

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN POST OPERASI FRAKTUR
EKSTREMITAS BAWAH DENGAN HAMBATAN MOBILITAS FISIK DI
RUMAH SAKIT PKU MUHAMMADIYAH GOMBONG**



Disusun oleh :

**TEGAR RIANTO
NIM A01401984**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
MUHAMMADIYAH GOMBONG
TAHUN 2017**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN POST OPERASI FRAKTUR
EKSTREMITAS BAWAH DENGAN HAMBATAN MOBILITAS FISIK DI
RUMAH SAKIT PKU MUHAMMADIYAH GOMBONG**

Karya Tulis Ilmiah disusun untuk memenuhi tugas akhir Program Pendidikan
Diploma III Keperawatan



Disusun oleh :

TEGAR RIANTO
NIM A01401984

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
MUHAMMADIYAH GOMBONG
TAHUN 2017**

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS KARYA TULIS ILMIAH

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Tegar Rianto
NIM : A01401984
Prodi : DIII Keperawatan
Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah dengan judul "Asuhan Keperawatan pada Pasien Post OP Fraktur Ekstremitas Bawah dengan Hambatan Mobilitas Fisik di RS PKU Muhammadiyah Gombong" yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan orang lain yang saya akui sebagai tulisan ataupun pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Gombong, 5 Agustus 2017


TERAI
TEMPEL
6000
Rianto
Tegar Rianto

LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING

Karya Tulis Ilmiah oleh Tegar Rianto, NIM A01401984, dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Pasien Post Op Fraktur Ekstremitas Bawah dengan Hambatan Mobilitas fisik” telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Hari/ Tanggal : 5 Agustus 2017

Tempat : STIKES Muhammadiyah Gombong

Gombong, 5 Agustus 2017

Pembimbing


(Irmawan Andri N, M.Kep)

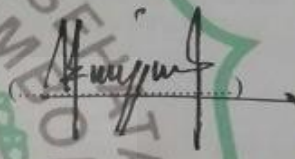
LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Tegar Rianto dengan judul "Asuhan Keperawatan pada Pasien Post Op Fraktur Ekstremitas Bawah dengan Hambatan Mobilitas Fisik" telah dipertahankan didepan dewan penguji pada tanggal 9 Agustus 2017.

Dewan Penguji

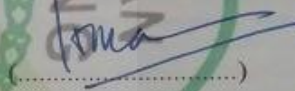
Penguji Ketua

Arnika Dwi Asti, M.Kep



Penguji Anggota

Irmawan Andri N, M.Kep



Mengetahui
Ketua Program Studi DIII Keperawatan
STIKES Muhammadiyah Gombong



(Nurhaila, M.Kep.Ns Sp.An)

Program Studi DIII Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan Muhammadiyah Gombong
Karya Tulis Ilmiah, Agustus 2017
Tegar Rianto¹, Irmawan Andri N²

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA POST OPERASI FRAKTUR
EKSTREMITAS BAWAH DENGAN HAMBATAN MOBILITAS FISIK DI
RS PKU MUHAMMADIYAH GOMBONG**

ABSTRAK

Latar belakang: Kecelakaan lalu lintas di jalan raya dapat menyebabkan fraktur. Salah satu fraktur yang sering terjadi yaitu fraktur pada ekstremitas bawah. Masalah yang terjadi pada fraktur biasanya keterbatasan pada anggota gerak. Secara umum cara penanganan untuk mengatasi keterbatasan anggota gerak adalah mobilisasi secara bertahap.

Tujuan: Mendeskripsikan asuhan keperawatan pada pasien post op fraktur ekstremitas bawah dengan masalah hambatan mobilitas fisik di Rumah sakit PKU Muhammadiyah Gombong.

Metode: Metode yang digunakan dalam penulisan karya tulis ilmiah ini adalah deskriptif analitik dengan pendekatan studi kasus. Data diperoleh dari wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan melihat rekam medis. Subjeknya adalah dua orang pasien post op fraktur ekstremitas bawah.

Hasil Studi Kasus: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam hambatan mobilitas fisik dari kedua pasien belum teratasi.

Saran: Mobilisasi fisik sebaiknya dilakukan lebih sering agar aktivitas fungsional meningkat.

Kata kunci: Mobilisasi, Fraktur Ekstremitas Bawah, Keperawatan

1. Mahasiswa
2. Dosen

DIII Program of Nursing Department
Muhammadiyah Health Science Institute of Gombong
Scientific Paper, August 2017
Tegar Rianto¹, Irmawan Andri Nugroho²

**THE NURSING CARE FOR POST-SURGICAL PATIENTS OF LOWER
EXTREMITY FRACTURES WITH PHYSICAL MOBILITY DISORDER
IN MUHAMMADIYAH HOSPITAL OF GOMBONG**

ABSTRACT

Background: Road traffic accident can cause fracture. Fracture that often occurs is a lower extremity fracture. The Problem of fracture is usually limitation on the limbs. In general the way how to overcome the limitation of limbs is the gradual mobility.

Objective: Describing nursing care for post-surgical patients of lower extremity fractures having physical mobility disorder in Muhammadiyah hospital of Gombong.

Method: This scientific paper is an analytical descriptive with a case study approach. The data were obtained through interview, observation, physical examination, and documentation study. The subjects were 2 post-surgical patients of lower extremity fractures.

Result: After having nursing care for 3 x 24 hours, the physical mobility disorder of both patients was not solvable.

Recommendation: Physical mobility needs more frequency so as to overcome the fractures effectively.

Keywords: Physical mobility disorder, lower-extremity fracture, nursing care

1. Student
2. Lecturer

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Dengan mengucapkan puji syukur kehadiran Allah SWT, yang telah memberikan Rahmat, Hidayah serta Inayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Pasien Post Op Fraktur Ekstremitas Bawah dengan Hambatan Mobilitas Fisik di RS PKU Muhammadiyah Gombong”.

Karya Tulis Ilmiah ini disusun untuk memenuhi tugas akhir Program Diploma III Keperawatan di STIKES Muhammadiyah Gombong.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini tidak lepas dari dorongan dan bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan penghargaan yang sebesar-besarnya dan ucapan terima kasih kepada yang terhormat :

1. Bapak Sanmiarto Pamin dan Ibu Karsiyem sebagai ayah dan ibu saya tercinta dan juga keluarga yang telah memberikan dukungan moril dan materil serta do'a sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan laporan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Ibu Herniyatun, M.kep. Sp.Mat selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong.
3. Ibu Nurlaila, M.Kep.Ns Sp.An selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong.
4. Bapak Irmawan Andri N, M.Kep selaku dosen pembimbing
5. Ibu Arnika Dwi Asti, M.Kep selaku penguji Karya Tulis Ilmiah ini
6. Segenap dosen dan karyawan beserta staf Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong
7. RS PKU Muhammadiyah Gombong yang telah menyediakan tempat belajar kami sehingga kami dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
8. Klien saya di RS yang telah bersedia menjadi responden dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

9. Teman, rekan-rekan seperjuangan Prodi DIII Keperawatan yang telah membantu dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini
10. Serta semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penyusunan laporan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari laporan Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan. Untuk itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun. Semoga laporan Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan penulis pada khususnya.

Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN ORISINALITAS.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING	iii
HALAMAN PERSETUJUAN PENGUJI.....	iv
ABSTRAK.....	v
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI.....	ix
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penulisan.....	4
1.4 Manfaat Penulisan.....	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	5
2.1 Tinjauan Pustaka	5
2.1.1 Mobilisasi Pada Fraktur	5
1) Pengertian	5
2) Tujuan & Manfaat Mobilisasi.....	5
3) Macam-macam Mobilisasi.....	6
4) Faktor yang mempengaruhi Mobilisasi	7
2.1.2 Fraktur	8
1) Pengertian	8
2) Etiologi.....	8
3) Jenis Fraktur.....	9
4) Patofisiologi	11
5) Tanda dan Gejala.....	11
6) Pemeriksaan Penunjang.....	12
7) Penatalaksanaan.....	12
8) Fisiologi Penyembuhan Fraktur.....	13
2.1.3 Konsep Gangguan Mobilisasi : Hambatan Mobilitas Fisik.....	14
1) Definisi	14
2) Batasan Karakteristik	14
3) Faktor yang berhubungan.....	15
4) tahap-tahap mobilisasi pada pasien pasca operasi	16
2.1.4 Konsep Asuhan Keperawatan	17
1) Pengkajian.....	17
2) Diagnosa	25
3) Perencanaan	25
4) Prosedur Tindakan Mobilisasi.	28
BAB III METODE STUDI KASUS	42
3.1 Jenis/desain/rancangan Studi Kasus.....	42
3.2 Subyek Studi Kasus.....	42
3.3 Fokus Studi Kasus.....	43
3.4 Definisi Operasional.....	43
3.5 Instrumen Studi Kasus	44

3.6 Metode Pengumpulan Data	44
3.7 Lokasi dan Waktu Studi Kasus	45
3.8 Etika Studi kasus	45
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN.	47
4.1 Hasil Studi Kasus	47
4.2 Pembahasan.....	58
4.3 Keterbatasan Studi Kasus.....	70
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	71
5.1 Kesimpulan.	71
5.2 Saran.....	72
DAFTAR PUSTAKA.	



DAFTAR LAMPIRAN

1. Jurnal tentang mobilisasi pada pasien fraktur
2. Asuhan keperawatan klien 1
3. Asuhan keperawatan klien 2
4. Format inform consent
5. Format pengkajian aktifitas dan fungsional
6. Lembar konsul



DAFTAR ISTILAH

1. WHO = Word Health Organization
2. Post Op = Pasca Operasi
3. CRT = Capillary Refill Time
4. LDH-5 = Laktat Dehidrogenase
5. AST = Aspartat Amino Transferase
6. CT-Scan = Computed Tomografi Scaning
7. ADLs = Self Care
8. NIC = Nursing Intervention Classification
9. NOC = Nursing Outcome Classification
10. Gluteal Set = Pengesetan Gluteal
11. Hip = Sendi Panggul
12. Knee = Sendi lutut
13. Ankle = Sendi Kaki

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Fraktur adalah terputusnya kontinuitas tulang, retak atau patahnya tulang yang utuh, yang biasanya disebabkan oleh trauma/ruda paksa atau tenaga fisik yang ditentukan jenis dan luasnya trauma (Lukman dan Nurma, 2009). Salah satu fungsi tulang sendiri adalah memberikan pergerakan (otot yang berhubungan dengan kontraksi dan pergerakan) sehingga fraktur merupakan ancaman potensial atau aktual kepada integritas seseorang akan mengalami penurunan fungsi fisik, terlebih lagi jika yang mengalami fraktur adalah bagian ekstremitas bawah yang memberikan pergerakan. Yaitu seperti tulang humerus, ulna, radius, karpal, femur, tibia, fibula dan patella. Kondisi ini membutuhkan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik, yang disebabkan karena adanya kerusakan integritas struktur tulang, trauma, kaku sendi, nyeri dan gangguan muskuloskeletal (Nanda Internasional, 2015).

Kejadian fraktur didunia kini semakin meningkat. Insiden fraktur didunia kini semakin meningkat hal ini terbukti menurut badan kesehatan dunia (WHO) mencatat fraktur yang terjadi didunia kurang lebih 13 juta orang pada tahun 2012, dengan prosentase 2,7%. Sementara itu pada tahun 2013 terdapat kurang lebih 18 juta orang dengan prosentase 4,2%. Tahun 2014 mengalami peningkatan menjadi 21 juta orang dengan prosentase 7,5%. Fraktur di Indonesia menjadi penyebab kematian terbesar ketiga dibawah penyakit jantung koroner dan tuberkulosis (Utama SU, Magetsari R & Pribadi V, 2014). Menurut hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2014, di Indonesia fraktur yang terjadi karena cedera jatuh, kecelakaan lalu lintas, dan trauma tajam atau tumpul ada sebanyak 45.987 peristiwa terjatuh yang mengalami fraktur sebanyak 1.775 orang (3,8%), kasus kecelakaan lalu lintas sebanyak 20.829 kasus dan yang mengalami fraktur sebanyak 1.770 orang (8,5%), dari 14.127 trauma benda tajam atau tumpul yang mengalami fraktur sebanyak 236 orang (1,7%) (Nurchahiriah, & Hasneli, & Indriati, 2014). Kejadian

fraktur terbanyak terjadi di Papua dengan prosentase 8,3 % sedangkan di Jawa Tengah 6,2% (Kemenkes, 2015). Berdasarkan data dari (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2014) didapatkan sekitar 2.700 orang mengalami insiden fraktur, 56% penderita mengalami kecacatan fisik, 24% mengalami kematian, 15% mengalami kesembuhan dan 5% mengalami gangguan psikologis atau depresi terhadap adanya kejadian fraktur. dari wilayah kebumen tercatat yang mengalami insiden kasus fraktur berjumlah rata-rata 13 kasus perbulan pada tahun 2013. Sedangkan pada bulan januari 2014 kasus fraktur meningkat menjadi 16 kasus fraktur perbulan yang di rawat.

Fraktur pada ekstremitas bawah biasanya dapat terjadi akibat adanya peristiwa trauma tunggal. Sebagian besar fraktur disebabkan oleh kekuatan yang tiba-tiba dan berlebihan, yang dapat berupa benturan, pemukulan, penghancuran, penekukan atau terjatuh dengan posisi miring, pemuntiran, atau penarikan. Bila terkena kekuatan langsung, tulang dapat patah pada tempat yang terkena dan jaringan lunak juga pasti rusak (Zairin, 2012). Dalam hal ini pasien fraktur mengalami keterbatasan dalam melakukan aktifitas sehari – hari, karena berhubungan dengan kerusakan yang terjadi pada struktur tulang akibat trauma yang disebabkan karena kekerasan langsung maupun tidak langsung sehingga mengalami kehilangan kemandirian. Tujuan keperawatan utama untuk pasien dengan masalah tersebut adalah agar pasien dapat melakukan perawatan diri secara total sejauh kemampuan yang bisa dilakukan dengan mandiri (Ropyanto, 2011). Ditambah pasien fraktur juga mengalami gangguan rasa aman nyeri karena adanya tindakan pembedahan atau operasi. Pembedahan atau operasi adalah tindakan yang menggunakan cara invasive dengan membuat sayatan dan diakhiri dengan penutupan dan penjahitan (Apriansyah, Romadoni & Andrianovita, 2015). Akibat dari pembedahan pada fraktur ini akan menimbulkan masalah yaitu pada hambatan mobilitas fisik serta gangguan rasa nyaman nyeri yang ditimbulkan pasca operasi.

Prinsip penanganan cedera fraktur secara umum adalah dengan rekognisi(mengenali), reduksi(mengembalikan), retaining(mempertahankan), dan rehabilitasi. Agar penanganannya baik, perlu diketahui kerusakan apa saja yang terjadi, baik pada jaringan lunak maupun tulang. Mekanisme trauma juga harus diketahui, apakah akibat trauma tumpul atau tajam, langsung atau tak langsung. Dengan penanganan ini pasien fraktur akan memerlukan waktu untuk immobilisasi pada daerah yang terjadi fraktur. Immobilisasi terlalu lama juga tidak baik karena dapat menyebabkan menyempitnya otot dan kekakuan pada sendi. Hal ini biasanya terjadi karena biasanya pada pasien fraktur merasa takut untuk bergerak dan klien juga kurang mengerti pergerakan yang diperbolehkan atau yang tidak boleh dilakukan karena kurangnya informasi dari perawat, apabila setelah operasi diperbolehkan minimal 1 hari pasca operasi diperbolehkan untuk melakukan mobilisasi atau pergerakan (Hoppenfeld & Murthy, 2011). Oleh karena itu upaya peningkatan mobilisasi pasien fraktur pasca operasi itu sangat penting untuk mengembalikan status aktivitas fungsional fisiknya, yaitu dengan cara pengaturan mobilisasi yang dilakukan secara bertahap melalui latihan rentang gerak dan pengaturan posisi pasien yang dievaluasi secara aktif.

Berdasarkan data diatas pentingnya mobilitas fisik pada pasien fraktur untuk menyelamatkan klien dari masalah gangguan pada fisiknya, maka dalam hal ini penulis mengambil judul karya tulis ilmiah tentang asuhan keperawatan pada pasien post operasi fraktur ekstremitas bawah dengan hambatan mobilitas fisik di RS PKU Muhammadiyah Gombong.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah gambaran asuhan keperawatan pada pasien post operasi fraktur ekstremitas bawah dalam hambatan mobilitas fisik ?

1.3 Tujuan

1. Tujuan Umum

Menggambarkan asuhan keperawatan pasien fraktur dalam hambatan mobilitas fisik.

2. Tujuan Khusus

- a. Mendeskripsikan pengkajian klien dengan diagnosa fraktur di RS PKU Muhammadiyah Gombong.
- b. Mendeskripsikan rumusan diagnose keperawatan pada klien dengan diagnosa fraktur di RS PKU Muhammadiyah Gombong.
- c. Mendeskripsikan rencana tindakan keperawatan pada klien dengan diagnosa fraktur di RS PKU Muhammadiyah Gombong.
- d. Mendeskripsikan tindakan keperawatan pada klien dengan diagnosa fraktur di RS PKU Muhammadiyah Gombong.
- e. Mendeskripsikan evaluasi tindakan keperawatan pada klien dengan diagnose fraktur di RS PKU Muhammadiyah Gombong.

1.4 Manfaat Penulisan

1. Masyarakat

Meningkatkan pengetahuan masyarakat dalam meningkatkan kemandirian pasien pada hambatan mobilitas fisik.

2. Bagi pengembangan ilmu dan teknologi keperawatan

Menambahkan keluasan ilmu dan teknologi terapan bidang keperawatan dalam mengatasi hambatan mobilitas fisik pada pasien fraktur.

3. Bagi penulis

Memperoleh pengalaman dalam mengaplikasikan hasil riset keperawatan, khususnya studi kasus tentang pelaksanaan hambatan mobilitas fisik pada pasien fraktur.

DAFTAR PUSTAKA

- Amin. (2015). *Aplikasi Asuhan keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC*. Jakarta : Mediacion
- Asmadi. (2008). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta : EGC
- Burner & Suddarth. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta : EGC
- Carpenito, L.J. (2009). *Buku Saku Diagnosa Keperawatan*. EGC. Jakarta
- Clevo, M. Rendy & Margareth (2012). *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah dan Penyakit Dalam* Jakarta: Nuha Medika
- Dinkes, Jateng. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2012. 2013*, Semarang: Dinkes Jateng
- Herman, T, (2012) *Nanda Internasional, Diagnosa keperawatan* . jakarta : EGC
- Helmi, Z., N. (2012). *Buku Ajar Gangguan Muskuloskeletal*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hidayat, A. *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah*. Jakarta : Salemba Medika. (2007)
- Hoppenfeld, Stanley dan Murthy Vasanhaal.2008.*Terapi dan Rehabilitasi Fraktur*. Jakarta: EKG.
- Ichanner. (2009). *Mobilisasi Pada Pasien Pasca Bedah*. Jakarta : Salemba Medika
- Kemenkes RI. (2014). *Pedoman Interpretasi Data Klinik*
- Kemenkes RI. (2015). *Riset Kesehatan Dasar RISKESDAS*. Jakarta : Kemenkes RI
- Kozier. Erb, Berman. Snyder. (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan :Konsep, Proses & Praktik*, Volume : 1, Edisi : 7, EGC : Jakarta
- Lestari, Y. E. D. (2014). *Pengaruh ROM Exercise Dini pada Pasien Post Operasi Fraktur Ekstremitas Bawah (fraktur femur dan fraktur cruris) terhadap Lama Hari Rawat di Ruang Bedah RSUD Gambiran Kota Kediri*. Jurnal ilmiah kesehatan. Vol. 3 No. 1.

- Lukman & Ningsih, Nurna (2009). *Asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan system Muskuloskeletal*. Jakarta : Salemba Medika
- Maharta. (2008). *Fisiologi Penyembuhan pada Fraktur*. Jakarta : Salemba Medika
- Mintarsih. (2012). “*Pengaruh Latihan Range Of Motion (ROM) Aktif Terhadap Kekuatan Otot Pada Pasien Post Operasi Fraktur Femur*”. Jurnal GASTER Vol. 10 No. 2
- Mubarak, W.I. (2008). *Buku ajar kebutuhan dasar manusia: Teori dan aplikasi dalam praktik*. Jakarta: Media Aesculapius.
- Muttaqin, Arif. (2011). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Muskuloskeletal*. Jakarta : Salemba Medika
- Nurarif .A.H. dan Kusuma. H. (2015). *APLIKASI Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC*. Jogjakarta: Medi Action
- Pinzon R, Asanti L. (2007). *Pengertian, Gejala, Tindakan, Perawatan, dan Pencegahan Keperawatan Sistem Musculoskeletal*. Yogyakarta
- Potter & Perry. (2009). *Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktek*. Jakarta : EGC
- Reni & Armayanti (2014). “*Pemberian Latihan Rentang Gerak Terhadap Fleksibilitas Anggota Gerak Bawah Pasien Fraktur Terpasang Fiksasi Interna Di RSUP. Dr. M. Djamil Padang*” Jurnal Keperawatan Vol 10 No 1
- Riskesdas, 2013. *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI
- Risnanto & Insani, U. (2014). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Medikal Bedah: Sistem Muskuloskeletal*. Yogyakarta: Deepublish.
- Ropyanto, 2012. *Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Status Fungsional Paska Open Reduction Internal Fixation (ORIF) Fraktur Ekstremitas*
- Sarimawar dkk. (2014). *Gambaran Kecelakaan di Indonesia*. Jurnal Ekologi Kesehatan. Vol. 15 No 1, hh : 30 – 42
- Smeltzer, S., C. & Bare, B., G. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta : EGC
- Smith-Temple, Jean (2010). *Buku Saku Prosedur Klinis Keperawatan/ Jean Smith temple, Joyce Young Johnson, Edisi 5*. Jakarta: EGC

Suratun. (2008). *Klien Gangguan sistem Musculoskeletal. Seri Asuhan Keperawatan* ; Editor Monika Ester, Jakarta : EGC

Tamsuri. (2007). *Konsep dan Penatalaksanaan Nyeri*. EGC. jakarta

Utama & Pribadi V. (2014). *Estimasi Prevalensi Kecelakaan Lalu Lintas dengan Metode Capture - Recapture*. Jurnal Berita Kedokteran Masyarakat, Vol. 24, No. 1.

Wilkinson, Judith M. (2012). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan*. Jakarta : EGC

Zairin. (2012). *Buku Ajar Gangguan Musculoskeletal*. Jakarta : Salemba



ABUHAN KEPERAWATAN PADA SDR.F
DENGAN GANGGUAN SISTEM MUSKULOSKELETAL
POST ORIF METATARSAL SINISTRA DI RUANG
HIDAYATI RUMAH SAKIT PKU MUHAMMADIYAH
GOMBONG

Disusun oleh: Tegar Kunto
A01401904

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN SIKES
MUHAMMADIYAH GOMBONG
2017

FORMAT PENGKAJIAN

A. Pengkajian

1. Identitas Pasien

Nama : Sdr F
 Umur : 18 tahun
 Alamat : Kuntiti
 Jenis kelamin : laki-laki
 Agama : Islam
 suku bangsa : Jawa
 Pekerjaan : Pelajar
 Pendidikan : SMA
 Diagnosa medis : Fraktur multifarsal sinistra

2. Identitas Penanggung Jawab

Nama : N.Y.T
 Umur : 42 tahun
 Alamat : Kuntiti
 Jenis kelamin : Perempuan
 Agama : Islam
 suku bangsa : Jawa
 Pekerjaan : Ibu rumah tangga
 Hubungan dengan klien : Ibu kandung

B. Riwayat Kesehatan

1. Keluhan utama

klien mengeluh nyeri pada ~~kaki kirinya~~ kaki kiri (punggung kaki)

2. Riwayat kesehatan Sekarang

Klien Sdr F (18 tahun) datang ke IGD RS PKU Muhammadiyah Gombong pada tanggal 13 Juli 2017 pukul 08.30 WIB dengan keluhan nyeri pada kaki ~~kiri~~ post jatuh saat olahraga bermain basket, kaki terasa nyeri berat untuk digunakan dan tampak bengkak. Setelah ditakukan tindakan medis di IGD pukul 09.00 klien di pindah ke bangsal Hidayah. Saat pengkajian tgl 13 Juli pasien mengeluh nyeri pada kaki kirinya skala 7, nyeri cemet-cemet, hilang timbul 1 menit nyeri bertambah saat klien melakukan pergerakan dan perubahan posisi. Hasil pemeriksaan TTV : TD = 110/80 mmHg, Nadi = 84 x/menit, RR = 18 x/menit, Suhu 36 °C. Klien terpasang infus ke di tangan kiri 20 cc dan tampak balutan Pilesasi untuk kaki kirinya bagian punggung kaki rencana post op ortif jam 16.00 WIB. selesai jam 19.00, kaki punggung kiri terapat balutan luka operasi.

3. Riwayat Penyakit dahulu

Klien mengatakan sebelumnya tidak pernah dirawat di rumah sakit atau mengalami sakit yang seperti ini.

4. Riwayat Penyakit keluarga

Klien mengatakan sebelumnya tidak ada yang menderita seperti klien. Keluarga juga mengatakan tidak ada penyakit keturunan.

C. Pola fungsional menurut Virginia Henderson

1. Pola Pernapasan

Sebelum sakit : Klien mengatakan sebelum sakit tidak ada masalah pada pernapasannya.

Saat dikaji : Klien mengatakan tidak ada masalah pada pernapasannya. RR = 20x/menit

2. Pola Nutrisi

Sebelum sakit : Klien mengatakan makan 3x/hari (nasi, sayur, lauk) dan minum 4-5x/hari

Saat dikaji : Klien mengatakan makan 3x/hari porsi habis dan minum 3-4x/hari

3. Pola eliminasi

Sebelum sakit : Klien mengatakan BAB 1x/hari dan BAK 3-4/hari

Saat dikaji : Klien mengatakan sejak masuk RS klien belum BAB, BAK klien menggunakan pispor.

4. Pola aktivitas

Sebelum sakit : Klien mengatakan sebelum masuk RS klien dapat beraktivitas dengan mandiri

Saat dikaji : Kebutuhan klien dibantu oleh keluarga karena klien masih belum diperbolehkan bergerak.

5. Pola istirahat

Sebelum sakit : Klien mengatakan dapat tidur 7-8 jam sehari dan klien jarang tidur siang

Saat dikaji : Klien mengatakan tidur cukup terbangun karena nyeri

6. Pola berpakaian

Sebelum sakit : Klien mengatakan mengganti pakaian setiap hari secara mandiri tanpa bantuan

Saat dikaji : Klien mengatakan klien berpakaian dengan dibantu keluarga.

7. Pola Personal Hygiene

Sebelum sakit = klien mengatakan mandi 2x/hari, Gigit gigi 2x/hari dan bermandi secara mandiri

Saat dikaji = klien mengatakan hanya dibantu oleh keluarga setiap paginya.

8. Pola menjaga suhu tubuh

Sebelum sakit = klien mengatakan klien akan memakai pakaian tipis jika klien merasa dingin/panas dan sebatiknya.

saat dikaji = klien menggunakan pakaian tipis

9. Pola komunikasi

Sebelum sakit = klien menggunakan bahasa sehari-harinya yaitu dengan B. Jawa maupun Indonesia dengan keluarga ataupun oranglain

Saat dikaji = klien menggunakan B. Indonesia Saat diawatncarai perawat.

10. Pola Menghindar dari bahaya

Sebelum sakit = klien mengatakan jika ingin keluar bertamara klien menggunakan pelindung bupata.

Saat dikaji = klien memasang pengaman tempat tidur agar terhindar dari jatuh.

11. Pola rekreasi

Sebelum sakit = klien biasanya pergi bersama keluarga ke suatu tempat untuk rekreasi sejenak.

Saat dikaji = klien hanya terbaring di tempat tidur

12. Pola belajar

Sebelum sakit = klien hanya sedikit mengetahui tentang patan tulang

Saat dikaji = klien sudah dapat memahami apa itu patan tulang setelah di jelaskan dokter / perawat.

13. Pola spiritual

Sebelum sakit = klien mengatakan dapat beribadah sholat 5 waktu

Saat dikaji = klien mengatakan sering berdoa agar klien cepat sembuh dan pulang

14. Pola belajar

Sebelum sakit = klien belum belajar karena masih duduk di bangsan sekolah

Saat dikaji = klien untuk sekarang ini cuti dari sekolah karena klien harus di obati di RS.

10. Pemeriksaan fisik

1. Keadaan umum = baik

2. Kesadaran = Compos Mentis ~~Eu~~ ~~MB~~ ~~6~~

3. TTV = TV = 110 / 80 mmHg, Nadi = 84 x / menit, RR = 20 x / menit
Suhu = 36°C

4. Pemeriksaan Head to toe

- Kepala = mesocephal, tidak ada luka jahitan, tidak tampak lesi rambut hitam

- Mata = pupil isokor, konjungtiva anemis, sklera anikterik

- Hidung = tidak ada polip, simetris

- Mulut = mukosa bibir kering, tidak stomatitis, gigi bersih

- Telinga = tidak ada serumen, simetris

- Uterus = tidak ada pembesaran thyroïd

- Dada

Inspeksi = Simetris, tidak ada retraksi

Palpasi = Vocal fremitus simetris, tidak ada nyeri tekan

Perkusi = sonor

Auskultasi = Vesikuler

- Jantung

Inspeksi = tidak tampak ictus cordis

Palpasi = ictus cordis teraba

Perkusi = pekak

Auskultasi = S1 S2 reguler

- Abdomen

Inspeksi = Simetris, supel, tidak ada lesi

Auskultasi = bising usus 12 x / menit

Palpasi = tidak ada nyeri tekan

Perkusi = tympani

- Kulit = turgor baik

- Genitalia = -

- ekstremitas

atas = terpasang injeksi ke 20 pm tangan kiri

bawah = tampak balutan punggung kaki kiri, terdapat deformitas terdapat nyeri tekan. ps. metatarsal 2 dan 3

Reflex sinistra - pergerakkan terbatas, nyeri saat bergerak

kekuatan otot 5/5 | 5/1 balutan luka up kaki punggung
5/1 | 5/1 kiri tanggal 14 Juli 2017

E. Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan Lab

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan
Hb	16.0	13.2-17.3
WBC	11.47	3.8-10.6
Hematokrit	53.2	44-54
Eritrosit	49.5	40-52
MCV	92.9	80-100
MCH	30.0	26-34
MCHC	32.3	32-36
trombosit	343	150-440
Eosinofil	0.2	0.0-1.0
Basofil	1.4	2.0-4.0
Neutrofil	67.3	50.0-70.0
Limfosit	26.5	25.0-40.0
Monosit	4.6	2.0-8.0
bil darah	0	

2. Pemeriksaan RO

- pasien dengan Pemeriksaan klinis: trauma 13 Juli 2017
- Deskripsi = tampak discontinuitas os metatarsal 2 dan 3
- Pedis sinistra
- kesan = - Fraktur os metatarsal 2 dan 3, Pedis sinistra
- pasien dengan Pemeriksaan klinis = Post opik 14 Juli 2017
- kesan = - os metatarsal 2 dan 3, Pedis sinistra:
- ≠ terpasang masing-masing satu buah wire, lutak.

F. program terapi

- Imus RL 20 tpa
- Imuksi = 13/7/2017, 14/7/2017, 15/7/2017, 16/7/2017
- lactosolac 3x 30 mg
- kanitidine 2x 50 mg
- Ceftriaxon 2x 1 gr (1000mg)
- Program Diet
- Diet + KTP (Tinggi kalori tinggi protein)

ANALISA DATA			
NO	Data Fokus	Problem	Etiologi
1	ps = klien mengatakan nyeri pada ulca OP di kaki (Punggung kiri) P = nyeri bertambah saat melakukan pergerakan dan perubahan posisi, nyeri berkurang saat istirahat B = nyeri akut- akut K = kaki kiri bagian punggung kaki kiri (ulca operasi post ORF) S = skala 7 T = hitung hitung DO = Punggung kaki bagian kiri tampak bengkak - Tampak kalutan ORF operasi punggung kaki bagian kiri - TTV = 110/80 mmHg, N = 84 x/mnt RR = 20 x/mnt S = 36 °C - PO = Fraktur metatarsal 2 dan 3 Pedis sinistra. - klien tampak menahan rasa sakit	Nyeri akut	agen cedera fisik
2	ps = klien mengatakan kaki kiri terasa letih digerakan, berat saat digerakan, nyeri saat bergerak DO = klien tampak kebingungan ditumpal tidur - Tampak kalutan ORF operasi punggung kaki bagian kiri (bengkak) - TTV = 110/80 N = 84 x/mnt RR = 20 x/mnt S = 36 °C - PO = Fraktur metatarsal 2 dan 3 Pedis sinistra - kekuatan otot = $\frac{5}{5}$ / $\frac{5}{2}$	Hambatan mobilitas fisik	Gangguan muskuloskeletal

PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Nyeri akut berhubungan dengan Agen Cidera Fisik
2. Hambatan mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan muskuloskeletal.



Intervensi Keperawatan				
Tgl/Jam	Dx	UOC	PAIN MANAGEMENT	
14 Juli 2017	1	Situasi dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan masalah nyeri akut dapat kuratasi dengan kriteria hasil:	- observasi nyeri secara kompre - observasi reaksi non verbal - kontrol rangkungan yang dapat mempengaruhi nyeri - posisi klien nyaman - lakukan pemeriksaan ttr - Ajarkan teknik non farmakologi - Chafas dalam - Berikan pengartian atau informasi pada klien dan keluarga - nyeri bila terjadi kebidaanya - manan - kolaborasi pemberian analgetik	
09.00		PAIN CONTROL		
		Indikator	IR	ER
		- mampu mengontrol nyeri	3	5
		- melaporkan nyeri berkurang	3	5
		- TD dalam batas normal	4	5
		- mampu mengunali nyeri	4	5
		- nyeri berkurang	3	5
		Skor		
		1 = ekstrem		
		2 = Burat		
		3 = Sedang		
		4 = Ringan		
		5 = Tidak ada keluhan		
	2	Situasi dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan masalah hambatan mobilitas fisik kuratasi dengan kriteria hasil:	EXERCISE THERAPY	
		Mobility Level	AMBULATION	
		Indikator	IR	ER
		- klien meningkat dalam aktivitas fisik	2	5
		- TD dalam batas normal	4	5
		- klien mampu menunjukan kemampuan mobilisasi	2	5
		Skor		
		1 = ekstrem		
		2 = Burat		
		3 = Sedang		
		4 = Ringan		
		5 = Tidak ada keluhan		
			- monitoring ttr - kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi - Bantu dan dampingi klien dalam pemenuhan ADLs - Ajarkan pengaturan posisi pasien dan miksa-miksi - Ajarkan latihan sendi ROM - Ajarkan klien untuk naik turun tempat tidur - Berikan pengartian dan motivasi mobilisasi mandiri - Ajarkan klien menggunakan keruk	

Implementasi Keperawatan			
Tgl / Jam	Dx	Implementasi	Kurven
14 Juli 2017 09.00	1	mengkaji nyeri klien	DS = klien mengatakan nyeri pada kaki kiri skala 7, nyeri cunat-cunat, di area bekas operasi bagian punggung kaki kiri, nyeri hilang timbul 1 menit + nyeri bertambah saat digunakan leut-leut saat istirahat
09.15	1/2	monitor TTV	DO = TD = 110/70, N = 88x/mnt RR = 20x/mnt S = 36.3°C
	1	pengobservasi non verbal klien	DO = klien tampak gelisah
09.30	1	mengajarkan nafas dalam	DO = klien tampak mempraktekan nafas dalam
10.00	1	membagikan injeksi ketorolac 30 mg, Rantan 30mg, Ceftri 1gr	DO = klien mengatakan nyeri berkurang skala 5 setelah 10 menit setelah di injeksi sesuai nyeri
10.15	2	mengkaji kemampuan pasien dalam mobilisasi	DO = aktivitas klien selagi dibantu keluarga
10.30	2	membagikan informasi serta mengajarkan pada klien dan keluarga tentang mobilisasi bertahap (Pegatutan Posisi)	DO = klien paham dan mau melakukan gerak sedikit demi sedikit
13.00	2	melatih miring kanan dan miring kiri	DO = klien tampak hati-hati dalam memutar posisinya
14.00		karena klien bosok pulang	DO = kondisi klien mulai membaik
15 Juli 2017 08.00	1	mengkaji nyeri klien	DS = klien mengatakan nyeri pada bekas operasi kemarin bagian punggung kaki kiri, nyeri cunat-cunat, bertambah saat digunakan, nyeri hilang timbul skala 5
09.00	1/2	monitor TTV	DO = TD = 120/70 N = 84x/mnt RR = 20x/mnt S = 36.4°C

09.15	2	Mengkaji status mobilitas	PO = klien mampu miki-meki dan duduk sendiri, aktivitas dibantu keluarga
09.30	2	Mengajarkan klien latihan Penguraian Sendi	DO = klien mau melatih kakinya kesemutan mulai hilang, nyaman dan enak.
10.00	2	Bantu klien naik turun tempat tidur	DO = klien tampak hati-hati
11.00	1	Memberikan injeksi kortikosteroid seng, Rantun seng, Atri 1gr	DO = respon nyeri berkurang
11.30	2	Mengawasi latihan Sendi	DO = tampak klien sudah paham latihan Penguraian Sendi
12.00	2	Mengajarkan Alat bantu Jalan	DO = klien paham dan mau mencoba
12.30	2	memberikan motivasi pada klien dan keluarga untuk melatih sendi pada klien	DO = klien dan keluarga tampak memahami apa yang diberikan oleh perawat.
13.15		Pasien pulang	

EVALUASI KEPERAWATAN																											
tgl/jam	px	SOAP	TD																								
15 Juli 2017	1	S = klien mengatakan masih terasa nyeri di area punggung kaki bagian kiri bekas post op sejak tgl 13 Juli 2017 nyeri saat - saat hilang timbul, nyeri bertambah saat bergerak O = tampak menahan nyeri - tampak balutan bekas operasi di kaki kiri bagian punggung kaki - TD = 120/70 mmHg N = 84 x/menit RR = 20 x/menit Suhu = 36,4°C A = masalah nyeri akut teratasi sebagian <table border="1"> <thead> <tr> <th>indikator</th><th>awal</th><th>saat ini</th><th>normal</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- mampu mengontrol nyeri</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr> <td>- melaporkan nyeri berkurang</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr> <td>- TD dalam batas normal</td><td>4</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr> <td>- mampu mengontrol nyeri</td><td>4</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr> <td>- nyeri berkurang</td><td>3</td><td>3</td><td>5</td></tr> </tbody> </table> P = tentukan intervensi	indikator	awal	saat ini	normal	- mampu mengontrol nyeri	3	4	5	- melaporkan nyeri berkurang	3	4	5	- TD dalam batas normal	4	4	5	- mampu mengontrol nyeri	4	5	5	- nyeri berkurang	3	3	5	TD
indikator	awal	saat ini	normal																								
- mampu mengontrol nyeri	3	4	5																								
- melaporkan nyeri berkurang	3	4	5																								
- TD dalam batas normal	4	4	5																								
- mampu mengontrol nyeri	4	5	5																								
- nyeri berkurang	3	3	5																								
	2	S = klien mengatakan kaki kiri masih kalut dan - klien mengatakan aktivitas masih terganggu dan dibantu oleh keluarga. O = tampak sudah bisa nuka - mika - bisa menggunakan trok - ADLs masih dibantu A = masalah teratasi sebagian <table border="1"> <thead> <tr> <th>indikator</th><th>awal</th><th>saat ini</th><th>normal</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- klien meningkat dalam aktivitas</td><td>2</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>- TD dalam batas normal</td><td>4</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr> <td>- klien menunjukkan kemampuan motivasi</td><td>2</td><td>3</td><td>5</td></tr> </tbody> </table> P = pertahankan intervensi - motivasi untuk dirumah menggunakan trok - tentukan intervensi (pasien pulang)	indikator	awal	saat ini	normal	- klien meningkat dalam aktivitas	2	3	5	- TD dalam batas normal	4	5	5	- klien menunjukkan kemampuan motivasi	2	3	5	TD								
indikator	awal	saat ini	normal																								
- klien meningkat dalam aktivitas	2	3	5																								
- TD dalam batas normal	4	5	5																								
- klien menunjukkan kemampuan motivasi	2	3	5																								

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Sdr. A DENGAN GANGGUAN
SISTEM MUSKULOSKELETAL : POST OP IF TIBIA RIGULA DEKTRA
DI RUANG BAROKAH RUMAH SAKIT PKU
MUHAMMADIYAH COMBONG

DISUSUN OLEH :
TEGAR RIWANTO
A01401984

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN STIKES
MUHAMMADIYAH COMBONG
TAHUN 2017/2018

FORMAT PENGKAJIAN

A. Pengkajian

1. Identitas Pasien

Nama : Sdr. A
 Umur : 20 tahun
 Alamat : Sukomulyo 4/6 Prowokelu
 Jenis kelamin : laki-laki
 Agama : Islam
 Suku Bangsa : Jawa
 Pekerjaan : -
 Pendidikan : SLB
 Diagnosa medis : Fraktur Tibia Fibula dextra

2. Identitas Penanggung jawab

Nama : Ny. P
 Umur : 31 tahun
 Alamat : Sukomulyo 4/6 Prowokelu
 Jenis kelamin : Perempuan
 Agama : Islam
 Suku Bangsa : Jawa
 Pekerjaan : Buruh
 Hubungan dengan klien : Ibu kandung

B. Riwayat kesehatan

1. keluhan utama

Klien mengeluh nyeri pada luka operasi

2. Riwayat Penyakit Sekarang

Klien Sdr. A (20 tahun) datang ke IGD RS PKU Muhammadiyah Gombong pada tanggal 9 Juli 2017 pukul 15.00 WIB rujukan dari RS PKU Ponorogo dengan keluhan nyeri pada kaki kanan Post kecelakaan lalu lintas. Kaki tidak dapat digerakkan, dan bengkak. Setelah diberikan Tindakan Medis di IGD pukul 16.00 klien dirujuk ke Ruang Barokah. Saat sebelum Sdr. A berada di Ruang Barokah klien langsung diberikan Operasi OTIF pada jam 19.00 WIB. Saat Pengkajian tanggal 10 Juli 2017 pukul 08.00 WIB pasien mengeluh nyeri pada kaki bagian kanan (Post operasi) Skala 7. Nyeri cekot-cekot, nyeri hilang timbul tiap 1/2 menit nyeri bertambah Saat klien melakukan pergerakan dan perubahan

Posisi. Hasil Pemeriksaan TTU : 100/70 mmHg, Nadi = 90x/menit
RR = 20x/menit, Suhu = 36.6°C. Klien terpasang infuse RL di
tangan kanan 20 tetes, terpasang kateter urin dan tampak
bulatan luka operasi di bawah lutut kaki bagian kanan. Tampak
semua kebutuhan aktivitasnya dibantu keluarganya. Klien
mendapat terapi obat yaitu injeksi ketorolac 30mg, Ceftriaxon
1 gram, dan Parasetamol 500mg.

3. Riwayat Penyakit Dahulu

Keluarga mengatakan sebelumnya tidak pernah dirawat di Rumah
Sakit atau mengalami sakit yang seperti sekarang ini.

4. Riwayat Penyakit Keluarga

Keluarga mengatakan tidak ada keluarga yang menderita
sakit seperti klien. Keluarga juga mengatakan tidak ada penyakit
keturunan.

C. Pola fungsional menurut Virginia Henderson

1. Pola Pernafasan:

Sebelum sakit : Keluarga mengatakan sebelum sakit tidak ada
masalah.

Saat ditaji : Keluarga mengatakan tidak ada masalah
pada pernafasan klien.

2. Pola Nutrisi

Sebelum sakit : Keluarga mengatakan klien makan 3x sehari
(nasi sayur lauk) dan minum ± 8 gelas
perhari.

Saat ditaji : Keluarga mengatakan klien makan 3x/hari
posisi sedang tidak lapar, tampak makan roti
minum 3-4 gelas/hari.

3. Pola Eliminasi

Sebelum sakit : Keluarga klien mengatakan klien BAB 1x/hari
dan BAK 2-3x/hari mandiri tanpa bantuan.

Saat ditaji : Keluarga mengatakan klien sejak masuk RS
sampai sekarang belum BAB, terpasang
kateter urin penuh kecukupan.

4. Pola aktivitas

Sebelum sakit : Keluarga mengatakan klien sebelum sakit
beraktivitas mandiri tanpa bantuan.

Saat ditaji : Semua aktivitas dibantu keluarga.

5. Pola istirahat

Sebelum sakit = ^{keluarga} klien mengatakan tidur 6-7 jam sehari, keluarga mengatakan jarang tidur siang.

Saat dikaji = klien mengatakan kadang tertidur karena nyeri

6. Pola berpakaian

Sebelum sakit = ^{keluarga} klien mengatakan mengganti pakaian setiap hari secara mandiri tanpa bantuan

Saat dikaji = ^{keluarga} klien mengatakan klien berpakaian dengan dibantu keluarga.

7. Pola personal hygiene

Sebelum sakit = keluarga mengatakan klien mandi 2x/hari sikat gigi 2x/hari dan bermandi secara mandiri

Saat dikaji = keluarga mengatakan klien sejak masuk ke sikat gigi baru sekali, diseka setiap pagi oleh keluarga

8. Pola menjaga suhu tubuh

Sebelum sakit = keluarga klien mengatakan klien akan memakai pakaian tebal jika udara dingin dan sebaliknya secara mandiri

Saat dikaji = ^{keluarga} klien menggunakan pakaian tipis.

9. Pola komunikasi

Sebelum sakit = klien sejak kecil mempunyai masalah yaitu pura pura bahasa klien menggunakan bahasa isyarat

Saat dikaji = saat dikaji perawat klien mengatakan kepada keluarga untuk memberikan apa yang klien katakan kepada perawat.

10. Pola menggunakan ^{diperi bahasa} ~~diperi bahasa~~

Sebelum sakit = ^{keluarga} klien mengatakan memakai alas kaki / pengaman kepala saat berpergian memakai kendaraan.

Saat dikaji = keluarga mengatakan akan selalu saya jaga anaknya jika terjadi apa-apa.

11. Pola rekreasi

Sebelum sakit = keluarga mengatakan klien biasanya sebelum sakit pergi bermain bersama teman-temannya

Saat dikaji = keluarga mengatakan klien harus di rumah dulu sampai sembuh.

12. Rola spiritual

Sebelum sakit: keluarga mengatakan klien sebelum sakit dapat beribadah sholat & waktu.

Saat dikaji: keluarga mengatakan klien sebelum sholat sejak masuk RS.

13. Rola belajar

Sebelum sakit: klien belum mengerti tentang peran pusing

Saat dikaji: keluarga mengatakan sudah sedikit mengerti tentang peran pusing dan cara penanganannya di rumah

14. Rola bekerja

Sebelum sakit: keluarga mengatakan klien belum bekerja. kadang-kadang klien membantu ayahnya pergi ke sawah

Saat dikaji: klien hanya terbaring ditempat tidur.

D. PEMERIKSAAN FISIK

1. kesadaran umum: baik

2. kesadaran: Compos mentis E_4 M_4 V_6

3. TTV: TD = 100/70 mmHg IR = 20 x/menit
RR = 20 x/menit S = 36.6°C

4. Pemeriksaan Head to Toe

- kepala: bentuk mesocephal, tidak ada benjolan / masa, tidak tampak lesi, rambut hitam

- mata: pupil isokor, konjungtiva anemis, sklera anikterik

- Hidung: tidak ada polip, tidak tampak pernafasan cuping hidung, RR 20 x/menit

- mulut: mukosa bibir kering, tidak ada stomatitis, gigi bersih

- telinga: simetris, tidak ada lesi, tidak ada serumen

- leher: tidak ada pembesaran thyroid

- dada

inspeksi: bentuk simetris, tidak ada tarikan dinding dada

palpasi: tidak terdapat sumbu, tidak ada nyeri tekan

perkusi: bunyi sonor

auskultasi: tidak ada suara napas tambahan (vesikuler)

- Jantung

Inspeksi = tidak tampak letus cordis

Palpasi = letus cordis terasa di intercosta 5 dan 6

Pertaksi = bunyi pekak

Auskultasi = S₁, S₂ reguler

- Abdomen

Inspeksi = kulit, tidak ada lesi dan perdarahan

Auskultasi = bising usus 10/menit

Palpasi = tidak ada nyeri tekan

Pertaksi = bunyi timpani

- Refleksi kencing, kugos leuwe baek

- Geotolia = terpasang kateter, urine jernih kekuningan

- elektrolit

atas = terpasang infus ke rofeen di fangan kanan.

kekuatan otot tidak ada kelemahan.

bawah = tampak luka balutan operasi di bawah lutut kaki bagian

kanan, kekuatan otot lemah, bengkak, terdapat luka lecet di kaki bagian kiri, ~~keadaan total fraktur~~.

tidak terdapat nyeri tekan, krepitasi bawah lutut,

cedera bawah lutut 1/3 medial tibia dextra dan

1/3 proximal fibula dextra, pergerakan terbatas

nyeri bertambah saat bergerak.

kekuatan otot $\frac{5}{5}$
 $\frac{4}{5}$

E- Pemeriksaan Penunjang

1. Hasil Pemeriksaan tiorax 9 Juli 2017

keasan = - pleura normal
- besar cor normal

2. Pemeriksaan Laboratorium

Hemoglobin	L 13.5	g/dl	13.5 - 17.5
Leukosit	H 11.7	$10^3/\mu l$	3.6 - 11.0
Hematokrit	L 35	%	35 - 47
Eritrosit	4.7	$10^6/\mu l$	3.80 - 5.20
Platlet	266	$10^3/\mu l$	150 - 400
MCH	L 30	pg	26 - 34
MCHC	33	g/dl	32 - 36
MCV	L 82	fL	80 - 100

DIFF COUNT

Eosinofil	L 0.00	%	1 - 4
Basofil	0.10	%	0 - 1
Neutrofil	H 88.36	%	50 - 70
Limfosit	L 4.36	%	22 - 40
Monosit	7.30	%	4 - 8

Get Darah

Masa Pendarahan	3.00	menit	1 - 3
Masa Pengkuan	4.00	menit	3 - 6
Pemeriksaan rutin			
GDS	101	mg/dl	70 - 120
ureum	20	mg/dl	10 - 50
Kreatinin	0.42	mg/dl	0.40 - 0.90
SGOT	H 45	U/L	0 - 35
SGPT	26	U/L	0 - 35

Hbs Ag rapid Non-Reaktif Non-Reaktif

3. Pemeriksaan Rontgen

Deskripsi = - tampak soft tissue swelling

- Tampak lis continuitas:

- OS tibia distra 1/3 medial, cum contractionem cum angulationem
- OS fibula distra 1/3 proximal, cum contractionem cum angulationem.

kesan : # complete fracture os femur dextra $\frac{1}{3}$ medialis
cum contractioem, cum angulationem
complete fracture os femur $\frac{1}{3}$ proximal dextra
cum contractioem, cum angulationem

F. PROGRAM TERAPI

- Insus RL 20 fpm
- Injeksi : 9/7/2016, 10/7/2016, 11/7/2016, 12/7/2016, 13/7/2017
 - Ketorolac 3x 30 mg
 - Parasetamol 2x 50 mg
 - Ceftriaxon 2x 1gr
- Program diet
 - Diet TKTP (tinggi kalori tinggi protein)

ANALISA DATA			
NO	DATA FOKUS	PROBLEMA	ETIOLOGI
1	DS :- keluarga mengatakan ^{klien} nyeri pada luka OP yaitu di kaki bagian kanan - P : Nyeri bertambah saat melakukan pergerakan dan perubahan posisi, nyeri berkurang saat istirahat - Q = Nyeri cekot-cekot - R = kaki bagian kanan (luka operasi) - S = skala 7 - T = hilang timbul DO :- Paha kanan tampak bengkak - klien tampak menahan rasa sakit - tampak bintitan luka operasi di bagian bawah lutut - TTV = 100/70 mmHg, N = 90x/mnt RR = 20x/mnt, Suhu 36,6°C - RO = - Completa fracture os tibia dextra, 1/3 medial. - Completa Fracture os fibula dextra 1/3 proximal dextra	Nyeri Akut	Agen Cidura Fisik
2	DS :- keluarga mengatakan ^{klien} kaki kanan terasa kaku, berat saat digerakkan - klien mengatakan nyeri saat kaki kanan digerakkan - klien mengatakan semua aktivitas dibantu dari klien belum mampu rising kanan dan kiri DO :- klien tampak tertimang di tempat tidur	Hambatan mobilitas fisik	Gangguan musculoskeletal

- klien tampak merangsang kesakitan saat kaki kanan digerakkan
- Hasil foto Rontgen menunjukkan adanya Fraktur os tibia fibula 1/3 Proximal
- TTV = 100/70 mmHg, N = 90x/mnt RR 20x/mnt, Suhu 36.6°C
- kekuatan otot : $\frac{5}{2} \frac{5}{5}$

3	DS = - klien mengatakan tidak nyeri dipasang Pen - klien mengatakan tidak dipasang Selang kateter DO = - klien terpasang kateter H-1 - Tampak luka balutan Operasi dibawah lutut kanan - Hasil lab = Angka leukosit 14.1 (3.6-11.0 10³/mc) - Tampak luka lecet pada kaki kiri - balutan dikaki kiri - Hasil rontgen = Completa Fraktur tibia 1/3 medel, Completa fibula 1/3 proximal dextra - TTV = 100/70 mmHg, N = 90x/mnt RR 20x/mnt, S = 36.6°C	Risiko infeksi	Prosedur (masif (Pembedahan))
---	--	----------------	-------------------------------

Prioritas Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan Agen Cidera Fisik
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Gangguan muskuloskeletal
3. Risiko Infeksi berhubungan dengan Prosedur Invasif (Pembedahan)

INTERVENSI KEPERAWATAN

Tgl / Jam	DK	NOC	NRE	TD
Senin, 30 Juli 2017	1	Situasi diratukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan masalah nyeri akut dapat teratasi dengan kriteria hasil: PAIN CONTROL Indikator 14 ER - mampu mengontrol nyeri dengan teknik non farmako 3 5 - melaporkan nyeri kesakitan 3 5 - TD dalam batas normal 4 5 - mampu mengurangi nyeri 4 5 - nyeri kesakitan 3 5 skor 1. ekstrim 2. berat 3. sedang 4. ringan 5. tidak ada keluhan	PAIN MANAGEMENT 1. Observasi nyeri secara komprehensif 2. Observasi reaksi non verbal 3. kontrol lingkungan yang dapat memengaruhi nyeri 4. Posisikan klien nyaman mungkin 5. lakukan pemantauan ITU 6. Ajarkan klien mengontrol dengan teknik non farmako - kognisi (napas dalam) 7. Berikan pengertian atau informasi pada klien dan keluarga nyeri bila terjadi ketidaknyamanan 8. Kolaborasi pemberian analgetik ketorolac 3x 30 mg	
	2	Situasi diratukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan masalah Hambatan mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil:	Exercise therapy Amputation 1. kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi 2. Monitoring ITU 3. Bantu dan dampingi klien dalam memenuhi ADLs 4. Ajarkan latihan ROM	

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN			
tgl./jam	dx	implementasi	respons
Senin. 10 Juli 2017 08.00	1	mengevaluasi nyeri klien	DS = klien mengatakan nyeri luka operasi di kaki kanan P = nyeri bertambah saat bergerak dan berubah posisi Q = nyeri akut - celak R = di area luka operasi S = skala 7 T = nyeri hilang timbul tiap 1/2 menit
08.30	1,2,3	Memonitor TV	DO = TD = 100/70 mmHg, RR = 20 N = 90 x/m S = 36,6 °C
09.00	1	mengobservasi non verbal klien	DO = klien tampak gelisah - tampak wajah merah
09.15	1	mengajarkan nafas dalam	DO = klien tampak memprakte- kan nafas dalam
09.30	1	memberikan pengertian kepada keluarga tentang nyeri	DO = keluarga tampak memahami dan banyak bertanya
12.00	1,3	memberikan injeksi ketorolac 30 mg, ceftriaxon 1 gr melalui intravena	DS = klien mengatakan nyeri bertambah skala 5 sebelum diberikan obat nyeri
15.15	2	mengevaluasi kekuatan otot klien	DS = klien mengatakan kaki kanan terasa kaku dikurakan DO = kekuatan otot $\frac{5/5}{2/5}$
18.00	2	mengevaluasi kemampuan aktivitas dan motivasi	DO = Aktivitas klien sebagian dibantu keluarga
18.30	2	memberikan informasi mengajar pada keluarga dan klien tentang mobilisasi bantalap (pengaturan posisi)	DS = klien mengatakan mengetahui dan mau melakukan gerak sederajat demi sedikit

11 Juli 2016	1	Mengukur TTU	DO = TD = 80/60, N = 90 x/m BP = 108/70 mmHg S = 36.5°C
09.00	1	Mengkaji nyeri	DS = klien mengatakan nyeri skala 6 pada luka OP. nyeri hilang timbul, nyeri saat-ceset, nyeri bertambah saat digerakan kaki karena nyeri DO = klien tampak menahan rasa nyeri
09.30	2	Mengkaji status mobilitas	DO = klien mampu duduk sendiri, aktivitasnya masih dibantu keluarga
10.00	2	Mengajarkan klien cara latihan pergerakan sendi di tempat tidur	DS = klien merasa kaki dan berat, kesemutan mulai hilang
10.30	3	Mengkaji luka operasi dan luka sekitar	DO = luka operasi tampak baik, luka fasci kiri kering
13.00	1,3	Memberikan injeksi Antibiotik Ceftriaxon 1gr dan klamox 30mg	DO = respon nyeri berkurang
13.15	2	Bantu klien naik turun tempat tidur	DO = klien tampak hati-hati dan dibantu dengan perawat
13.15	3	Memulakan perawatan luka	DO = klien merasa lebih nyaman setelah diganti balut
13.30	2	Memberikan edukasi pada keluarga dan klien cara mobilisasi dan latihan	DO = klien paham dan mengerti
12 Juli 2017	1,2,3	Mengukur TTU	DO = TD = 110/70 mmHg, N = 98 x/m BP = 120 x/m, S = 36.3°C
09.00	1	Mengkaji nyeri	DS = klien mengatakan nyeri berkurang skala 5
13.00	1,3	Memberikan injeksi klamox 30 mg dan Ceftriaxon 1gr	DO = respon nyeri berkurang

10.00	2	Mengvaluasi tindakan latihan pergerakan sendi dan pengaturan posisi	DO = Tampak klien dapat melakukan dengan hati-hati
11.00	2	Memberikan edukasi alat bantu jalan menggunakan kruk pada keluarga	PO = keluarga tampak paham dan ingin mencoba
11.15	2	mengajarkan alat bantu jalan	DO = klien paham, dan mau mencoba. - tampak menggunakan kruk sedikit demi sedikit dengan hati-hati
13.00	3	mengobservasi luka	DO = luka tampak mulai membaik

EVALUASI KEPERAWATAN

Tgl / Jam Dx	SOAP	TTD																								
12 Juli 2016 13.30	1 S = klien mengatakan masih terasa nyeri di area luka operasi, skala 4. nyeri ecat - ecat hilang timbul nyeri bertambah saat digerakkan dan berubah posisi O = - mampu menahan rasa nyeri - TTU : 110 / 70 mmHg N = 88 x /mnt RR = 20 x /mnt Suhu = 36.3 °C A = masalah nyeri akut teratasi sebagian Indikator <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Awal</th> <th>Saat ini</th> <th>normal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- mampu mengontrol nyeri dengan teknik nafas dalam</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>- melaporkan nyeri berkurang</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>- TD dalam batas normal</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>- mampu mengontrol nyeri</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>- nyeri berkurang sampai skala 0</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> P = Pertahankan Intervensi - Management nyeri		Awal	Saat ini	normal	- mampu mengontrol nyeri dengan teknik nafas dalam	3	4	5	- melaporkan nyeri berkurang	3	4	5	- TD dalam batas normal	4	4	5	- mampu mengontrol nyeri	4	5	5	- nyeri berkurang sampai skala 0	3	3	5	R
	Awal	Saat ini	normal																							
- mampu mengontrol nyeri dengan teknik nafas dalam	3	4	5																							
- melaporkan nyeri berkurang	3	4	5																							
- TD dalam batas normal	4	4	5																							
- mampu mengontrol nyeri	4	5	5																							
- nyeri berkurang sampai skala 0	3	3	5																							
2	S = klien mengatakan kaki kanan masih kaku dan berat untuk digerakkan dan menahan pergerakan kaki - klien mengatakan aktivitas masih terganggu dan masih dibantu keluarga O = - klien tampak berbaring, mampu jalan - jalan - Adl sebagian dibantu - bisa menggunakan knrk A = masalah hambatan mobilitas fisik teratasi sebagian Indikator <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Awal</th> <th>Saat ini</th> <th>nor mal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- klien meningkat dalam aktivitas</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>- TD dalam batas normal</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>- klien menunjukkan kemampuan mobilitas</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> P = Pertahankan Intervensi - Motivasi untuk dirumah sering melalui kakinya - Hentikan intervensi (pasien pulang)		Awal	Saat ini	nor mal	- klien meningkat dalam aktivitas	2	3	5	- TD dalam batas normal	4	4	5	- klien menunjukkan kemampuan mobilitas	2	3	5	R								
	Awal	Saat ini	nor mal																							
- klien meningkat dalam aktivitas	2	3	5																							
- TD dalam batas normal	4	4	5																							
- klien menunjukkan kemampuan mobilitas	2	3	5																							



PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : Tegar Rianto

NIM/NPM : A01401904

NAMA PEMBIMBING :

NO.	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	24 Mei	Menentukan tema	
2	29 Mei 2017	latar belakang	
3	30 Mei 2017	Tujuan Penulisan	
4	5 Juni 2017	Revisi Bab II	
5	6 Juni	Revisi	
6	8 Juni	Revisi	
7	10 Juni	Revisi Penulisan	
8	11 Juni	Acc Proposal	
9	18 Juni	Kongru ASKEP	

Mengetahui
Ketua Program Studi



PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

LEMBAR KONSULTASI

BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA : TEGAR RIANTO

NIM : A01401984

NAMA PEMBIMBING : IRMAWAN ANDRI N, M.Kep

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
10	25 Juli	konsep Bab IV	
11	31 Juli	revisi Bab IV	
12	4 Ags		
13	5 Ags	ACC	
14	20/8-2017	English Abstract: It's done	

Mengetahui
Ketua Program Studi

PROGRAM STUDI
DIII KEPERAWATAN