

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil**

##### 1. Gambaran lokasi penelitian

Selama periode tiga hari, dilakukan sebuah penelitian di ruang Cempaka RSUD Abdul Wahab Syahrani Samarinda, yang dimulai pada tanggal 21 hingga 23 November 2022.

##### 2. Pengkajian

Pada hari Senin, tanggal 21 November 2022, dilakukan pengkajian dengan menggunakan metode autoanamnesa.

##### a. Identitas pasien

Nama	: Tn. L
Umur	: 46 Tahun
Agama	: Islam
Status Perkawinan	: Kawin
Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: Buruh Kasar
Suku	: Florest
Alamat	: Perumahan citra gading
Tanggal Masuk RS	: 21 November 2022 (Jam 16:00 (IGD))
Tanggal Pengkajian	: 21 November 2022 ( Jam 19:00 )
No. Register	: 01.19.79
Dx Medis	: Fraktur Femur

b. Riwayat Penyakit

1) Keluhan utama saat dirawat (tanggal 21 Nov 2022, Jam 04:00)

Pasien mengatakan nyeri paha kiri

2) Keluhan utama saat dikaji (tanggal 21 Nov 2022, Jam 19:00)

Klien mengatakan pahanya terasa nyeri saat digerakkan atau digeser.

P= Fraktur

Q= Seperti berdenyut tajam

R= Nyeri pada paha kiri

S= Skala nyeri 3

T= nyeri saat paha digerakkan

3) Riwayat penyakit sekarang

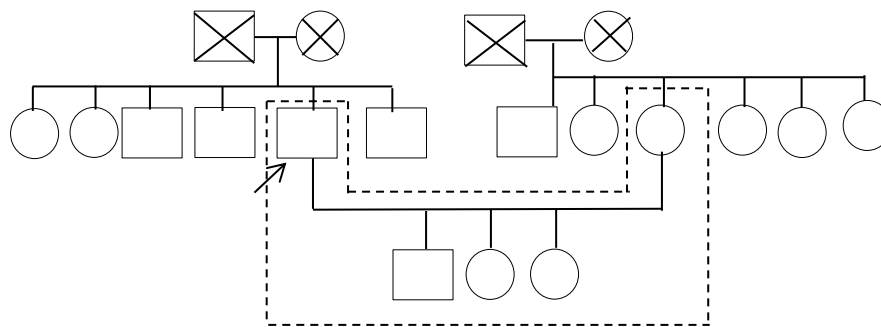
Klien mengatakan pahanya nyeri saat digerakkan dan sulit bergerak. Klien berjalan dibantu dengan tongkat. Klien sudah di rongen dan hasilnya pen nya patah. Klien direncanakan akan dioperasi dan dijadwalkan.

4) Riwayat penyakit lampau

Pada tanggal 16 November 2022, klien melaporkan bahwa mereka telah menjalani operasi setelah mengalami kecelakaan jatuh dari atap rumah yang mengakibatkan patah tulang pada paha mereka. Pen dipasang pada bulan Juli.

5) Riwayat penyakit keluarga

Klien mengatakan tidak ada penyakit keluarga



Gambar 4.1 Genogram ---

Keterangan:

□ : Laki – laki

○ : Perempuan

⊗ : Meninggal

↗ : Klien

— : Garis Perkawinan

| : Garis Keturunan

--- : Serumah

## c. Hasil observasi dan pemeriksaan fisik

## Hasil Observasi

## 1) Neurosensori

Gejala : Klien melaporkan bahwa tidak ada keluhan mengenai pusing, penglihatan kabur, gangguan pendengaran, atau hilangnya kemampuan penciuman.

Tanda : Terdapat sistem penilaian GCS dengan skor E sebesar 4, V sebesar 5, dan M sebesar 6. Total skor GCS keseluruhannya adalah 15. Compos Mentis

## 2) Sirkulasi

Gejala : Klien menyatakan bahwa ia tidak memiliki catatan mengenai penyakit seperti hipertensi atau gangguan jantung.

Tanda : Tekanan darah adalah 130/89 mmHg, denyut nadi adalah

77 kali per menit, suhu tubuh adalah  $36^{\circ}\text{C}$ , laju pernapasan adalah 20 kali per menit, CRT <2 detik, konjungtiva tidak anemis, sklera putih, dan akral lembab.

3) Pernapasan

Gejala : Klien menyatakan bahwa tidak ada masalah pernapasan yang membuat sesak nafas dan tidak ada batuk berdahak.

Tanda : Frekuensi pernapasan klien berada dalam kisaran normal yaitu 20 kali per menit dan tidak memerlukan bantuan alat pernapasan.

4) Nyeri/ketidaknyamanan

Gejala : PQRST

P= Pen lepas

Q= Seperti berdenyut tajam

R= Nyeri pada paha kiri

S= Skala nyeri 3

T= saat paha digerakkan

Tanda : Klien meringis saat paha digerakkan dan klien berhati-hati pada saat bergerak.

5) Makanan/cairan

Gejala : klien mengatakan saat dirumah dan di RS makannya bisa 2-3 kali sehari dan minum 1,5 liter perhari.

Tanda : Mukosa bibir klien lembab, kulit klien kering, dan BB = 60 kg.

## 6) Eliminasi

Gejala: Klien mengungkapkan bahwa ia membuang air kecil sebanyak 4 sampai 5 kali tiap hari, urinnya berwarna kuning terang, dan buang air besar kadang-kadang hanya 1 kali sehari dengan konsistensi tinja yang lunak.

## 7) Seksualitas

Gejala : Klien menyampaikan bahwa dia telah menikah dan memiliki tiga anak.

Tanda : Klien didampingi oleh suami dan anaknya.

## 8) Aktivitas/Istirahat

Gejala: Klien mengatakan tidak bisa beraktivitas dirumah maupun di RS, hanya baring atau duduk, jika ke toilet dibantu keluarga dan dibantu dengan tongkat. Pasien menyatakan bahwa tidur pada malam hari dari pukul 10 malam hingga 6 pagi, dan istirahat siang mulai pukul 1 sampai 3 sore..

Tanda : Kekuatan fisik yang terjadi karena kontraksi otot

$$\begin{array}{r} 5 \quad 5 \\ \hline 5 \quad | \quad 3 \end{array}$$

## 9) Hygiene

Gejala : Pasien menyampaikan bahwa mereka biasanya mandi dua kali sehari di rumah. Namun, ketika mereka sedang sakit dan tinggal di rumah, mereka hanya mandi satu kali. Istri klien membantu mereka dalam proses mandi.

Tanda : penampilan klien rapi, kuku panjang dan kotor

10) Integritas ego

Gejala : Klien mengatakan pasrah menerima tentang kondisinya  
sekarang

Tanda : Klien tenang

11) Interaksi sosial

Gejala : Klien mengatakan akrab dengan orang – orang  
disekitarnya

Tanda : Klien akrab dengan orang sekitarnya

12) Penyuluhan/Pembelajaran

Gejala : Klien mengatakan mengerti tentang kondisinya,  
penyakitnya, dan pengobatannya

Tanda : Klien mampu menjawab pertanyaan perawat tentang  
penyakitnya

d. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Compos Mentis

TTV :

TD : 130/89 mmHg

N : 77 kali permenit

S : 36,6°c

RR : 20 kali permenit

Spo2 : 99%

## 2) Kepala

Rambut : Warna hitam dan putih dan tekstur rambut halus.

Mata : Tidak ada kekurangan darah pada konjungtiva dan sklera tampak berwarna putih.

Telinga : Pendengaran baik tidak memiliki gangguan bentuk atau fungsi.

Hidung : Fungsi penciuman tidak dirahasiakan dan tidak ada halangan dalamnya.

Mulut : Bibir yang tetap lembut dan berwarna merah

## 3) Leher

Tidak ada peningkatan ukuran kelenjar tiroid dan tidak ada ketidaknyamanan saat ditekan.

## 4) Thorak

Inspeksi : Mempunyai dada yang simetris, tidak memerlukan penggunaan alat bantu pernapasan.

Palpasi : Ekspansi paru simetris.

Perkusi : Bunyi paru kanan kiri sonor

Auskultasi : Bunyi napas vesikuler yang terdengar

## 5) Abdomen

Inspeksi : Tidak ada gumpalan di perut dan tidak terdapat tanda bekas operasi.

Auskultasi : pergerakan usus terjadi sebanyak 15 kali dalam satu menit.

Palpasi : Tidak ada sensasi sakit ketika ditekan.

Perkusi : Suara abdomen tymphani

6) Ekstermitas

Keadaan kulit lembab, nyeri paha kiri (pen lepas) dan kekuatan otot

$$\begin{array}{r|l} 5 & 5 \\ \hline 5 & 3 \end{array}$$

e. Penatalaksanaan Medis

1) Santagesik 3 x 1 g /8 jam secara intravena

2) Pemasangan infus cairan Ringer Laktat 20 TPM

f. Hasil pemeriksaan diagnostik

1) Laboratorium (Tanggal 06 Desember 2022)

gambar 4.1 Hasil Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Normal	Unit
<b>HEMATOLOGI</b>			
Leukosit	12,37	4.80 - 10.80	
Eritrosit	5.40	4.20 - 5.40	
Hemoglobin	15.2	12.0 - 16.0	g/Dl
Hematokrit	45.9	37.0 - 54.0	
<b>KIMIA KLINIK</b>			
Glukosa Sewaktu	110	<200	mg/dL
Ureum	22.5	19.3 - 49.2	mg/dL
Creatinin	1.0	0.5 - 1.1	mg/dL
<b>ELECTROLYTE :</b>			
Natrium	141	135 - 155	mmol/L
Kalium	4.0	3.6 - 5.5	mmol/L
Chloride	105	98 - 108	mmol/L



## 3. Analisa Data

Tabel 4.2 Analisa Data

No	tanggal ditemukan	Data	Etiologi	Problem				
	21 Nov 2022	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sulit bergerak karena pen yang di paha kirinya lepas</li> <li>- Klien mengatakan tidak bisa beraktivitas seperti biasa hanya baring dan duduk</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien menderita fraktur pada paha kiri</li> <li>- Kekuatan otot</li> </ul> <table style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 5px;">5</td> <td style="padding-left: 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 5px;">5</td> <td style="padding-left: 5px;">3</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien berhati – hati dan memegang pinggir bed saat mengubah posisi</li> <li>- Klien menggunakan tongkat</li> </ul>	5	5	5	3	Gangguan Muskuloskeletal	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)
5	5							
5	3							
	21 Nov 2022	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan paha kirinya nyeri saat digerakkan dengan skala 3 seperti berdenyut dan tajam</li> <li>- Klien mengatakan nyerinya</li> </ul>	Agen pencedera fisik	Nyeri akut (D.0077)				

		<p>hilang timbul dengan durasi <math>\pm</math> 1 menit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- P = Nyeri pada paha kiri (pen patah)</li> <li>- Q = Berdenyut Tajam</li> <li>- R = Nyeri pada paha</li> <li>- S = Skala 3</li> <li>- T = Jika paha di gerakkan</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien meringis</li> </ul>		
	21 Nov 2022	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan selama dirumah sakit mandi 1x</li> <li>- Klien mengatakan mandi dibantu oleh istri</li> <li>- Klien mengatakan sulit untuk merawat diri karena pergerakan yang terbatas</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kepala berketombe</li> <li>- Kuku panjang dan kotor</li> <li>- Kebutuhan personal hygiene dibantu</li> <li>- Kulit kering</li> </ul>	angguan Muskuloskeletal	efisit Perawatan Diri (D.0109)

Prioritas Diagnosa Keperawatan :

- a. Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan muskuloskeletal (D.0054)
- b. Nyeri akut b/d agen pencedera fisik (D. 0077)
- c. Defisit perawatan diri b/d gangguan muskuloskeletal (D.0109)

4. Perencanaan




Tabel 4.2 Intervensi Keperawatan






No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan muskulokeletal (D.0054)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan mobilitas fisik (L.05042) dengan kriteria hasil: - Pergerakan ekstermitas meningkat dari skala 2 ke skala 4 - Kekuatan otot meningkat dari skala 2 ke skala 4 Keterangan: 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkatkan	Dukungan ambulasi (I.0471) Observasi: 1.1 Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 1.2 Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi Terapeutik: 1.3 Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. Tongkat) 1.4 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi Edukasi: 1.5 Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi 1.6 Anjurkan melakukan ambulasi 1.7 Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan
2.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun (L.08066) dengan kriteria hasil: - Keluhan nyeri menurun dari skala 3 ke skala 5 - Meringis menurun dari skala 3 ke skala 5 Keterangan: 1. Meningkatkan 2. Cukup meningkat	Manajemen Nyeri Observasi: 2.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2.2 Monitor terapi yang akan diberikan (terapi musik) Terapeutik: 2.3 Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi musik) 2.4 Fasilitas istirahat dan tidur Edukasi: 2.5 Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk







		3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun	mengurangi rasa nyeri Kolaborasi: 2.6 Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
3.	Defisit perawatan diri b.d gangguan muskulokeletal (D.0109)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil : - Kemampuan mandi meningkat dari skala 3 ke skala 5 - Kemampuan ke toilet meningkat dari skala 3 ke skala 5 - Mempertahankan kebersihan diri meningkat dari skala 3 ke skala 5 Keterangan: 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. meningkat	Dukungan keperawatan (1.11348) Observasi: 3.1 Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai diri 3.2 Monitor tingkat kemandirian Terapeutik : 3.3 Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 3.4 Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri Edukasi : 3.5 Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan








## 5. Implementasi









Tabel 4.4 Implementasi

Hari /Tanggal/Jam	Implementasi	Evaluasi Respon	Paraf
Senin, 21 November 2022 19:00	Menyapa dan memberikan salam	- O : Klien tersenyum dan menjawab salam	
19:02	Mengkolaborasi pemberian analgetik	Santagesik 3 x 1 gr/8 jam melalui iv	
	1.2 Memonitor kondisi umum selama melakukan ambulasi	O : Posisi klien berbaring ditempat tidur TD = 130/89 mmHg, N = 77 x/menit , RR = 20 x/menit , 36,6°C	








19: 05	2.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	S : Klien mengatakan nyeri pada paha kiri P : Nyeri paha kiri (pen patah) Q : Berdenyut tajam R : Nyeri pada paha kiri S : Skala nyeri 3 T : Jika paha di gerakan O: Klien meringis ketika paha kirinya digerakkan	
19:10	1.1 Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	S : Klien mengatakan nyeri pada paha kiri jika digerakkan O : Klien bersikap hati-hati saat menggerakkan kakinya - Klien mengalami fraktur dan penna patah	
19:13	2.3 Memonitor terapi yang akan diberikan (terapi musik)	O : Terapi musik	
19:15	2.6 Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (terapi musik)	S : Klien mengatakan mengerti yang telah diajarkan O : Klien memperhatikan dan mendengarkan dengan baik	
	2.4 Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi musik)		





19:25	1.3 Memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. Tongkat)	S : Klien mengatakan sulit menggerakkan pahanya O : Klien menggunakan tongkat	
19:28	1.5 Menjelaskan tujuan dan prosedur ambulasi	S : Klien mengatakan mengerti dengan yang dijelaskan O : Klien antusias mendengarkan	
	1.6 Mengajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan		
19:35	1.4 Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi	S : Klien mengatakan keluarganya aktif dalam membantu klien O : Klien dibantu oleh keluarganya untuk bergerak	
19:40	3.1 Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai diri	S : Klien mengatakan tidak mandi O : Klien masih menggunakan baju yang sama dan kulit klien kering	
19:43	3.2 Memonitor tingkat kemandirian	S : Klien mengatakan untuk ke toilet dibantu oleh keluarga O : Klien menggunakan tongkat dan dipegang oleh keluarganya	
19:50	2.5 Fasilitasi istirahat dan tidur	O : Klien istirahat	

	Berpamitan dan memberi salam	S : Klien mengatakan terima kasih O : Klien menjawab salam	
22 November 2022 17:00	Menyapa dan memberikan salam	O : Klien tersenyum dan menjawab salam	
17:02	3.1 Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri	S : Klien mengatakan sudah mandi O : Klien terlihat rapi dan segar	
17: 02	3.5 Mendampingi dalam melakukan perawatan	S : Klien mengatakan tidak bisa mandi secara mandiri O : Klien dibantu keluarga untuk mandi	
17: 10	3.7 Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	S : Klien mengatakan dibantu keluarga dalam melakukan perawatan diri O : Klien dibantu dalam perawatan diri	
17:30	1.2 Memonitor kondisi umum	O : TD : 130/80 mmHg N : 80 x/menit RR : 20x/menit T : 36,1°C Kekuatan otot $\frac{5}{5}$ $\frac{5}{3}$	
17:38	1.3 Memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu	S : Klien mengatakan masih sulit mengerakkan pahanya O : Klien menggunakan tongkat	

18:40	1.7 Mengajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan	O : Mengajarkan klien latihan berjalan	
18:45	1.4 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi	S : Klien mengatakan dibantu oleh keluarganya O : Keluarga membantu klien berjalan dengan memegang klien	
19:00	2.7 Mengkolaborasi pemberian analgetik	O : Santagesik 3 x 1 gr/8 jam melalui iv	
19:05	2.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	S : Klien mengatakan nyeri pada paha kiri berdenyut P : Nyeri paha kiri (pen lepas) Q : Berdenyut tajam R : Nyeri pada paha kiri S : Skala nyeri 3 T : Jika paha di gerakan O : Klien meringis ketika paha kirinya digerakkan	
19:10	2.4 Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (terapi musik)	S : Klien mengatakan lebih tenang dan nyeri agak berkurang O : Klien tenang	
19:30	2.5 Fasilitasi istirahat dan tidur	O : Klien istirahat	
19:33	Berpamitan dan memberi salam	S : Klien mengatakan terima kasih O : Klien menjawab salam	
23 November 2022 17:00	Menyapa dan memberikan salam	O : Klien tersenyum dan menjawab salam	




17:02	3.1 Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri	S : Klien mengatakan sudah mandi O : Klien terlihat rapi dan segar	
17:05	3.5 Mendampingi dalam melakukan perawatan	S : Klien mengatakan masih belum bisa mandi secara mandiri O : Klien dibantu keluarga untuk mandi	
17:10	3.7 Mengajarkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	S : Klien mengatakan mandi dibantu keluarga perawatan diri O : Keluarga membantu klien untuk mandi	
17:30	1.2 Memonitor kondisi umum	O : TD : 136/79 mmHg N : 65 x/menit RR : 20x/menit T : 36,3°C Kekuatan otot $\begin{array}{r l} 5 & 5 \\ \hline 5 & 3 \end{array}$	
17:38	1.3 Memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis.tongkat)	S : Klien mengatakan masih sulit mengerakkan pahanya O : Klien menggunakan tongkat	
18:40	1.7 Mengajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan	O : Mengajarkan klien latihan berjalan	
18:45	1.4 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi	S : Klien mengatakan masih dibantu oleh keluarganya O : Keluarga membantu klien berjalan dengan memegang klien	
19:00	2.7 Mengkolaborasi pemberian analgetik	O : Santagesik 3 x 1 gr/8 jam melalui iv	

19:05	2.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	S : Klien mengatakan masih nyeri pada paha kiri berdenyut P : Nyeri paha kiri (pen patah) Q : Berdenyut tajam R : Nyeri pada paha kiri S : Skala nyeri 2 T : Jika paha di gerakan O : Klien meringis ketika paha kirinya digerakkan	
19:10	2.4 Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (terapi musik)	S : Klien mengatakan lebih tenang dan nyeri agak berkurang O : Klien tenang	
19:30	2.5 Fasilitasi istirahat dan tidur	O : Klien istirahat	
19:33	Berpamitan dan memberi salam	S : Klien mengatakan terima kasih O : Klien menjawab salam	

## 6. Evaluasi

Tabel 4.4 Evaluasi

Hari/Tanggal	No Dx	Evaluasi	Paraf
Senin 21 Nov 2022	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri pada paha kiri jika digerakkan</li> <li>- Klien mengatakan sulit menggerakkan pahanya</li> <li>- Klien mengatakan keluarga aktif dalam membantu klien</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengalami fraktur (pen patah)</li> <li>- Klien bersikap hati-hati</li> <li>- Klien dibantu oleh keluarga untuk bergerak</li> <li>- Posisi klien berbaring ditempat tidur</li> </ul> <p>TD = 130/89 mmHg, N = 77 x/menit , RR = 20 x/menit , T = 36,6°C</p> <p>A :</p> <p>Masalah mobilitas fisik belum teratasi ditandai</p>	

		<p>dengan:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Sebelum</th> <th>Target</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pergerakan ekstermitas</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Kekuatan otot</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <p>1.1 Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>1.2 Memonitor kondisi umum</p> <p>1.3 Memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu</p> <p>1.4 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi</p> <p>1.7 Mengajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan</p>	Indikator	Sebelum	Target	Sesudah	Pergerakan ekstermitas	3	5	3	Kekuatan otot	3	5	3	
Indikator	Sebelum	Target	Sesudah												
Pergerakan ekstermitas	3	5	3												
Kekuatan otot	3	5	3												
	2	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri pada paha kiri</li> </ul> <p>P : Nyeri paha kiri (pen patah)</p> <p>Q : Seperti berdenyut tajam</p> <p>R : Nyeri pada paha kiri</p> <p>S : Skala nyeri 3</p> <p>T : jika paha digerakkan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien meringis ketika pahanya digerakkan</li> <li>- Santagesik 3 x 1 gr/8 jam melalui iv</li> <li>- Terapi music</li> <li>- Klien istirahat</li> </ul> <p>A:</p> <p>Masalah tingkat nyeri belum teratasi ditandai dengan:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Sebelum</th> <th>Target</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan nyeri</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <p>2.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>2.4 Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri</p> <p>2.5. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>2.7 Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>	Indikator	Sebelum	Target	Sesudah	Keluhan nyeri	3	5	3	Meringis	3	5	3	Ost
Indikator	Sebelum	Target	Sesudah												
Keluhan nyeri	3	5	3												
Meringis	3	5	3												
	3	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan tidak mandi</li> <li>- Klien mengatakan ke toilet dibantu oleh keluarga</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien masih menggunakan baju yang sama dari kemarin dan kulit kering</li> <li>- Klien dipegang oleh keluarga</li> </ul>	Ost												

		<p>A :</p> <p>Masalah perawatan diri belum teratasi ditandai dengan :</p> <table border="1" data-bbox="691 427 1283 678"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>belum</th> <th>target</th> <th>udah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan mandi</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>mampuan ke toilet</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>mampuan mempertahankan kebersihan</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>Lanjutkan intervensi</p> <p>3.1 Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri</p> <p>3.5 Mendampingi dalam melakukan perawatan</p> <p>3.7 Mengajarkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</p>	Indikator	belum	target	udah	Kemampuan mandi	3	5	3	mampuan ke toilet	3	5	3	mampuan mempertahankan kebersihan	3	5	3	
Indikator	belum	target	udah																
Kemampuan mandi	3	5	3																
mampuan ke toilet	3	5	3																
mampuan mempertahankan kebersihan	3	5	3																
<p>Selasa 22 Nov 2022</p>	<p>1</p>	<p>- Klien mengatakan masih sulit menggerakkan pahanya</p> <p>- Klien mengatakan keluarga aktif dalam membantu klien</p> <p>O :</p> <p>- Klien mengalami fraktur (pen patah)</p> <p>- Klien bersikap hati-hati</p> <p>- Klien dibantu oleh keluarga untuk bergerak</p> <p>- Posisi klien berbaring ditempat tidur</p> <p>TD = 130/80 mmHg, N = 80 x/menit , RR = 20 x/menit , T = 36,1°C</p> <p>A :</p> <p>Masalah mobilitas fisik belum teratasi ditandai dengan:</p> <table border="1" data-bbox="691 1473 1259 1680"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Sebelum</th> <th>Target</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pergerakan ekstermitas</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Kekuatan otot</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <p>1.2 Memonitor kondisi umum</p> <p>1.3 Memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu</p> <p>1.4 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi</p> <p>1.7 Mengajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan</p>	Indikator	Sebelum	Target	Sesudah	Pergerakan ekstermitas	3	5	3	Kekuatan otot	3	5	3	<p><i>Out</i></p>				
Indikator	Sebelum	Target	Sesudah																
Pergerakan ekstermitas	3	5	3																
Kekuatan otot	3	5	3																

2	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan masih nyeri pada paha kiri</li> </ul> <p>P : Nyeri paha kiri (pen patah)</p> <p>Q : Seperti berdenyut tajam</p> <p>R : Nyeri pada paha kiri</p> <p>S : Skala nyeri 3</p> <p>T : jika paha digerakkan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien meringis ketika pahanya digerakkan</li> <li>- Santagesik 3 x 1 gr/8 jam melalui iv</li> <li>- Terapi musik</li> <li>- Klien istirahat</li> </ul> <p>A:</p> <p>Masalah tingkat nyeri belum teratasi ditandai dengan:</p> <table border="1" data-bbox="691 757 1230 887"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Sebelum</th> <th>Target</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan Nyeri</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <p>2.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>2.4 Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri</p> <p>2.5. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>2.7 Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>	Indikator	Sebelum	Target	Sesudah	Keluhan Nyeri	3	5	3	Meringis	3	5	3	04				
Indikator	Sebelum	Target	Sesudah															
Keluhan Nyeri	3	5	3															
Meringis	3	5	3															
3	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sudah mandi</li> <li>- Klien mengatakan ke toilet dibantu oleh keluarga</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien terlihat rapi dan segar</li> <li>- Klien dipegang oleh keluarga</li> </ul> <p>A :</p> <p>Masalah perawatan diri teratasi sebagian ditandai dengan :</p> <table border="1" data-bbox="691 1469 1289 1720"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>belum</th> <th>get</th> <th>udah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan mandi</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kemampuan ke toilet</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Kemampuan mempertahankan kebersihan</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Lanjutkan intervensi</p> <p>3.1 Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri</p> <p>3.5 Mendampingi dalam melakukan perawatan</p> <p>3.7 Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</p>	Indikator	belum	get	udah	Kemampuan mandi	3	5	4	Kemampuan ke toilet	3	5	3	Kemampuan mempertahankan kebersihan	3	5	4	04
Indikator	belum	get	udah															
Kemampuan mandi	3	5	4															
Kemampuan ke toilet	3	5	3															
Kemampuan mempertahankan kebersihan	3	5	4															

<p>Rabu 23 Nov 2022</p>	<p>1</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan masih sulit menggerakkan pahanya</li> <li>- Klien mengatakan keluarga aktif dalam membantu klien</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengalami fraktur (pen patah)</li> <li>- Klien bersikap hati-hati</li> <li>- Klien menggunakan tongkat</li> <li>- Klien dibantu oleh keluarga untuk bergerak</li> <li>- Posisi klien berbaring ditempat tidur</li> </ul> <p>TD = 136/79 mmHg, N = 65 x/menit , RR = 20 x/menit , T = 36,3°C</p> <p>A :</p> <p>Masalah mobilitas fisik teratasi sebagian ditandai dengan:</p> <table border="1" data-bbox="691 884 1259 1088"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Sebelum</th> <th>Target</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pergerakan ekstermitas</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kekuatan otot</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1.2 Memonitor kondisi umum</li> <li>1.3 Memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu</li> <li>1.4 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi</li> <li>1.7 Mengajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan</li> </ul>	Indikator	Sebelum	Target	Sesudah	Pergerakan ekstermitas	3	5	4	Kekuatan otot	3	5	3	<p>04</p>
Indikator	Sebelum	Target	Sesudah												
Pergerakan ekstermitas	3	5	4												
Kekuatan otot	3	5	3												
	<p>2</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan masih nyeri pada paha kiri</li> </ul> <p>P : Nyeri paha kiri (pen patah)</p> <p>Q : Seperti berdenyut tajam</p> <p>R : Nyeri pada paha kiri</p> <p>S : Skala nyeri 2</p> <p>T : jika paha digerakkan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien meringis ketika pahanya digerakkan</li> <li>- Santagesik 3 x 1 gr/8 jam melalui iv</li> <li>- Terapi musik</li> <li>- Klien istirahat</li> </ul> <p>A:</p> <p>Masalah tingkat nyeri teratasi sebagian ditandai dengan:</p> <table border="1" data-bbox="691 1854 1232 1977"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Sebelum</th> <th>Target</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan Nyeri</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	Indikator	Sebelum	Target	Sesudah	Keluhan Nyeri	3	5	4	Meringis	3	5	3	<p>04</p>
Indikator	Sebelum	Target	Sesudah												
Keluhan Nyeri	3	5	4												
Meringis	3	5	3												

		<p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <p>2.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>2.4 Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri</p> <p>2.5. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>2.7 Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>																	
	3	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sudah mandi</li> <li>- Klien mengatakan ke toilet dibantu oleh keluarga</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien terlihat rapi dan segar</li> <li>- Klien dipegang oleh keluarga</li> </ul> <p>A :</p> <p>Masalah perawatan diri teratasi sebagian ditandai dengan :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>belum</th> <th>target</th> <th>udah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan mandi</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kemampuan ke toilet</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Kemampuan mempertahankan kebersihan</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Lanjutkan intervensi</p> <p>3.1 Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri</p> <p>3.5 Mendampingi dalam melakukan perawatan</p> <p>3.7 Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</p>	Indikator	belum	target	udah	Kemampuan mandi	3	5	4	Kemampuan ke toilet	3	5	3	Kemampuan mempertahankan kebersihan	3	5	4	04
Indikator	belum	target	udah																
Kemampuan mandi	3	5	4																
Kemampuan ke toilet	3	5	3																
Kemampuan mempertahankan kebersihan	3	5	4																

## B. Pembahasan

Dalam pembahasan ini, akan dibahas mengenai kesamaan dan perbedaan antara konsep teori dan studi kasus dalam memberikan asuhan keperawatan kepada Tn. Seorang individu yang mengalami fraktur femur dan sedang menjalani perawatan di Ruang Cempaka RS Abdul Wahab Syahrani Samarinda. Memberikan penjelasan mengenai pembahasan yang akan dijabarkan sesuai dengan urutan langkah-langkah dalam proses perawatan, antara lain memeriksa, menentukan masalah kesehatan, membuat rencana perawatan, melaksanakan tindakan yang direncanakan, dan mengevaluasi

hasilnya.

## 1. Pengkajian

Peneliti melakukan pengkajian secara langsung terhadap klien dan mengumpulkan data-data lain yang juga diambil dari catatan perawat atau rekam medis klien. Untuk mengumpulkan data, peneliti menggunakan beberapa Metode yang terdiri dari melakukan wawancara, observasi, dan melakukan pemeriksaan fisik yang meliputi pengecekan dari kepala hingga kaki pada klien. Dengan menggunakan berbagai teknik ini, data dapat dikategorikan menjadi data yang bersifat subjektif dan objektif. Penilaian dilakukan pada Senin 21 November 2022.

Menurut teori UT Sounthewester Medical Center, indikator patah tulang meliputi rasa sakit, hilangnya fungsi, perubahan bentuk atau deformitas, pemendekan anggota tubuh, dan perubahan warna.

Dari hasil tinjauan teori dan studi kasus didapatkan tanda dan gejala yang konsisten pada klien yaitu nyeri dan hilangnya fungsi. Hal ini terjadi akibat terputusnya kontinuitas tulang sehingga mengakibatkan hilangnya fungsi pada ekstremitas.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Tim Pokja IDDPP PPNI (2017), diagnosa keperawatan adalah evaluasi klinis terhadap reaksi klien terhadap problematika kesehatan atau perjalanan hidupnya, baik yang ada saat ini maupun yang mungkin terjadi pada masa yang akan datang. Pada klien yang mengalami patah tulang, terdapat 4 tantangan keperawatan yang akan



muncul dari segi konsep teoritis, Perfusi perifer tidak efektif b/d penurunan aliran arteri dan/atau vena (D.0009), Resiko syok b/d kekurangan volume cairan, Gangguan imobilitas fisik b/d nyeri (D.0054), dan nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis (D.0077).

Hasil penelitian pada Tn.L ditegakkan 3 masalah keperawatan yaitu gangguan mobilitas fisik, nyeri akut dan defisit perawatan diri. Dari 3 permasalahan dalam bidang keperawatan tersebut, terdapat 2 permasalahan yang sesuai dengan konsep teori gangguan mobilitas fisik dan nyeri akut. Sementara itu, 1 di antaranya tidak cocok dengan teori yang dijelaskan ialah defisit perawatan diri. Masalah keperawatan yang terjadi pada klien Tn.L antara lain:

a. Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan muskulokeletal (D.0054)

Munculnya masalah keperawatan berdasarkan konsep-konsep yang dijelaskan dalam buku SDKI. Gangguan mobilitas fisik dapat disebabkan oleh masalah pada sistem musculoskeletal akibat patah tulang di bagian paha sebelah kiri. Adapun data yang ditemukan berdasarkan kriteria mayor yaitu mengeluh sulit mengerakkan ekstermitas dan kekuatan otot menurun, sehingga peneliti dapat mengangkat masalah keperawatan pada klien Tn.L dengan gangguan mobilitas fisik. Peneliti mengangkat masalah ini karena terjadinya fraktur pada paha klien sehingga sulit untuk bergerak.

b. Nyeri akut b/d agen pencedera fisik (D.0077)

Masalah ini ditemukan berdasarkan teori yang terdapat di

dalam buku SDKI dengan penyebab agen pencedera fisik karena adanya nyeri pada fraktur paha kiri. Adapun data yang ditemukan berdasarkan tanda mayor yang sudah memenuhi untuk menegakkan masalah keperawatan nyeri akut yaitu mengeluh nyeri dan meringis. Peneliti mengangkat masalah ini karena adanya keluhan nyeri seperti berdenyut tajam di area fraktur paha kiri dengan skala nyeri 3, dirasakan jika paha digerakkan dan klien juga terlihat meringis menahan nyeri.

c. Defisit perawatan diri b/d gangguan muskuloskeletal (D.0109)

Masalah ini ditemukan berdasarkan teori yang terdapat di dalam buku SDKI dengan penyebab gangguan muskuloskeletal karena terjadi fraktur pada paha kiri. Adapun data yang ditemukan berdasarkan tanda mayor sudah memenuhi untuk menegakkan masalah keperawatan ini yaitu tidak mampu mandi dan ke toilet secara mandiri sehingga peneliti dapat mengangkat masalah keperawatan defisit perawatan diri. Peneliti mengangkat masalah ini karena klien sulit bergerak untuk melakukan perawatan diri secara mandiri.

3. Intervensi Keperawatan

Pada tahun 2018, Tim Pokja SIKI DPP PPNI mengungkapkan bahwa, intervensi keperawatan adalah langkah pengobatan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan penilaian medis dan pengetahuan yang bertujuan untuk meningkatkan, mencegah, dan memulihkan kondisi kesehatan individu, keluarga, serta masyarakat.

Pertama, diagnosa terkait gangguan mobilitas fisik b/d gangguan muskuloskeletal. Perencanaan dikerjakan sesuai teori dari buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Setelah permasalahan dalam bidang perawatan kesehatan yang diperlukan mobilitas fisik meningkat dengan melakukan intervensi : 1.1 Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, 1.2 Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi, 1.3 Fasilitasi aktivitas dengan alat bantu (mis.tongkat), 1.4 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi, 1.5 Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi, 1.6 Anjurkan melakukan ambulasi, 1.7 Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan.

Tindakan diberikan bertujuan agar dapat membantu klien dapat bergerak. Beberapa intervensi tidak diangkat secara keseluruhan karena beberapa intervensi yang ada di buku SIKI tidak dapat dilaksanakan dan tidak dimasukkan dalam proses perencanaan disebabkan tidak sesuai dengan tindakan yang diberikan pada klien.

Diagnosa kedua yaitu problem keperawatan nyeri akut b/d agen pencedera fisik. Perencanaan dibuat berdasarkan teori dari buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Setelah melakukan prosedur perawatan medis 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri berkurang dengan melakukan intervensi sebagai berikut: 2.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, 2.2 Monitor terapi yang akan diberikan (terapi musik), 2.3 Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi musik), 2.4 Fasilitasi istirahat dan tidur, 2.5

Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi relaksasi autogenik) dan 2.6 Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

Tindakan diberikan bertujuan agar mengetahui penyebab dan cara mengatasi nyeri yang dirasakan klien. Beberapa intervensi tidak diangkat secara keseluruhan karena intervensi yang diangkat disesuaikan dengan kebutuhan klien.

Diagnosa ketiga yaitu masalah keperawatan defisit perawatan diri b/d gangguan muskuloskeletal. Perencanaan dilakukan berdasarkan teori dari buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Dengan melaksanakan langkah-langkah perawatan yang telah direncanakan, diharapkan bahwa tingkat perawatan diri akan meningkat : 3.1 Identifikasi kebiasaan aktivitas diri perawatan diri, 3.2 monitor tingkat kemandirian, 3.3 Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri, 3.4 Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri, 3.5 Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.

Tindakan diberikan bertujuan agar mengetahui penyebab dan cara mengatasi perawatan diri. Beberapa intervensi tidak diangkat secara keseluruhan karena intervensi yang diangkat disesuaikan dengan kebutuhan klien.

#### 4. Implementasi keperawatan

Pelaksanaan perawatan merujuk pada tindakan yang dilakukan oleh perawat guna meningkatkan kesehatan pasien dan mencapai standar keberhasilan yang ditetapkan. Menyoroti betapa pentingnya

mengedepankan kebutuhan klien serta faktor-faktor lain yang memengaruhi perencanaan, pelaksanaan teknik perawatan, dan komunikasi dalam penerapan perawatan.

Perawatan dilaksanakan di ruangan Edelwis di Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Syahrani Samarinda. Pengaturan ini akan berlangsung mulai tanggal 21 November 2022 sampai dengan 23 November 2023.

a. Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan musculoskeletal.

Hari pertama diberikan tindakan antara lain: 1.1 Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, 1.2 Memonitor kondisi umum selama melakukan ambulasi, 1.3 Memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. Tongkat), 1.4 Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi, 1.5 Menjelaskan tujuan dan prosedur ambulasi, 1.6 Mengajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan. Setelah melakukan pemeriksaan pada hari pertama, diketahui klien memahami semua penjelasan yang diberikan. Hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa klien mengalami fraktur pada paha kiri, yang menyebabkan rasa nyeri dan kesulitan dalam bergerak. Selain itu, kondisi umum klien menunjukkan tekanan darah sebesar 130/89 mmHg, frekuensi nadi sebanyak 77 kali per menit, frekuensi pernapasan sebanyak 20 kali per menit, dan suhu tubuh sebesar 36,2°C.

Dihari kedua tanggal 22 November 2022 dilakukan tindakan antara lain: 1.1 Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik

lainnya, 1.2 Memonitor kondisi umum, 1.3 Memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu, 1.4 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi, 1.7 Mengajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan. Hasil tindakan dihari kedua didapatkan klien masih mengeluh nyeri dan sulit untuk menggerakkan pahanya dan hasil kondisi umum klien tekanan darah sebesar 130/80 mmHg dengan detak jantung sebanyak 80 kali permenit, napas sebanyak 20 kali permenit, dan suhu tubuh sebesar 36.1°C.

Tindakan di hari ketiga tanggal 23 2022 yaitu 1.1 Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, 1.2 Memonitor kondisi umum, 1.3 Memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu, 1.4 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi, 1.7 Mengajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan. Didapatkan tindakan dihari ketiga yaitu klien masih sulit untuk mengerakkan paha kirinya dan didapatkan hasil kondisi umum klien menunjukkan tekanan darah sebesar 136/79 mmHg, detak jantung sebesar 65 kali per menit, laju pernapasan sebesar 20 kali per menit, dan suhu tubuh sebesar 36,3°C.

b. Nyeri akut b/d agen pencedera fisik

Di hari pertama, berbagai tindakan dilakukan: 2.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, 2.2 Memonitor terapi yang akan diberikan (terapi musik) 2.4 Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

(terapi musik), 2.5 Memfasilitasi istirahat dan tidur, 2.6 Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi musik). Dari hasil tindakan dihari pertama yang diberikan yaitu klien mengerti dengan yang ajarkan dan didapatkan keluhan nyeri pada paha kiri seperti berdenyut tajam dengan skala 3 nyeri ketika paha digerakkan

Dihari kedua tanggal 22 November 2022 dilakukan tindakan antara lain:. 2.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, 2.4 Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi musik), 2.5 Memfasilitasi istirahat dan tidur, 2.7 Mengkolaborasi pemberian analgetik. Pada hari kedua, hasil tindakan menunjukkan bahwa pasien masih merasakan nyeri dalam paha kiri yang terasa seperti denyutan tajam dengan tingkat nyeri sebesar 3 dalam skala nyeri paha.

Tindakan di hari ketiga tanggal 23 November 2022 yaitu 2.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, 2.4 Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi musik), 2.5 Memfasilitasi istirahat dan tidur, 2.7 Mengkolaborasi pemberian analgetik. Dari hasil tindakan dihari ketiga didapatkan nyeri pada paha kiri berkurang dengan skala nyeri 2.

Tindakan yang lebih efektif antara tindakan farmakologis (santagesik) dan tindakan nonfarmakologis (terapi musik) adalah tindakan farmakologis (santagesik) karena dapat mengatasi nyeri akut pada klien, sedangkan untuk tindakan nonfarmakologis (terapi musik sebagai

tambahan untuk membuat saraf-saraf otak yang tegang karena rasa nyeri menjadi lebih rileks sehingga dapat mengurangi nyeri.

c. Defisit perawatan diri b/d gangguan muskuloskeletal

Pada hari pertama, dilakukan berbagai tindakan yang meliputi:

3.1 Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri, 3.2 Memonitor tingkat kemandirian. Dari hasil tindakan dihari pertama yaitu didapatkan klien tidak mandi karena sulit bergerak.

Dihari kedua tanggal 22 November 2022 dilakukan tindakan antara lain:. 3.1 Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri, 3.5 Mendampingi dalam melakukan perawatan, 3.7 Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan. Dari hasil tindakan dihari kedua didapatkan klien sudah mandi dan dibantu oleh keluarga.

Tindakan di hari ketiga tanggal 23 November 2022 yaitu 3.1 Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri, 3.5 Mendampingi dalam melakukan perawatan, 3.7 Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan. Dari hasil tindakan dihari ketiga didapatkan klien sudah mandi dan dibantu oleh keluarga

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi apakah tujuan yang diinginkan dari tindakan keperawatan telah tercapai, dan jika tidak, maka mencari pendekatan lain yang lebih efektif. Evaluasi dalam bidang perawatan merupakan cara untuk menilai sejauh mana pemberian



perawatan telah memenuhi kebutuhan individu pasien secara efektif (Tim penulis panduan perawatan, 2017).

Pada klien Ny.M didapatkan 4 masalah keperawatan dengan hasil evaluasi masalah teratasi sebagian yaitu gangguan mobilitas fisik, nyeri akut dan defisit perawatan diri.

Hasil evaluasi hari ketiga berdasarkan SOAP antara lain :

a. Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan musculoskeletal

S : - Klien mengucapkan masih sulit untuk mengerakkan pahanya

- Klien mengatakan keluarga aktif dalam membantu klien

O : - Klien mengalami fraktur (Pen patah)

- Klien bersikap hati-hati

A : Masalah mobilitas fisik teratasi sebagian

P : Lanjutkan intervensi

1.2 Memonitor kondisi umum

1.3 Memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu

1.4 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkat ambulasi

1.7 mengajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan

Dihari pertama tanggal 21 November 2022 didapatkan bahwa klien mengeluh sulit bergerak karna terjadinya fraktur dan dihari ketiga pada tanggal 23 November 2022 didapatkan hasil evaluasi pada klien bahwa masih sulit untuk mengerakkan pahanya sehingga didapatkan

masalah mobilitas fisik teratasi sebagian.

b. Nyeri akut b/d agen pencedera fisik

S : - Klien menyampaikan nyeri berkurang

- Klien menyampaikan lebih rileks setelah melakukan terapi musik

- P = Nyeri paha kiri (pen patah)

- Q = Seperti berdenyut tajam

- R = Nyeri pada paha kiri

- S = Skala nyeri 2

- T = jika paha digerakkan

O : - Klien terlihat lebih baik

- Klien lebih tenang setelah melakukan terapi musik

A : Masalah tingkat nyeri teratasi sebagian

P : Lanjutkan intervensi

2.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

2.4 Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri

2.5 Fasilitasi istirahat dan tidur

2.7 Kolaborasi pemberian analgetik

Dihari pertama tanggal 21 November 2022 didapatkan bahwa klien mengeluh nyeri pada paha kiri dan dihari ketiga pada tanggal 23 November 2022 didapatkan hasil evaluasi pada klien bahwa nyeri

berkurang sehingga didapatkan masalah tingkat nyeri teratasi sebagian.

c. Defisit perawatan diri b/d gangguan muskuloskeletal

- S : - Klien menyampaikan sudah mandi  
 - Klien menyampaikan ke toilet dibantu oleh keluarga
- O : - Klien terlihat rapi dan segar  
 - Klien menggunakan tongkat dan dipegang oleh keluarga
- A : Masalah perawatan diri teratasi sebagian
- P : Lanjutkan intervensi  
 3.1 Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri  
 3.5 Dampingi dalam melakukan perawatan  
 3.7 Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

Dihari pertama tanggal 21 November 2022 didapatkan bahwa klien belum ada mandi karena sulit untuk bergerak dan dihari ketiga pada tanggal 23 November 2022 didapatkan hasil evaluasi bahwa klien sudah mandi dibantu oleh keluarganya sehingga didapatkan masalah perawatan diri sebagian.