

## BAB III TINJAUAN KASUS

### A. Data Umum Klien

No. RM : 71-90-22  
Nama Klien : Tn P  
Umur : 31-12-1937 (84 th)  
Jenis Kelamin : Laki- laki  
Alamat : Sungapan, Tirtorahayu, wates kulonprogo  
Pendidikan : Tamat SD  
Pekerjaan : Petani  
Agama : Islam  
Tanggal masuk : 19 Mei 2024  
Ruang : Menoreh Lor  
Diagnosa Medis : *fracture of femur, fracture of shaft ulna.*

### B. Riwayat Kesehatan

#### Alasan masuk RS :

Tn P tertabrak sepeda motor saat hendak menyebrang jalan lalu dibawa ke IGD tanggal 19 Mei 2024 tangan kanan dan kaki kanan sakit saat di gerakkan setelah di priksa oleh dokter Tn P terjadi fraktur di paha kanan  
Setelah pasien tiba di IGD pasien diberikan tindakan:

#### 1. *Vital sign*

TD : 130/80 mmHg

Nadi : 82x/menit

RR : 20 x/menit

Suhu : 36.3 C

SpO2 : 100%

#### 2. EKG : *Normal sinus rhythm*

#### 3. Infus RL 500 ml 15 tpm abocath no 22 tangan kiri

#### 4. Injeksi

Injeksi ceftriaxone 1gr/12 jam

Injeksi ketorolac 30mg/8jam

Injeksi ranitidine 50mg/12 jam

Saat pengkajian dilakukan merupakan h-1 post operasi orif

5. Laboratorium:

Darah lengkap (CBC+DIFF), Glukosa Darah Sewaktu, Ureum, Kreatinin, Natrium, Kalium, Chlorida,

6. Ro: Femur DWS AP-LAT, Antebrachi AP-LAT.

Pasien direncanakan dilakukan ORIF sehingga dilakukan rawat inap di bangsal menora lor

**Keluhan utama saat ini :**

Pasien mengeluh nyeri di paha kanan dan nyeri di pergelangan tangan kanan.

**Riwayat kesehatan masa lalu :**

Pasien tidak ada riwayat gangguan kesehatan.

**Riwayat kesehatan keluarga:**

Pasien mengatakan tidak ada riwayat gangguan kesehatan di keluarga.

**Penyakit keturunan : tidak ada**

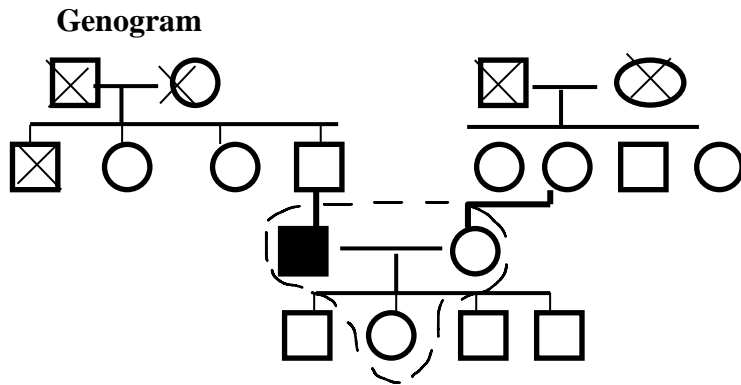
- DM
- Asma
- Hipertensi
- Jantung
- Lain: Tidak ada

**Riwayat kecelakaan atau pembedahan sebelumnya :**

Riwayat kecelakaan dan operasi satu kali. Riwayat ORIF pada *femur* dan *shaft ulna*, terpasang plat/pen (21 Mei 2024).

**Riwayat alergi dan pengobatan yang pernah di peroleh :**

Pasien mengatakan tidak ada alergi obat atau makanan



Gambar 3. 1 Genogram

Keterangan:

- : Laki-laki
- : Perempuan
- ⊗ : Laki-Laki Meninggal
- ⊗ : Perempuan Meninggal
- : Hubungan Perkainan
- ↗ : Identifikasi Pasien
- : Tinggal Satu Rumah

UNIVERSITAS PERSISTAKAAN  
JENDERAL ACHMAD YANI  
YOGYAKARTA

## C. Pengkajian Fisik

### 1. Sistem Pernafasan

- Dispnea : **Tidak**
- Sputum : **Tidak**
- Riwayat penyakit Bronktis: **Tidak**; Asthma: **Tidak**; TBC: **Tidak**; Emphysema: **Tidak**; Pneumonia: **Tidak**
- Merokok : **Tidak**
- Alkohol : **Tidak**
- Respirasi : **20 x/menit**
- Penggunaan otot bantu pernapasan: **Tidak**
- Fremitus : **Vokal fremitus kanan kiri sama**
- Nasal flaring : **Tidak ada pernapasan cuping hidung**
- Sianosis : **tidak ada sianosis**
- Pemeriksaan Paru
  - a. Inspeki :
 

**Pergerakan dada simetris kanan kiri, tidak ada lesi dan jejas, tidak ada retraksi dinding dada dan penggunaan otot bantu napas**
  - b. Palpasi :
 

**Pergerakan simetris, tidak ada nyeri tekan, vokal fremitus kanan kiri sama**
  - c. Perkusi : **Suara sonor**
  - d. Auskultasi : bunyi napas: **Vesikuler**, Irama: **Reguler**

Data Tambahan Lain-lain:

### 2. Sistem Kardiovaskular

- Riwayat Penyakit :
  - a. Hipertensi: **Tidak**
  - b. Penyakit gangguan jantung: **Tidak**
- Edema kaki : **Tidak**
- Plebitis : **Tidak**

- Claudicatio : **Tidak**
- Dysreflexia : **Tidak**
- Palpitasi : **Tidak**; Sinkop: **Tidak**
- Rasa kebas/kesemutan: **Ya** di ekstremitas: **Kaki kanan**
- Batuk darah : **Tidak**
- TD : mmHg, pengukuran di **lengan atas (D)**; Posisi pengukuran:  
**Tidur**
- Nadi : 82 x/menit
- Kualitas nadi : **Teraba kuat pada nadi radialis**
- Edema : **Tidak ada edema**
- *Homans sign* : **Tidak**
- Abnormalitas kuku: **Tidak**
- Perubahan kulit : **Ya, Pucat di area ekstremitas kanan bawah**
- Membran mukosa: **Kering dan pucat**
- Pemeriksaan Kardio:
  - Inspeki : **Ictus cordis tidak tampak**
  - Palpasi : **Ictus cordis teraba di ICS ke V mid klavikula sinistra**
  - Perkusi : **Pekak**
  - Auskultasi : **S1 S2 reguler**

### 3. Sistem Gastrointestinal

- ***Antropometri***

BB: **50cm** TB: **150kg** IMT: **22,22** (*Normal Range*)

- ***Biokimia***

Hb : **13.3 gr/dl**

Ht : **39.8 %**

Albumin : -

Serum glukosa: -

Gula darah *premeal*:

- **Clinical sign**

- a. Turgor kulit : **Tidak elastis**
- b. Membran mukosa : **Pucat**
- b. Edema : **Tidak**
- c. Ascites : **Tidak**
- d. Pembesaran tiroid : **Tidak**
- e. Kondisi gigi dan mulut: **Bersih**
- f. Kondisi lidah : **Bersih**
- g. Halitosis : **Tidak**
- h. Hernia : **Tidak**
- i. Massa abdomen : **Tidak**
- j. Bising usus: **12** x/menit
- k. Data tambahan dalam pemeriksaan abdomen:
  - Inspeki : **Abdomen simetris, tidak ada lesi atau jejas**
  - Auskultasi : **Bising usus 12x/menit**
  - Palpasi : **Tidak ada nyeri tekan dan edema**
  - Perkusi : **Perkusi sebelah kanan dapat ditemukan pekak karena adanya hepar, sedangkan sebelah kiri atas tymphani. Tidak ada perbesaran hepatomegali dan splenomegali.**

- **Diet** : -

- a. Pola makan sebelum dirawat: 3x/sehari; waktu: **Pagi, Siang dan Malam**
- b. Ada larangan/pantangan makanan: **Pasien mengatakan tidak mempunyai pantangan makanan**
- c. Penggunaan suplemen makanan: **Tidak** Sebutkan: -
- d. Kehilangan nafsu makan: **Tidak**
- e. Mual/Muntah: **Tidak**; Frekuensi: -
- f. Alergi makanan: **Tidak**; Sebutkan:

- g. Dada serasa terbakar sesaat setelah makan: **Tidak**
- h. Masalah dalam menelan: **Tidak ada masalah dalam menelan**
- i. Gigi Palsu: **Tidak**
- j. Penggunaan diuretik: **Selama di RS pasien tidak diberikan diuretik**
- k. Pola makan selama sakit/dirawat: **3x/sehari; waktu: Pagi, Siang Malam**
- l. Kebutuhan cairan selama sakit:
  - a. Balance cairan selama 24 jam

Tabel 3.1 Balance cairan selama 24 jam

<b>Input</b>	<b>Output</b>	<b>Balance cairan</b>
Parenteral:	Urine <b>1.200 cc</b>	<b>Input – output :</b>
– Infus RL 1500 ml	IWL <b>50x15: 750 cc</b>	<b>2.700 – 2.200</b>
		<b>= 350 cc</b>
Makan + minum :	Feses <b>550 cc</b>	
– <b>Minum: 1.000 cc</b>	Muntah – cc	
– <b>Makan: 200 cc</b>	Drain - cc	
Obat-obatan:	Darah - cc	
<b>- 150 cc</b>		
<b>Total 2.850 cc</b>	<b>Total 2.500cc</b>	

#### 4. Sistem Neurosensori

- Merasa pusing/mau pingsan: **Tidak**
- Sakit kepala : **Tidak**
- Kesemutan/Kebas/lemah : **Tidak**
- Riwayat stroke : **Tidak**, lokasi:
- Kejang : **Tidak**, tipe kejang :
- Kehilangan daya penglihatan: **Tidak**
- Pemeriksaan visus: -
- Glaukoma : **Tidak**; Katarak: **Tidak**; Alat bantu penglihatan: **Tidak**, sebutkan: -
- Kehilangan daya pendengaran: **Tidak**; Hasil pemeriksaan : -

- Alat bantu dengar: **Tidak**, Sebutkan: -
- **Inspeksi:** Telinga bentuk simetris, ukuran telinga sedang, lubang telinga terdapat serumen berwarna kuning, tidak ada benda asing, tidak ada perdarahan, membran telinga utuh  
**Palpasi:** Tidak ada nyeri tekan ada bagian telinga
- **Pengecap**  
**Inspeksi:** Bibir pasien kering, tidak ada luka ataupun bibir sumbing, gusi normal, ada sedikit sisa-sisa makanan, ada *caries* di gigi geraham belakang, terdapat karang gigi di bagian gigi bawah, tidak ada perdarahan, tidak ada abses.  
**Lidah:** Lidah bersih, warna merata  
**Rongga mulut:** Tidak ada bau napas, tidak ada peradangan, uvula simetris, tonsil radang tidak membesar, selaput lendir basah, tidak ada benda asing di dalam rongga mulut
- **Pengidu**  
**Inspeksi:** Bentuk lubang hidung dan bentuk septum nasi simetris, lubang hidung tidak ada sekret, tidak ada sumbatan, tidak ada inflamasi, selaput lendir lembap
- **Peraba**  
**Inspeksi:** Kulit tampak pucat pada bagian ekstremitas kanan bawah (femure dextra) dan pergelangan tangan kanan tampak lesi
- Status mental : **Baik**
- Orientasi : Waktu: **Normal**; Tempat: **Normal**; Orang: **Normal**; Situasi: **Normal**
- Tingkat kesadaran : **Composmentis**
- GCS : E: **4** M: **5** V: **6** : Total: **15**
- Afek : **Respons saat ini pasien menerima kalau dia sakit dan dirawat di RS**
- Memori: Saat ini : - , Masa lalu : -
- Pupil: **Isokor**; ukuran: - mm, reaksi cahaya: R/L: **Normal**
- *Facial droop*: **Tidak**, bagian: -
- Postur tubuh: **Baik**

- Reflek tendon: -
  - Paralisis: **Tidak** lokasi:
  - Nyeri: **Ya**,
- P:** Nyeri post orif *femur and shaft ulna*, bertambah nyeri ketika di gerakan atau berubah posisi, mereda setelah diberikan injeksi obat
- Q:** Nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk
- R:** Paha kanan dan lengan kanan
- S:** Skala 6
- T:** Hilang timbul

#### 5. Sistem Muskuloskeletal

- Kegiatan utama sebelum sakit: **Bertani dan berkebun**
  - Kegiatan senggang: **Bersantai dirumah dan beribadah di masjid**
  - Kondisi keterbatasan: **Ya, Pasien post orif h-1 atas indikasi fraktur ulna dextra dan femur dextra and shaft ulna dextra, Terpasang internal fiksasi**
  - Tidur malam: **Ya**, **6 - 8 jam**, Tidur siang: **2 - jam**
  - Kesulitan untuk tidur: **Tidak**, pasien mengeluh kadang kamar sebelah berisik dan cuaca terasa sangat panas dan gerah sehingga pasien terbangun saat tidur; Insomnia: **Tidak**
  - Sulit bangun tidur: **Tidak**
  - Perasaan tidak tenang saat bangun tidur: **Tidak**, alasan: -
  - Rentang gerak :  
**Sebelum sakit : bebas terbatas dan saat sakit : ada keterbatasan gerak**
  - Kekuatan otot : **Ada**
- Kanan kiri**
- |   |   |
|---|---|
| 4 | 5 |
| 3 | 5 |
- Deformitas : tidak ada deformitas
  - Postur : **Normal**

- Gaya Berjalan : **tidak bisa berjalan, Post Operasi pasien mobilisasi menggunakan kursi roda**

- Kemampuan ADL's

(Menggunakan kode 2 = *independent*, 1 = butuh bantuan, 0 = *dependent*)

Kategori	0	1	2
Buang air besar		√	
Buang air kecil		√	
Menggunakan toilet	√		
Makan		√	
Berpakaian		√	
Berpindah tempat		√	
Mobilisasi		√	
Naik tangga	√		
Mandi		√	

#### 6. Sistem Integumen

- Riwayat alergi: **Tidak ada alergi**
- Riwayat imunisasi: **Tidak terkaji**
- Perubahan sistem imun: **Tidak**
- Transfusi darah: **Tidak**, kapan terakhir dilakukan -
- Temperatur kulit: **36,6 C**
- *Diaphoresis*: **Tidak**
- Integritas kulit: **luka post op femur dextra and shaft ulna dextra, shaft ulna dextra; Scar: Tidak, Rash: Tidak**

Laserasi: **Tidak**

- *Ulcer*: **Tidak**, lokasi -
- Luka bakar: **Tidak**
- Edema : **Pasien tidak ada edema**
- Lain – lain : luka tertutup kasa, tampak bersih dan tidak ada rembesan darah atau cairan. Konjungtiva anemis

- *Pressure Ulcer*: 20 Risiko rendah

Kategori	Nilai				Skor
	1	2	3	4	
Persepsi sensoris	Keterlambatan	Sangat terbatas	Keterbatasan ringan	Tidak ada gangguan	4
Kelembapan	Selalu lembap	Umumnya lembap	Kadang-kadang lembap	Jarang lembap	3
Mobilitas	Tidak mampu bergerak sama sekali	Sangat terbatas	Tidak ada masalah keterbatasan ringan	Tanpa keterbatasan	4
Aktivitas	Total ditempat tidur	Dapat duduk	Berjalan kadang-kadang	Dapat berjalan	3
Nutrisi	Sangat buruk	Kurang mencukupi	Mencukupi	Sangat baik	3
Gesekan	Bermasalah	Potensi bermasalah	Keterbatasan ringan		3
Total					20

Keterangan:

- < 9 : Risiko sangat tinggi
- 10-12 : Risiko tinggi
- 13-14 : Risiko menengah
- 15-18 : Risiko rendah

## 7. Sistem Eliminasi

### a. *Fecal*

- 1) Frekuensi BAB: **1x/hari**

Konstipasi

Diare

**Tidak**

2) Karakteristik feses

Konsistensi : **Lembek**

Warna : **Kuning**

Bau : **Khas**

3) Penggunaan laxative : **Tidak**

4) Perdarahan per anus : **Tidak**

5) Hemoroid : **Tidak**

**b. Bladder**

1) Inkontinensia: **Tidak**, kapan: -

2) Urgensi: **Tidak**

3) Retensi urin: **Tidak**

4) Frekuensi BAK: **Kurang lebih 5-6 x/hari**

5) Karakteristik Urin: **Kuning pekat**

6) Volume urin: **1800 cc/24jam**

7) Nyeri BAK : **Tidak**

Pasien terpasang cateter, dengan produksi urin berwarna kuning pekat.

**8. Sistem Reproduksi**

- Keluhan sistem reproduksi: **Tidak**
- Akseptor KB : (**Tidak**) ; Jenis : -
- Kegiatan seksual teratur : **Tidak**
- Perempuan:
  - a. Usia menarkhe: **Tidak**

- b. Durasi menstruasi: **Tidak**
- c. Periode menstruasi: **Tidak**
- d. Waktu menstruasi terakhir: **Tidak**
- e. Hamil: -
- f. Perdarahan diantara waktu mestruasi? -
- g. *Menopause*: **Tidak**
- h. *Vaginal discharge*: **Tidak**
- i. Pemeriksaan payudara sendiri: -, hasil: -
- j. Pemeriksaan lain: -
- k. Terapi hormonal: -, Sebutkan -
- Laki Laki
  - a. Penis *discharge*: **Tidak**
  - b. Gangguan prostat: **Tidak ada**
  - c. Sirkumsisi: **Ya**
  - d. Vasektomi: **Tidak**
  - e. Gangguan pada alat kelamin: **Tidak**
- Lain – lain : -

Berdasarkan Penilaian *Skala Morse Falls Scale* (MFS)

Tabel 3.2 Penilaian *Skala Morse Falls Scale* (MFS)

No	Pengkajian	Skala	Skor
1	Riwayat jatuh: apakah pasien pernah jatuh dalam 3 bulan terakhir	Tidak	0
		Ya	25
2	Diagnosa sekunder: apakah pasien memiliki lebih dari satu penyakit	Tidak	0
		Ya	15
3	Alat bantu jalan:		0
	- Bed rest/ dibantu perawat		15
	- Kruk/tongkat/walker		30
	- Berpegangan pada benda-benda disekitar		15
4	Terapi intravena: apakah saat ini pasien terpasng infus?	Tidak	0
		Ya	20
5	Gaya berjalan/cara berpindah:		0
	- Normal/bed rest. Immobile		10
	- Lemah (tidak bertenaga)		20
	- Gangguan/tidak normal (pincang/diseret)		20

6	Status mental	0	0
	- Pasien menyadari kondisi dirinya		
	- Pasien mengalami keterbatasan daya ingat	15	
<b>Total Nilai</b>			<b>55</b>

**Keterangan :**

1. Risiko rendah : Skor 0 – 24
2. Risiko Sedang : Skor 25 – 44
3. Risiko tinggi : Skor  $\geq$  45

**D. Pengkajian Psikososial**

**1. Nilai / Kepercayaan**

Agama yang dianut: **Islam**

Kegiatan keagamaan yang di jalani : **Pasien mengatakan sering jamaah shalat 5 waktu di masjid**

Nilai / kepercayaan yang bertentangan dengan kesehatan: **Tidak ada**

Gaya hidup : **pasien senang berkebun**

Perubahan gaya hidup: **Tidak**

**2. Koping / Stress**

Pasien merasa stres: **Pasien mengatakan cemas jika terjadi hal-hal yang tidak diinginkan terkait kondisi kesehatannya kedepan**

Faktor penyebab stres : **fraktur pada femur dextra and shaft ulna dextra**

Cara mengatasi permasalahan: **Pasien ingin mematuhi pengobatan dan anjuran yang diberikan oleh rumah sakit**

Status emosional : **Pasien mulai menerima keadaanya yang sakit dan harus dirawat dirumah sakit**

Lain – lain : -

### 3. Hubungan

Tinggal dengan: **Pasien tinggal bersama istri, dan anak-anaknya dirumah**

Orang yang mendukung : **Keluarga dan kerabat dekat**

Penyakit mempengaruhi hubungan keluarga/ orang lain: **Tidak**

Kegiatan di masyarakat : **Baik**

Lain – lain : -

### 4. Persepsi Diri

Yang dirasakan terkait hospitalisasi: **Menerima**

Perilaku klien sesuai dengan situasi: **Mengikuti pengobatan yang dianjurkan RS dan mau ikut serta menjadi partisipan dalam karya ilmiah mahasiswa**

Lain – lain : -

### E. Defisit pengetahuan/ Pendidikan Kesehatan Klien

Bahasa utama: **Jawa dan Indonesia**

Daftar kebutuhan pendidikan selama di rawat: **Edukasi manajemen nyeri**

### F. *Discharge Planning* (disiapkan sesuai dengan kebutuhan klien)

1. Perawatan luka
2. Pencegahan Kompartemen sindrom
3. Edukasi pembatasan aktivitas dan latihan mobilisasi bertahap

### G. Data Penunjang

Tabel 3. 3 Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal Pemeriksaan : 21-05-2024 Jam 18.51

No	Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal dlm satuan	Interpretasi
1	Hemoglobin	<b>6,9</b>	CL 14.00-18.00 g/dl	<b>Low</b>
2	Hematokrit	<b>20,3</b>	CL. 40-54.00	<b>Low</b>

vol%			
3	Leukosit	<b>20,9</b>	4,5 -11,5 ribu/ul <b>Hight</b>
4	Eritrosit	<b>2,14</b>	4.60-6.00 juta/uL <b>Low</b>
5	Trombosit	<b>123</b>	150 -450 ribu/uL <b>Low</b>

Hitung jenis leukosit

6	Basofil	0.92	0.16-0.1% Normal
7	Monosit	4.4	2-11% Normal
8	Eosinofil	0.02	0.05-0,45% Normal
9	Limfosit	1,8	18-42% normal

Fungsi Ginjal

10	Ureum	17	17-43 mg/dL Normal
12	Kreatinin	0.45	0.60-1.10 mg/dL Normal

**KIMA HATI**

13	Albumin	<b>3,16</b>	<b>3,97-4-94 g/dl Low</b>
----	---------	-------------	---------------------------

Tanggal Pemeriksaan : 24-05-2024 Jam 05.51

No	Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal dlm satuan	Interpretasi
1	Hemoglobin	<b>9,9</b>	CL 14.00-18.00 g/dl	<b>Low</b>
2	Hematokrit	<b>29,3</b>	CL. 40-54.00 vol%	<b>Low</b>
3	Leukosit	<b>12,76</b>	4,5 -11,5 ribu/ul	<b>Hight</b>
4	Eritrosit	3,22	4.60-6.00 juta/uL	<b>Low</b>
5	<b>Trombosit</b>	234	150 -450 ribu/uL	Normal

**a. Foto Pemeriksaan : Femur DWS AP-LAT (2024)**

Tanggal Pemeriksaan : 19-05-2024 Jam 16.15

**kesan :**

- Fracture completa intertrochanteric os femur dextra and shaft ulna dextra, aposisi dan alignment kurang.
- Trabekulasi tulang baik
- Soft tissue swelling

Tanggal Pemeriksaan : 21-05-2024 Jam 16.02

**Kesan :**

- Terpasang internal fiksasi orif intertrochanteric os femur dextra and shaft ulna dextra, aposisi dan alignment cukup
- Fracture completa intertrochanteric os femur dextra and shaft ulna dextra
- Trabekulasi os femur dextra and shaft ulna dextra
- Soft tissue swelling.

**b. Foto Pemeriksaan : Antebrachii AP-LAT (2024)**

Tanggal Pemeriksaan : 19-05-2024 Jam 16.15

**kesan :**

- Fracture complete distal os ulna dextra, aposisi dan alignment kurang.
- Trabekulasi tulang baik
- Soft tissue swelling

Tanggal Pemeriksaan : 21-05-2024 Jam 16.02

**kesan :**

- Terpasang internal fiksasi nail os ulna dextra, aposisi dan alignment cukup.
- Fracture completa distal os ulna dextra
- Trabekulasi tulang baik
- Soft tissue swelling
- Tak tampak tanda-tanda osteomyelitis.

## H. Resume Operasi

Waktu selesai operasi : 15.00 WIB, Lama anestesi : 01.30

1. Pasien supine dalam stadium anestesi
2. Dilakukan tindakan antiseptic
3. Dilakukan prepping dreping
4. Dilakukan insisi sesuai lateral approach femur
5. Diperdalam lapis demi lapis
6. Reduksi -> fiksasi dengan Trochanter plate 7-hole dengan konfigurasi 5 screw proximal dan 4 screw distal
7. Reduksi -> fiksasi dengan K wire 1,6 mm dengan konfigurasi cross wire
8. Cek stabilitas -> stabil
9. Cuci luka dengan NaCl 0,9%
10. Kontrol Perdarahan
11. Jahit luka demi lapis

## I. Terapi Yang Diberikan

RL: Tutosol 1 : 120 tpm

Injeksi ceftriaxone 1 gr/12jam iv

Injeksi ketorolac 30 mg/8jam iv

Injeksi ondansentron 4 mg/8jam iv

Injeksi ranitidin 50mg/12 jam iv

## J. Analisa Data

**Tabel 3. 4 Analisa Data**

No	Data	Etiologi	Problem
1.	DS: Pasien mengatakan luka operasinya masih terasa nyeri P : Nyeri post op femure dextra, bertambah nyeri ketika di gerakan atau berubah posisi, mereda setelah diberikan injeksi obat Q: Seperti ditusuk tusuk R:paha kanan dan pergelangan tangan kanan	Agen Pencedera Fisik (prosedur operasi)	Nyeri Akut (D.0077)

	<p>S: Skala 6  T: Hilang timbul  DO:  Post op orif hari pertama  Pasien tampak meringis kesakitan  Pasien takut menggerakkan kaki kanan dan pergelangan tangan kanannya  Luka post op masih tertutup perban  TTV: TD: 130/80 mmHg  N: 82 x/m, RR: 20x/m  S: 36,3<sup>0</sup>C</p>		
2.	<p>DS:  Pasien mengatakan sulit menggerakkan tangan kanan dan kaki kanannya  Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarganya  DO:  Pasien tampak berbaring di tempat tidurnya  Pasien tampak terbatas untuk bergerak  Post Op Orif femur dextra and shaft ulna dextra  Kekuatan otot:  Tangan kanan (4)  Kaki kanan (3)</p>	Fraktur	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)
3.	<p>DS:  Pasien mengatakan luka pada pergelangan dan paha kanannya terasa panas  Pasien mengatakan perban pada lukanya sedikit rembes  DO:  luka tertutup kasa, tampak bersih dan tidak ada rembesan darah atau cairan  Luka tampak bengkak  Area luka tampak kemerahan</p>	Efek prosedur invasif	Resiko Infeksi (D.1042)
4.	<p>DO:  CRT lebih dari &gt;3 detik  Nadi perifer teraba lemah  Akral teraba dingin  HB:6,9 gr/dl  Konjungtiva anemis</p>	Anemia	Resiko perfusi perifer tidak efektif (D.0009)

### K. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri Akut (D.0077) b.d Agen Pencedera Fisik (prosedur operasi)
2. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) b.d Fraktur
3. Resiko Infeksi (D.1042) di tandai dengan faktor resiko Efek prosedur invasif dibuktikan dengan Pasien mengatakan luka pada pergelangan dan paha kanannya terasa panas, pasien mengatakan perban pada lukanya sedikit rembes:luka tertutup kasa, tampak bersih dan tidak ada rembesan darah atau cairan, luka tampak bengkak, area luka tampak kemerahan
4. Perfusi perifer tidak efektif b.d Anemia

### L. Rencana Keperawatan

Tabel 3. 5 Rencana Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1.	Nyeri Akut (D.0077)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka, diharapkan nyeri akut menurun dengan kriteria hasil: Tingkat Nyeri (L.08066) Keluhan nyeri dari meningkat skala (1) menjadi sedang skala (3) Meringis dari meningkat skala (1) menjadi sedang skala (3) Kontrol Nyeri (L.08063) Melaporkan nyeri terkontrol dari menurun skala (1) menjadi sedang skala (3) Kemampuan mengenali penyebab nyeri dari menurun skala (1) menjadi sedang skala (3) Kemampuan menggunakan teknik non-farmakologis dari menurun skala (1) menjadi sedang skala (3)	Manajemen Nyeri (I.15506) <i>Observasi:</i> Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas intensitas nyeri Identifikasi skala nyeri Monitor terapi komplementer yang sudah diberikan  <i>Terapeutik:</i> Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

---

Keluhan nyeri dari meningkat skala (1) menjadi sedang skala (3)

*Edukasi:*

Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri

Jelaskan strategi mengurangi nyeri

Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri

Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri

*Kolaborasi:*

Kolaborasi pemberian analgetik

Terapi Musik (I.08250)

*Observasi:*

Identifikasi perubahan perilaku atau fisiologis yang akan dapat dicapai  
Identifikasi musik yang disukai

*Terapeutik:*

Pilih musik yang disukai

Posisikan dalam posisi yang nyaman

Sediakan peralatan terapi musik

Berikan terapi musik sesuai indikasi

*Edukasi:*

Jelaskan tujuan dan prosedur pemberian terapi musik

Anjurkan rileks selama

mendengarkan musik

---

2. Gangguan Setelah dilakukan intervensi Dukungan ambulasi

---

Mobilitas Fisik	<p>keperawatan selama 3x24 jam maka, diharapkan gangguan mobilitas menurun dengan kriteria hasil:          Mobilitas fisik (L.05042):          Pergerakan ekstremitas dari menurun skala (1) menjadi sedang skala (3)          Kekuatan otot dari menurun skala (1) menjadi sedang skala (3)          Nyeri dari meningkat skala skala (1) menjadi sedang skala (3)          Kelemahan fisik meningkat dari meningkat skala (1) menjadi sedang skala (3)</p>	<p>(I.06171)  <i>Observasi:</i>          Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya          Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi          Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi    <i>Terapeutik:</i>          Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu          Fasilitasi melakukan mobilitas fisik          Libatkan keluarga dalam melakukan ambulasi    <i>Edukasi:</i>          Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi          Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan</p>
3. Resiko Infeksi (D.1042)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka, diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil:          Tingkat infeksi (L.14137)          Kemerahan dari meningkat skala (1) menjadi sedang skala (3)          Nyeri dari meningkat skala (1) menjadi sedang skala (3)          Bengkak dari meningkat skala (1) menjadi sedang skala (3)</p>	<p>Perawatan Luka (I.14564)  <i>Observasi:</i>          Monitor karakteristik luka          Monitor tanda tanda infeksi    <i>Terapeutik:</i>          Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka          Ganti balutan sesuai dengan jenis luka    <i>Edukasi:</i>          Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p>

		Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein
		<i>Kolaborasi:</i> Kolaborasi pemberian antibiotik
4.	Perfusi perifer tidak efektif	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka, diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil:</p> <p>Kekuatan nadi perifer meningkat dari skala (3) ke skala (5)</p> <p>Warna kulit pucat menurun skala (3) ke skala (5)</p> <p>Pengisian kapiler membaik skala (3) ke skala (5)</p> <p>Akral membaik skala (3) ke skala (5)</p> <p>Tingkat perdarahan menurun (L.02017) dengan kriteria hasil:</p> <p>Hemoglobin membaik skala (3) ke skala (5)</p>
		<p>Pemantauan tanda vital (I.02060)</p> <p>Observasi:</p> <p>Monitor tekanan darah</p> <p>Monitor nadi (frekuensi, kekuatan, irama)</p> <p>Monitor suhu tubuh</p> <p>Teraupetik :</p> <p>Atur interval pemantauan sesuai kebutuhan pasien</p> <p>Dokumentasi hasil pemantauan edukasi</p> <p>Edukasi:</p> <p>Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p> <p>Informasikan hasil pemantauan jika perlu</p> <p>Pemberian produk darah/ transfusi darah (I.02089)</p> <p>1. Observasi</p> <p>a. Monitor tanda-tanda vital sebelum, selama, dan setelah transfusi diberikan.</p> <p>b. Monitor reaksi transfusi</p> <p>2. Terapeutik</p> <p>a. Lakukan pengecekan ganda (<i>double check</i>) pada label darah (golongan</p>

---

darah, rhesus, tanggal kadaluarsa, nomor seri, jumlah, dan identitas pasien)

b. Berikan transfusi dalam waktu maksimal 4 jam

c. Dokumentasikan tanggal, waktu, jumlah darah, durasi, dan respon transfusi

### 3. Edukasi


a. Jelaskan tujuan dan prosedur transfusi



---



PERPUSTAKAAN  
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD  
YOGYAKARTA

### M. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3. 6 Catatan Perkembangan

Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Tn. Hari 1				
No	Tgl/Jam	Implementasi	Evaluasi	TTD
1.	22/05/24	Manajemen Nyeri (I.15506)	Hari Rabu, Tgl 22 jam 19:30	
	14:00	Melakukan pengukuran TTV	S: Pasien mengatakan luka operasinya masih terasa nyeri	 Danu
		Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas intensitas nyeri	P: Nyeri post op femure dextra, bertambah nyeri ketika di gerakan atau berubah posisi, mereda setelah diberikan injeksi obat ketorolac	
		Mengidentifikasi skala nyeri pasien	Q: seperti tersayat sayat R: paha kanan dan pergelangan tangan kanan S: 6 T: saat paha kanan dan pergelangan tangan kanan Digerakkan	
	17:00	Memberikan injeksi obat ketorolac 30 mg (IV)	O: KU: composmentis, Pasien tampak meringis menahan nyeri Vital Sign: TD: 130/80 mmHg N: 82x/m S: 36,4°C RR: 20x/m SpO2: 99% Masuk injeksi obat ketorolac 30 mg (IV) pukul 17:00 WIB A: Nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan intervensi:	


		Mengidentifikasi skala nyeri Injeksi obat ketorolac 30 mg/8 jam	
22/05/24	Terapi Musik (I.08250)	Tgl 22/05/24, jam 19:30	
16:00	Mengidentifikasi musik yang disukai oleh pasien	S: Pasien mengatakan baru pertama kali mendengarkan music klasik untuk meredakan rasa nyeri pada lukanya	
	Memposisikan pasien senyaman mungkin	Pasien mengatakan untuk di hari pertama belum merasakan nyerinya berkurang	Danu
	Menyediakan peralatan terapi musik	O: Pasien tampak paham dengan terapi musik yang dijelaskan oleh perawat	
	Menjelaskan tujuan dan prosedur pemberian terapi musik pada pasien	Pasien mau mengikuti instruksi dari perawat ketika dilakukan terapi musik	
	Menganjurkan pasien rileks selama terapi musik dilakukan perawat	A: Nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan intervensi: Menganjurkan pertemuan hari ke-2 untuk menerapkan terapi musik klasik	
2.	22/05/24 Dukungan ambulasi (I.06171)	Tgl 22/05/24 jam 19:30	
16:00	Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi dan menjelaskan tujuan serta prosedur ambulasi	S: Pasien mengatakan kakinya masih nyeri ketika digerakkan Pasien mengatakan malas untuk melakukan pergerakan	
	Memfasilitasi pasien untuk melakukan ambulasi	O: Pasien tampak lemah, rentan gerak menurun dan gerakan terbatas	Danu
	Mengajarkan ambulasi sederhana pada pasien (miring kanan dan kiri)	A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi P: Lanjutkan intervensi: Membantu pasien melakukan ambulasi sederhana	

3.	22/05/24 15.00	Perawatan Luka (I.14564)	<p>Tgl 22/05/24 jam 19:30</p> <p>S: Pasien mengatakan rasa panas pada luka mulai berkurang</p> <p>O: luka tertutup kasa, tampak bersih dan tidak ada rembesan darah atau cairan</p> <p>A: Masalah belum terjadi namun faktor resiko masih ada</p> <p>P: Lanjutkan intervensi: Jadwalkan perawatan luka</p>	 Danu
4.	22/05/24	1. Memonitor tanda-tanda vital sebelum, selama, dan setelah transfusi diberikan.	<p>Tgl 22/05/24</p> <p>S: Kedaan Umum baik, Pasien mengatakan badan lemas</p> <p>O: PRC 3 kolf selesai jam 01.00 wib Premedikasi dexta 1 Ampul</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi: Pemantauan tanda-tanda vital Program evaluasi lab. Darah</p>	 Danu
		2. Memonitor reaksi transfuse		
		3. Melakukan pengecekan ganda ( <i>double check</i> ) pada label darah (golongan darah, rhesus, tanggal kadaluarsa, nomor seri, jumlah, dan identitas pasien)		
		4. Mendokumentasikan tanggal, waktu, jumlah darah, durasi, dan respon transfusi		



---

**Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Tn. Hari 2**


---

No	Tgl/Jam	Implementasi	Evaluasi	TTD
1.	23/05/24 08:00	Manajemen (I.15506) Melakukan pengukuran TTV Mengidentifikasi skala nyeri pasien Memberikan injeksi obat ketorolac 30 mg (IV)	Nyeri Tgl 23/05/24 jam 14:00 S: P: post Op Orif femur dextra and shaft ulna dextra Q: seperti tersayat sayat R: paha kanan dan pergelangan tangan kanan S: 5 T: saat paha kanan dan pergelangan tangan kanan Digerakkan O: KU: composmentis Pasien tampak meringis menahan nyeri Vital Sign: TD: 120/80 mmHg N: 82x/m S: 36,4 <sup>0</sup> C RR: 18x/m SpO2: 99% Masuk injeksi obat ketorolac 30 mg (IV) pukul 08:30 WIB A: Nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan intervensi: Mengidentifikasi skala nyeri Injeksi obat ketorolac 30 mg/8 jam	 Danu

---

13:00	Terapi Musik (I.08250) Menjelaskan kembali terkait terapi musik klasik yang di jadwalkan pada hari 1 Memposisikan pasien nyaman mungkin Menyediakan peralatan terapi musik Menganjurkan pasien rileks selama terapi musik dilakukan perawat	Tgl 23/05/24 jam 13:30 S: Pasien mengatakan sudah bisa mulai rileks pada hari ke 2 mendengarkan musik klasik Pasien mengatakan untuk di hari 2 nyerinya bisa dialihkan dengan mendengarkan musik klasik O: Pasien tampak rileks dan menikmati musik klasik yang diberikan perawat A: Nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan intervensi: Menganjurkan pertemuan hari ke-3 untuk menerapkan terapi musik klasik selanjutnya	 Danu
2. 23/05/24	Dukungan ambulasi (I.06171)	Tgl 23/05/24 jam 14.00	
09 :00	Memonitor kembali kondisi luka memungkinkan atau tidak untuk dilakukannya	S: Pasien mengatakan kakinya masih nyeri ketika digerakkan Pasien mengatakan sudah mengerti untuk melakukan pergerakan ambulasi sederhana O: Pasien tampak lemah, rentan gerak menurun dan gerakan terbatas Kemampuan ambulasi pasien miring dan duduk dibantu A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi P: Lanjutkan intervensi: Membantu pasien melakukan ambulasi sederhana seperti miring	 Danu
10 :00	ambulaasi sederhana Menanyakan kepada pasien bersedia atau tidak untuk melakukan ambulasi sederhana Membantu pasien untuk melakukan ambulasi sederhana seperti miring		

		kanan dan miring kiri	
3.	23/05/24	1. Memonitor karakteristik luka	Tgl 23/05/24 jam 14:00 S:
	09:30	2. Memonitor tanda tanda infeksi	Pasien mengatakan rasa panas pada luka mulai berkurang O:
		3. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein	luka tertutup kasa, tampak bersih dan tidak ada rembesan darah atau cairan A:
		Melakukan kolaborasi pemebrian antibiotic	Masalah belum terjadi namun faktor resiko masih ada P:
		Injeksi obat Ceftriaxone 1gr (IV)	Lanjutkan intervensi: Jadwalkan perawatan luka
4.	23/05/24	Memonitor tekanan darah	Tgl 23/05/24
	11:00	Memonitor nadi (frekuensi,kekuatan,irama)	S: Kedaan Umum baik, Pasien mengatakan badan lemas sudah berkurang
		Mendokumentasikan hasil pemantauan edukasi	O: CRT Kembali dalam 2 detik
		Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, menginformasikan hasil pemantauan	Vital Sign: TD: 120/80 mmHg N: 82x/m S:36,4 <sup>0</sup> C RR: 18x/m SpO2: 99%
			Hasil cek darah rutin pagi, post tranfusi HB: 9,9 mg/dl A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi: Edukasi dan pemantauan tanda-tanda vital



Danu




Danu



---

**Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Tn. Hari 3**



---

No	Tgl/Jam	Implementasi	Evaluasi	TTD
1.	24/05/24 08 :00	Manajemen Nyeri (I.15506) Melakukan pengukuran TTV pada pasien Mengidentifikasi kembali skala nyeri pasien Memberikan injeksi obat ketorolac 30 mg (IV)/8 jam	Tgl 24/05/24 jam 08:00 S: Pasien mengatakan luka operasinya masih terasa nyeri P: post Op Orif femur dextra and shaft ulna dextra Q: seperti tersayat sayat R: paha kanan dan pergelangan tangan kanan S: 3 T: saat paha kanan dan pergelangan tangan kanan Digerakkan O: KU: composmentis Pasien sudah tidak tampak meringis Vital Sign: TD: 120/85 mmHg N: 86x/m S:36,2 <sup>0</sup> C RR: 18x/m SpO2: 99% Masuk injeksi obat ketorolac 30 mg (IV) 08:30 WIB pukul WIB A: Nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan intervensi: Mengidentifikasi skala nyeri Injeksi obat ketorolac 30 mg	 danu

---

11:45	Terapi Musik (I.08250) Menjelaskan kembali terkait terapi musik klasik yang di jadwalkan pada hari 1 Memposisikan pasien senyaman mungkin Menyediakan peralatan terapi musik Menganjurkan pasien rileks selama terapi musik dilakukan perawat	Tgal 24, jam 11:45 S: Pasien mengatakan dengan terapi musik klasik nyerinya pada hari ke 3 mulai mereda O: Pasien tampak rileks dan menikmati musik klasik yang diberikan perawat A: Nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan intervensi: Menganjurkan mendengarkan musik klasik jika nyeri timbul	 danu
2. 24/05/24 08:30 09:00	Dukungan ambulasi (I.06171) Menanyakan kepada pasien bersedia atau tidak untuk melakukan ambulasi sederhana yang sebelumnya sudah terjadwal pada hari 2 Membantu pasien untuk melakukan ambulasi sederhana seperti miring kanan dan miring kiri	Tgl 24/05/2024 jam 08:30 S: Pasien mengatakan kakinya masih nyeri ketika digerakkan Pasien mengatakan sudah mengerti untuk melakukan pergerakan ambulasi sederhana O: Pasien tampak mengikuti instruksi dari perawat dan mampu melakukan ambulasi berpindah posisi dan duduk dengan dibantu A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi P: Lanjutkan intervensi: Kolaborasi dengan keluarga untuk membantu pasien melakukan ambulasi	 danu

---

3.	24/05/24	Perawatan Luka (I.14564)	Tgl 24/05/24, jam 13:30	
	09:00	Memonitor kembali tanda tanda infeksi pada luka pasien Melakukan perawatan luka pada luka dan mengganti balutan sesuai dengan luka pasien Injeksi obat Ceftriaxone 1gr (IV)	S: Pasien mengatakan merasa nyaman setelah dilakukan perawatan luka pada hari ke 3 O: Area luka sudah tidak tampak bengkak dan kemerahan berkurang Panjang luka 10 cm, lebar luka 2 cm. Luka tidak basah/ rembes Terdapat 15 jahitan pada luka A: Resiko infeksi belum teratasi P: Lanjutkan intervensi: Melakukan perawatan luka per 3 hari	 danu

---