2021

Pada pukul 08.00 menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala *fall morse scale* dengan hasil pasien memiliki skor 70 dengan klasifikasi risiko jatuh tinggi. Pada pukul 14.00 mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh dengan hasil keluarga pasien mengatakan lantai di kamarnya tidak licin dan tidak basah, lantai kamar pasien tampak kering. Pada pukul 14.30 mengidentifikasi faktor risiko jatuh dengan hasil pasien mengatakan berlatih berjalan menggunakan tongkat.

Evaluasi keperawatan tanggal 05 Mei 2021

Subjektif: keluarga pasien mengatakan lantai di kamarnya tidak licin dan tidak basah, hasil pasien mengatakan berlatih berjalan menggunakan tongkat.

Objektif: lantai kamar pasien tampak kering, pasien memiliki skor 70 dengan klasifikasi risiko jatuh tinggi.

Analisa: Masalah tidak terjadi, Tujuan belum Tercapai

Planning: Lanjutkan intervensi a,b,c

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Pengkajian Keperawatan

Menurut Istianah, (2019), tanda dan gejala yang sering muncul pada pasien fraktur adalah

1. Peningkatan tekanan darah dan nadi akibat respon dari nyeri atau kecemasan, hal ini sesuai dengan yang dialami oleh pasien, karena pasien mengalami peningkatan tekanan darah dan nadi akibat nyeri yang dirasakan pasien. Hal ini dapat dibuktikan dengan hasil pemeriksaan TTV dirumah sebelum fraktur Tekanan darah sistol 100-110 mmHg diastol 70-80 mmHg sesudah fraktur Tekanan darah= 130/90 mmHg dan Nadi= 100 x/menit.
2. Penurunan neurosensori pasien mengalami hilangnya gerakan/ merasa kebas dan kesemutan pada area kakinya dan agitas (gelisah), hal ini sesuai dengan yang dialami oleh pasien, karena terdapat kerusakan jaringan dan kerusakan pada beberapa sistem saraf area fraktur yang menyebabkan pasien merasakan kebas dan mengalami gangguan mobilitas.

Menurut Haryono dan Utami, (2019), komplikasi yang akan terjadi jika fraktur tidak segera ditangani adalah sindrom kompartemen, karena peningkatan tekanan dari suatu edema didalam kompartemen, biasanya terjadi dalam 12 sampai 48 jam terkadang 10 hari setelah cedera. Hal ini tidak terjadi pada pasien karena pada saat pengkajian setelah pasien mengalami kecelakaan pasien segera dibawa kerumah sakit dan mendapatkan tindakan pencegahan terjadinya komplikasi dengan cara mengelevasikan tungkai setinggi jantung yang bertujuan agar sirkulasi didalam kompartemen lebih lancar. Hal tersebut dibuktikan dengan hasil penelitian Prasetyo, (2020) yang menyatakan bahwa pasien dengan fraktur ekstremitas bawah dilakukan dengan posisi elevasi 15° lebih tinggi dari jantung sehingga darah balik ke jantung meningkat dan penumpukan darah pada anggota gerak bawah tidak terjadi.

Faktor pendukung pada saat pengkajian pasien Tn. J serta keluarga pasien sangat kooperatif dan terbuka mengenai keluhan untuk data-data yang dibutuhkan oleh penulis mengenai penyakit yang dialami oleh pasien memberikan asuhan keperawatan dan adanya status atau *medical record* pasien dan perawat ruang Azalea yang membantu dalam proses pengumpulan data yang dibutuhkan untuk memberikan asuhan keperawatan yang baik dan benar.

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan utama yang ditegakkan adalah risiko infeksi dibuktikan dengan kerusakan integritas kulit, karena pada pasien yang mengalami fraktur tibia terbuka akan membuat pergeseran pada tulang dan terdapat *port de entry*. Ketika terdapat *port de entry* bakteri akan masuk dan dapat berkembang biak pada area yang memiliki banyak nutrisi. Pada pasien dengan fraktur tulang panjang seperti tibia yang dimana fungsi tulang panjang adalah memproduksi sel darah merah dan terdapat banyak nutrisi, maka bakteri akan mudah berkembang biak dengan adanya asupan nutrisi yang adekuat sehingga dikhawatirkan pasien terjadi komplikasi *osteomyelitis* yaitu infeksi pada tulang.

Diagnosa keperawatan yang ada didalam teori namun tidak ada pada kasus yaitu:

1. Kurang pengetahuan tentang kondisi dan prognosis berhubungan dengan kurang pengetahuan dan tidak mengenal sumber informasi. Diagnosa tersebut tidak diangkat karena pada saat pengkajian pasien dan keluarga aktif mencari tentang fraktur melalui internet, Pendidikan terakhir orang tua pasien Sarjana dan sudah dijelaskan oleh dokter terkait penyakitnya, prosedur operasinya dan perawatan setelah operasi.

Diagnosa keperawatan yang tidak ada di teori tetapi ada pada kasus yaitu:

1. Risiko jatuh dibuktikan dengan penggunaan alat bantu jalan. pasien saat ini sedang dalam program latihan berjalan menggunakan tongkat.

Faktor yang mendukung dalam menegakkan diagnosa ialah pasien dan keluarga yang kooperatif dalam memberikan informasi, data-data pasien mendukung dalam menegakkan diagnosa.

C. Perencana Keperawatan

Perencanaan keperawatan yang berbeda pada teori dan kasus adalah

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi ORIF)
 - a. Lakukan kompres dingin/es 24-48 jam pertama sesuai keperluan.
 Penulis tidak merencanakan ini karena dikhawatirkan area bekas operasi menjadi basah/lembab menjadi tempat berkembangnya bakteri dan sudah diberikan obat analgetik.
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kecemasan
 - a. Kaji derajat imobilisasi yang diakibatkan oleh cidera/pengobatan dan perhatian persepsi pasien terhadap imobilisasi.
 Penulis tidak merencanakan ini karena persepsi pasien tentang keterbatasan dirinya merupakan hal yang wajar dialami jika sedang fraktur, pasien juga tidak merasa malu dengan keterbatasan yang dimilikinya sekarang.
 - b. Instruksikan/dorong menggunakan trapeze dan “pascaposisi” untuk fraktur tungkai bawah.
 Penulis tidak merencanakan ini karena pasien diberikan posisi sedikit keatas dan ekstremitas bawah ditinggikan setinggi jantung.

Faktor pendukung dalam menyusun intervensi adalah adanya referensi dalam pembuatan intervensi yang mempermudah penulis untuk Menyusun intervensi sehingga dapat dilakukan dengan baik.

Faktor penghambat yang ditemukan penulis dalam merencanakan proses asuhan keperawatan adalah pasien yang masih merasa takut dalam menggerakkan kakinya sehingga penulis harus mencari intervensi yang sesuai dengan kenyamanan dan kebutuhan pasien.

D. Pelaksanaan Keperawatan

Penulis melakukan pelaksanaan keperawatan berdasarkan perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan keperawatan kepada pasien dilakukan selama 3 hari yaitu pada tanggal 03 Mei 2021 sampai 05 Mei 2021. Pelaksanaan keperawatan berjalan dengan baik karena adanya faktor pendukung yaitu sikap kooperatif dari pasien dan keluarga yang membantu melakukan perencanaan sesuai dengan intervensi yang telah dibuat agar berjalan dengan baik terutama tentang penyakit yang dialami oleh pasien, hal ini disebabkan karena pasien mengalami perkembangan dalam kondisi kesehatannya.

1. Risiko Infeksi dibuktikan dengan kerusakan integritas kulit wajah dan post orif.

Dalam diagnosa keperawatan risiko infeksi perawat sudah merencanakan untuk dilakukan perawatan luka operasi pada tibia kanan namun belum di implementasikan karena masih menunggu visit dokter. Menurut Delima, (2014) waktu dilakukan perawatan luka operasi adalah pada hari ke 3. Perawatan luka adalah suatu tindakan membersihkan luka dan mengganti verban pada luka yang dilakukan secara steril dan antiseptic, sehingga mikroorganisme tidak masuk ke dalam luka dan tidak terjadi infeksi.

Faktor pendukung penulis dalam melakukan implementasi adalah bantuan perawat ruangan dan tim kesehatan lainnya sehingga dapat terlaksana implementasi sesuai rencana yang telah disusun serta sikap kooperatif pasien dalam pemberian asuhan keperawatan.

Faktor penghambat dalam melakukan implementasi adalah dokter yang belum melakukan visit kepada pasien sehingga belum bisa dilakukan tindakan perawatan luka pada pasien.

E. Evaluasi Keperawatan

Pada evaluasi keperawatan pada kasus penulis mengarah pada tujuan dan kriteria hasil yang telah dibuat berdasarkan diagnosa keperawatan. Evaluasi keperawatan dilakukan secara berkesinambungan atau terus-menerus dengan melibatkan pasien

dan tenaga kesehatan lainnya. Pasa kasus dilakukan selama tiga hari yang mengacu pada tujuan dan kriteria hasil yang telah dibuat:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi ORIF).
Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang sampai dengan hilang. Masalah teratasi sebagian, Tujuan tercapai sebagian ditandai dengan pasien mengatakan akan melakukan teknik relaksasi napas dalam sambil menonton tv atau main handphone saat merasa nyeri, pasien mengatakan masih sedikit merasakan nyeri, pasien mengatakan nyeri akibat tindakan operasi patah tulang, pasien mengatakan nyerinya seperti ditimpa benda berat, pasien mengatakan nyerinya ditempat operasi kaki kanan, pasien mengatakan nyeri dengan skala 2, pasien mengatakan nyeri hilang timbul dengan durasi kurang lebih 1 jam, pasien tampak tenang, pasien sudah tidak tampak meringis kesakitan, TD=110/90 mmHg, N=95 x/menit Rr=17 x/menit.

Faktor pendukung dalam evaluasi keperawatan adalah pasien mau mengikuti instruksi yang diberikan oleh perawat dan pasien mampu melakukan teknik distraksi saat nyerinya timbul.

Faktor penghambat dalam evaluasi keperawatan adalah pasien masih dalam tahap pembentukan hematoma fraktur yaitu kapiler mulai tumbuh menjadi hematoma untuk membentuk kembali suplai darah ketulang. Tahap ini memakan waktu beberapa minggu sedangkan pasien baru 6 hari dilakukan tindakan operasi.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kecemasan.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik kembali normal. Masalah belum teratasi, Tujuan belum Tercapai ditandai dengan pasien mengatakan kaki kanannya masih terasa sedikit nyeri dan masih sulit berjalan, pasien mengatakan nyeri, pasien mengatakan sudah bisa duduk dipinggir kasur dan pasien mengatakan sudah berlatih berjalan menggunakan tongkat, pasien mengatakan kakinya masih terasa nyeri saat berjalan menggunakan tongkat, pasien tampak dibantu oleh ibunya saat berjalan, pasien masih dibantu oleh orangtuanya dalam memenuhi kebutuhannya,

pasien sudah mulai berlatih berjalan menggunakan tongkat namun masih perlu dibantu.

Faktor penghambat dalam evaluasi keperawatan adalah pasien masih dalam tahap pembentukan hematoma fraktur yaitu kapiler mulai tumbuh menjadi hematoma untuk membentuk kembali suplai darah ketulang. Tahap ini memakan waktu beberapa minggu sedangkan pasien baru 6 hari dilakukan tindakan operasi. Ambang nyeri pasien rendah sehingga pasien belum bisa melakukan mobilitas fisik.

3. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanis (gesekan).

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan integritas kulit kembali normal. Masalah belum teratasi, Tujuan belum Tercapai ditandai dengan pasien mengatakan lebih nyaman setelah lukanya dibersihkan, luka pasien sudah mulai kering, luka diwajah bagian kanan sudah mulai berkurang, obat dimasukkan secara perlahan, tidak ada tanda-tanda inflamasi pada area infus, luka tampak bersih.

Faktor penghambat dalam evaluasi keperawatan adalah pasien masih dalam tahap penyembuhan luka proliferasi yang berlangsung pada hari ke 3 sampai hari ke 21. Tahap ini sangat di pengaruhi oleh keberadaan sel fibroblast yang akan mensintesis kolagen sebagai bahan dasar pembentukan jaringan granulasi. Pada saat dilakukan evaluasi oleh perawat luka pasien baru hari ke 6 dan luka pasien hanya dibersihkan dengan cairan NaCl tidak menggunakan obat-obatan.

4. Risiko infeksi dibuktikan dengan kerusakan integritas kulit wajah dan post orif.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan infeksi pada pasien tidak terjadi. Masalah tidak terjadi, Tujuan Tercapai ditandai dengan luka diwajah pasien sudah mulai kering, tidak ada perbesaran/perluasan infeksi pada area wajah kanan pasien, tidak ada rembesan pada luka post operasi, perawat mencuci tangan 6 langkah sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien.

Faktor pendukung dalam evaluasi keperawatan adalah pasien mendapatkan terapi obat antibiotik untuk mengatasi infeksi dan pasien sudah rutin mengkonsumsi makanan tinggi protein untuk proses penyembuhan luka.

5. Risiko jatuh dibuktikan dengan penggunaan alat bantu jalan.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan jatuh tidak terjadi. Masalah tidak terjadi, Tujuan belum Tercapai ditandai dengan keluarga pasien mengatakan lantai di kamarnya tidak licin dan tidak basah, hasil pasien mengatakan berlatih berjalan menggunakan tongkat, lantai kamar pasien tampak kering, pasien memiliki skor 70 dengan klasifikasi risiko jatuh tinggi. Lanjutkan intervensi a,b,c.

Faktor penghambat dalam evaluasi keperawatan adalah pasien masih melakukan latihan berjalan dengan menggunakan tongkat.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Fraktur adalah kondisi terjadinya ketidaksinambungan tulang panjang atau tulang rawan yang bersifat total atau sebagian yang diakibatkan oleh trauma atau cedera fisik (Ahmad et al., 2020). Penyebab pasien dengan fraktur pada kasus terjadi karena kecelakaan lalu lintas yang dimana pasien mengalami benturan langsung pada bagian ekstremitas bawah yaitu pada tulang tibia kanan. Penatalaksanaan pasien dengan fraktur adalah operasi pembedahan ORIF (Open Reduction Interna Fixation). Pemeriksaan diagnostik yang umum digunakan adalah foto rontgen, pemeriksaan ini dilakukan untuk menentukan lokasi dan luasnya fraktur yang dialami oleh pasien.

Diagnosa keperawatan yang diangkat pada pasien adalah lima diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi), gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kecemasan, gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanis (gesekan), risiko infeksi dibuktikan dengan kerusakan integritas kulit dan risiko jatuh dibuktikan dengan penggunaan alat bantu jalan. Masalah prioritas pada pasien fraktur adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) dikarenakan pasien mengalami nyeri hebat yang selalu dikeluhkan pasien. Hal ini dapat dibuktikan dengan pasien sering mengeluh nyeri dan pasien merasa nyerinya perlu segera diatasi.

Perencanaan keperawatan yang perlu di perhatikan pada pasien dengan fraktur terdapat rencana mandiri ataupun kolaborasi, rencana mandiri antara lain kaji TTV (tekanan darah dan nadi), kaji karakteristik nyeri dengan PQRST, kaji tanda-tanda infeksi dan rencan akolaborasi adalah berikan obat analgetik untuk mengurangi nyeri dan obat antibiotic untuk mengurangi proses infeksi pada pasien.

Pelaksanaan keperawatan yang dilakukan untuk pasien fraktur adalah mengkaji TTV (tekanan darah dan nadi), mengkaji karakteristik nyeri dengan PQRST, mengkaji tanda-tanda infeksi dan memberikan obat analgetik dan antibiotic merupakan tindakan keperawatan guna mencegah terjadinya komplikasi dari fraktur.

Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan fraktur yang harus di perhatikan adalah karakteristik nyeri pasien, pasien sudah melakukan aktivitas seperti semula, tidak ada tanda-tanda infeksi.

B. Saran

Saran penulis dalam pengumpulan data dan pengelolaan data, yaitu:

1. Bagi Petugas Kesehatan

Diharapkan bagi tenaga kesehatan untuk lebih memperhatikan kondisi luka operasi pasien agar tidak terjadi infeksi, menganjurkan pasien untuk banyak mengkonsumsi protein agar proses penyembuhan lukanya lebih cepat mengalami perbaikan dan selalu memotivasi pasien untuk melakukan pergerakan. meningkatkan kualitas pemberian asuhan keperawatan serta memperhatikan kebutuhan secara komprehensif agar hubungan saling percaya dengan pasien semakin baik, kemudian setiap catatan keperawatan yang telah dilakukan didokumentasikan dengan rapih, jelas dan lengkap agar orang lain dapat membaca dengan benar, jelas dan paham sehingga tidak menimbulkan salah persepsi bagi orang yang membacanya.

2. Bagi Institut Pendidikan

Diharapkan perpustakaan lebih membuka fasilitas untuk mahasiswa agar dapat membaca dan mengumpulkan bahan dalam pembuatan artikel ilmiah.

3. Bagi Mahasiswa

Diharapkan bagi mahasiswa keperawatan lebih memahami konsep perjalanan penyakit dan proses keperawatan mulai dari pengkajian sampai evaluasi, sehingga dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien lebih maksimal dengan memperbanyak sumber buku dan literatur terkait.

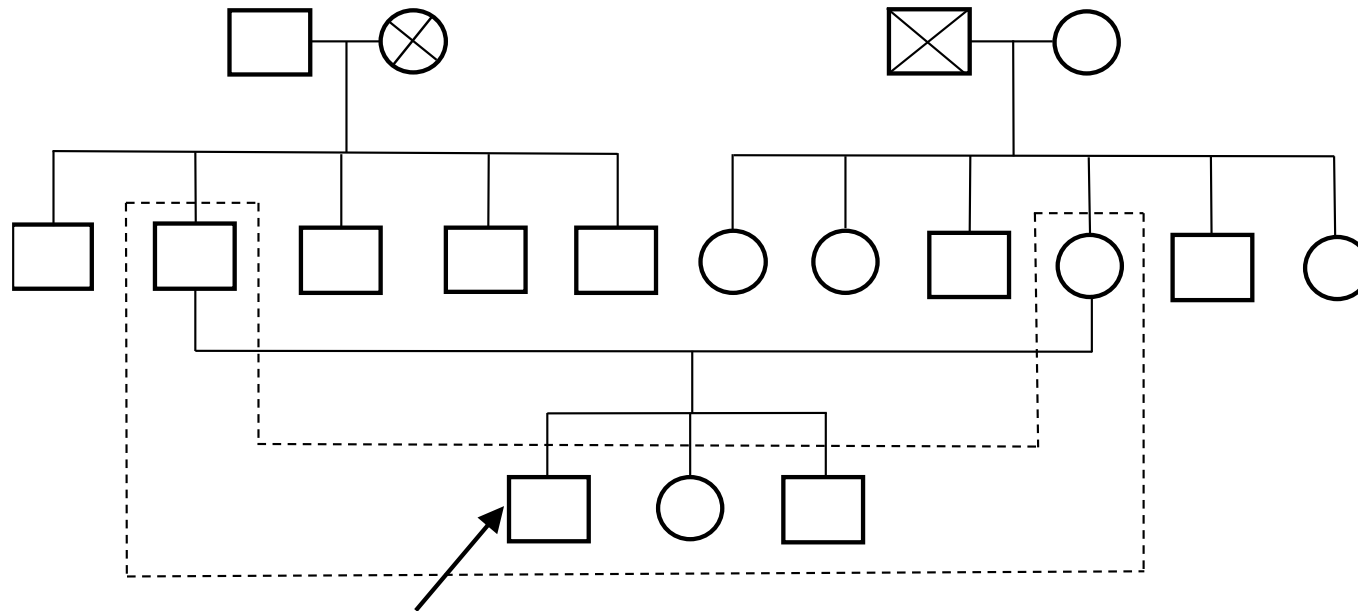
DAFTAR PUSTAKA

- Ahmad, N. S. S., Rahmadian, R., & Yulia, D. (2020). *Gambaran Kejadian Fraktur Femur di RSUP Dr. M. Djamil pada Tahun 2016-2018 (Skripsi)*. 61.
- Andri, J., Febriawati, H., Padila, P., J. H., & Susmita, R. (2020). Nyeri pada Pasien Post Op Fraktur Ekstremitas Bawah dengan Pelaksanaan Mobilisasi dan Ambulasi Dini. *Journal of Telenursing (JOTING)*, 2(1), 61–70. <https://doi.org/10.31539/joting.v2i1.1129>
- Astuti, L., & Aini, L. (2020). Pengaruh Pemberian Aromaterapi Lavender Terhadap Skala Nyeri Pada Pasien Post Operasi Fraktur. *Jurnal Ilmiah Multi Science Kesehatan*, 12(1), 171–178.
- Delima, M. & Ardi. (2014). *Hubungan Perawat Luka Dengan Proses Penyembuhan Luka Pada Klien Dengan Robekan (Vilnus Laceratum) Di Ruang Bedah RSI IBNU SINA Bukittinggi Tahun 2013*.
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Geissler, A. C. (2012). *Rencana Asuhan Keperawatan*. EGC.
- Hartanto, H. (2014). *Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. EGC.
- Haryono, R., & Utami, M. P. S. (2019). *Keperawatan Medikal Bedah 2*. PT.Pustaka Baru.
- Istianah, U. (2019). *Askep Klien Dengan Gangguan Persarafan*. PT.Pustaka Baru.
- Kemenkes RI. (2019). Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018. *Kementrian Kesehatan RI*, 53(9), 1689–1699.
- Platini, H., Chaidir, R., & Rahayu, U. (2020). Karakteristik Pasien Fraktur Ekstermitas Bawah. *Jurnal Keperawatan 'Aisyiyah*, 7(1), 49–53. <https://doi.org/10.33867/jka.v7i1.166>
- PPNI, T. P. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. DPP PPNI.
- PPNI, T. P. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. DPP PPNI.

- PPNI, T. P. (2019) *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. DPP PPNI.
- Prasetyo, U. B. (2020). Efektivitas Elevasi 15° Ekstremitas Bawah dalam Mengurangi Tingkat Nyeri pada Pasien Post Operasi Fraktur Ekstremitas Bawah. *STIKes Kusuma Husada Surakarta*, 0–12.
- Ridwan, U. N., Pattiiha, A. M., & Selomo, P. A. M. (2018). Karakteristik Kasus Fraktur Ekstremitas Bawah Di Rumah Sakit Umum Daerah Dr H Chasan Boesoirie Ternate Tahun 2018. *Kieraha Medical Jornal*, 1(1), 301–316.
- Rizal, L. K. (2019). *Jenis-Jenis Tindakan Keperawatan Dalam Melaksanakan Asuhan Keperawatan*. <https://doi.org/10.31227/osf.io/84msk>
- Sitanggang, R. (2018). Tujuan evaluasi dalam keperawatan. *Journal Proses Dokumentasi Asuhan Keperawatan*, 1(5), 1–23.
- Smeltzer, S. C. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah*. EGC.
- World Health Organization. (2018). *World Health Statistic 2018 Monitoring Health for the SDGs*.
- World Health Organization. (2021). *Novel Coronavirus*. <https://www.who.int/indonesia/news/novel-coronavirus/qa/qa-for-public>

LAMPIRAN

A. Lampiran 1: Genogram



Keterangan

- = Laki-laki
- = Perempuan
- ⊗ = Meninggal
- = Tinggal Bersama
- = Pasien

B. Lampiran 2: Pathway Haryono dan Utami, (2019)

