

**KARYA TULIS ILMIAH : STUDI KASUS**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST OP ORIF CLOSE FRAKTUR FEMUR* DEKSTRA 1/3 PROKSIMAL DENGAN MASALAH KEPERAWATAN ANSIETAS DI RUANG ASOKA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH JOMBANG**



**OLEH:**  
**SYAHRUL MUBAROK**  
**NIM : 141210038**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
INSAN CENDEKIA MEDIKA  
JOMBANG  
2017**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST OP CLOSE FRAKTUR FEMUR*  
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN ANSIETAS DI RUANG  
ASOKA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
JOMBANG**

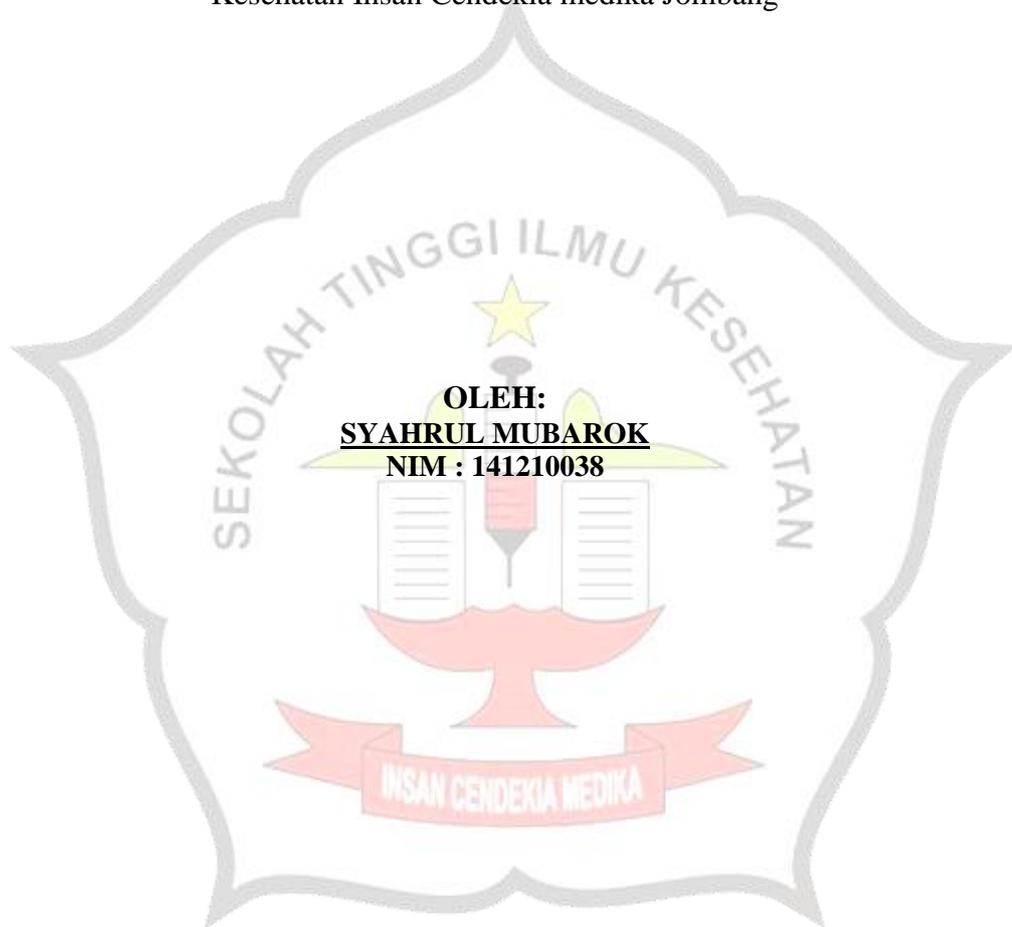


**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
INSAN CENDEKIA MEDIKA  
JOMBANG  
2017**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OP CLOSE FRAKTUR  
FEMUR DENGAN MASALAH KEPERAWATAN ANSIETAS  
DI RUANG ASOKA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
JOMBANG**

**KARYA TULIS ILMIAH**

diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan (A.Md.Kep) Pada Program Study Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia medika Jombang



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
INSAN CENDEKIA MEDIKA  
JOMBANG  
2017**

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Syahrul Mubarak  
NIM : 14.121.0038  
Tempat Tanggal Lahir : Gresik, 07 Februari 1996  
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Klien *Post Op Close*  
Fraktur Femur Dengan Masalah Keperawatan  
Ansietas

Menyatakan tugas akhir yang saya tulis ini benar – benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri, kecuali dalam bentuk kuipan yang disebutkan sumbernya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar – benarnya dan apabila pernyataan tidak benar maka saya bersedia mendapatkan sanksi.

Jombang, Mei 2017

Penulis

SYAHRUL MUBAROK

## LEMBAR PERSETUJUAN

Proposal Karya Tulis Ilmiah ini berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST OP CLOSE* FRAKTUR FEMUR DENGAN MASALAH KEPERAWATAN ANSIETAS DI RUANG ASOKA RSUD JOMBANG”.

Nama Mahasiswa : Syahrul Mubarak  
NIM : 14.121.0038  
Program studi : Diploma III Keperawatan

TELAH DISETUJUI KOMISI PEMBIMBING

Pada tanggal.....Mei 2017

Jombang, Mei 2017

**Imam Fatoni, S.K.M.,MM.**

**Pembimbing Utama**

Ketua STIKes ICMe

**Dwi Harianto, S.Kep.Ns.**

**Pembimbing Kedua**

Ketua Program Studi

DIII Keperawatan

**Mengetahui,**

**H. Bambang Tutuko,SH.,S.Kep.,Ns.,MH**

**Maharani Tri P. S.Kep.Ns. MM.**

## LEMBAR PENGESAHAN

Proposal Karya Tulis Ilmiah ini telah diajukan oleh :

Nama Mahasiswa : SYAHRUL MUBAROK  
NIM : 141210038  
Program Studi : Diploma III Keperawatan  
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Klien *Post Op Close*  
Fraktur Femur dengan Masalah Keperawatan  
Ansietas

Telah diuji di hadapan dewan penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada program studi Diploma III Keperawatan.

### Komisi Dewan Penguji

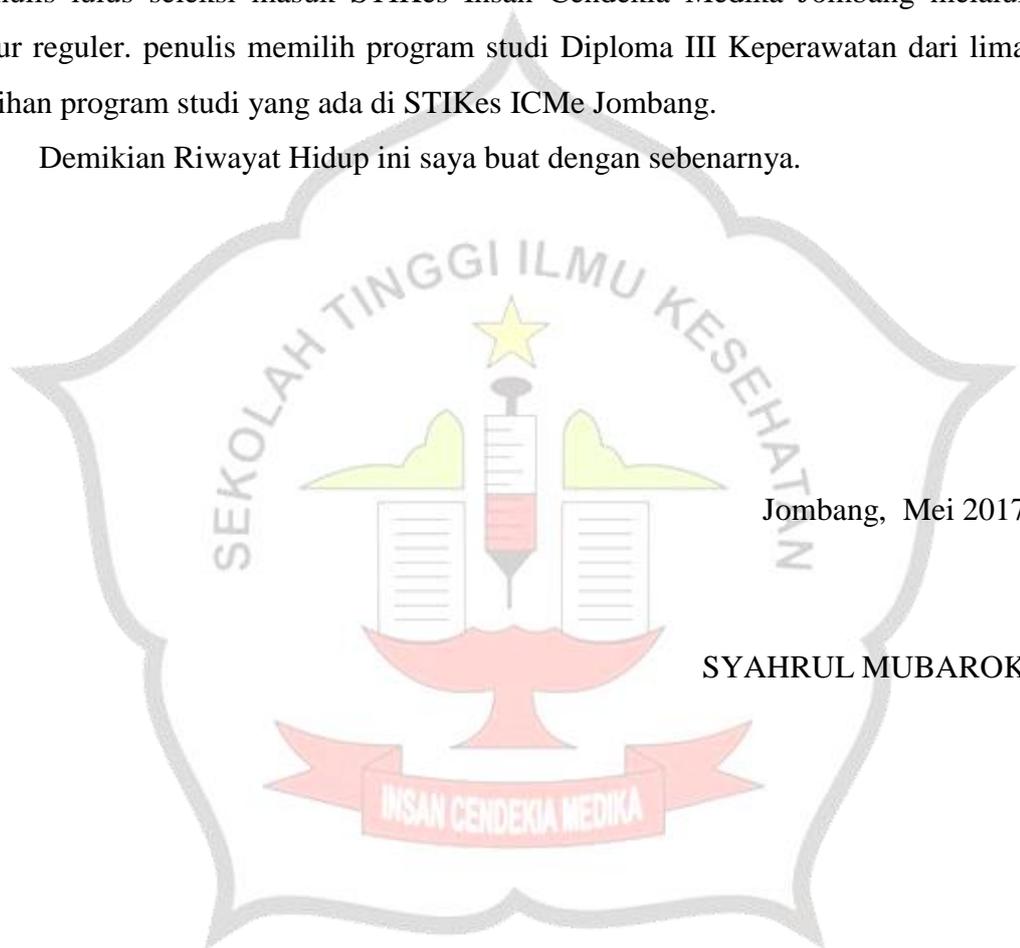
Penguji Utama : Dr. Hariyono, S.Kep.Ns., M.Kep. ( )  
Penguji Anggota I : Imam Fatoni, S.K.M.,MM. ( )  
Penguji Anggota II : Dwi Harianto, S.Kep.Ns. ( )

Pada tanggal :

## **RIWAYAT HIDUP**

Penulis dilahirkan di Gresik 07 Pebruari 1996 dari Ayah yang bernama Masnandar dan Ibu yang bernama Hidayatul Mufidah, penulis merupakan putra pertama dari tiga bersaudara, tahun 2008 penulis lulus dari MI/SD, tahun 2011 lulus dari MTs/SMP, pada tahun 2014 lulus dari SMA dan pada tahun 2014 Juga penulis lulus seleksi masuk STIKes Insan Cendekia Medika Jombang melalui jalur reguler. penulis memilih program studi Diploma III Keperawatan dari lima pilihan program studi yang ada di STIKes ICMe Jombang.

Demikian Riwayat Hidup ini saya buat dengan sebenarnya.



## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, atas rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Proposal karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Op Close Fraktur Femur Dengan Masalah Keperawatan Ansietas”.

Ucapan terima kasih juga saya sampaikan kepada Imam Fatoni, SKM.,MM selaku Pembimbing I, dan Dwi Harianto S.Kep.Ns selaku Pembimbing II, yang telah dengan sabar dan penuh perhatian memberikan bimbingan, arahan serta motivasi, sehingga proposal ini dapat terselesaikan.

Dalam penulisan Proposal karya tulis ilmiah ini penulis mendapat bantuan dari berbagai pihak untuk itu perkenankan saya menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada seluruh direksi, jajaran bidang keperawatan dan bagian DIKLAT Rumah Sakit Umum Daerah Jombang yang telah memberikan izin dan kesempatan serta fasilitas dalam pengambilan data awal penelitian, seluruh dosen, staf pendidikan, perpustakaan dan sekretariat Program studi D III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang, kedua orang tua terhebat saya, yang telah pengertian dan segala dukungan sehingga saya dapat menyelesaikan Proposal dan teman-teman D III Keperawatan yang selalu memberikan motivasi dan dukungan kepada penulis dalam menyelesaikan Proposal ini.

Semoga Allah SWT memberikan rahmat-Nya dan semua pihak yang telah memberikan kesempatan, dukungan dan bantuan menyelesaikan Proposal karya tulis ilmiah ini. Penulis menyadari bahwa Proposal ini masih jauh dari sempurna, tetapi penulis berharap Proposal ini dapat bermanfaat bagi profesi keperawatan.

Jombang, Mei 2017

Penulis

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL LUAR.....	i
HALAMAN JUDUL DALAM.....	ii
LEMBAR SURAT PERNYATAAN .....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iv
LEMBAR PENGESAHAN .....	v
RIWAYAT HIDUP.....	vi
KATA PENGANTAR .....	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR GAMBAR .....	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
DAFTAR SINGKATAN .....	xii
ABSTRAK.....	xiii
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Batasan Masalah .....	4
1.3. Rumusan Masalah .....	4
1.4. Tujuan Penelitian.....	5
1.5. Manfaat Penelitian.....	5
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1. Konsep Fraktur .....	6
2.2. Konsep Ansietas .....	19
2.3. Konsep Asuhan Keperawatan .....	29
<b>BAB III METODOLOGI PENELITIAN</b>	
3.1. Desain Penelitian.....	40
3.2. Batasan Karakteristik .....	40
3.3. Partisipan.....	41
3.4. Lokasi dan Waktu Penelitian .....	41
3.5. Pengumpulan Data .....	41
3.6. Uji Keabsahan Data .....	43
3.7. Analisa Data .....	43
3.8. Etika Penelitian .....	44
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN</b>	
4.1. Hasil .....	46
4.2. Pembahasan .....	61
<b>BAB V PENUTUP</b>	
5.1. Kesimpulan .....	71
5.2. Saran .....	73
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR TABEL

No.	Daftar Tabel	Hal.
2.1	Respon Fisiologis Terhadap Ansietas .....	22
2.3.4	Intervensi Keperawatan .....	36
4.1.2	Identitas Klien .....	46
4.1.3	Riwayat Penyakit .....	47
4.1.4	Pola Aktifitas Sehari – hari .....	48
4.1.5	Pemeriksaan Fisik .....	49
4.1.6	Pemeriksaan Penunjang .....	50
4.1.8	Analisa Data .....	52
4.1.9	Intervensi Keperawatan .....	54
4.1.10	Implementasi Keperawatan .....	56
4.1.11	Evaluasi Keperawatan .....	59



## DAFTAR GAMBAR

No.	Daftar Gambar	Hal.
2.1	Pathofisiologi Fraktur .....	16



## DAFTAR LAMPIRAN

No.Lampiran

Lampiran 1 Jadwal Kegiatan.....

Lampiran 2 Lembar Permohonan Responden.....

Lampiran 3 Lembar Persetujuan Responden.....

Lampiran 4 Format Pengkajian Keperawatan.....

Lampiran 5 Lembar Pre Survey data



## DAFTAR ARTILAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH



BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
CCT	: Creatinine Clearance Test
d.k.k	: Dan Kawan Kawan
DepKes	: Departemen Kesehatan
HRS-A	: <i>Hamilton Rating Scale of Anxiety</i>
IPPA	: Inspeksi Palpasi Perkusi Auskultasi
KID	: Koagulopati Intravaskuler Diseminata
LGS	: Lingkup Gerak Sendi
MRI	: <i>Magnetic Resonance Imaging</i>
MRS	: Masuk Rumah Sakit
OREF	: <i>Open Reduction External Fixation</i>
ORIF	: <i>Open Reduction Internal Fixation</i>
RI	: Republik Indonesia
ROM	: <i>Range of Motion</i>
RisKesDas	: Riset Kesehatan Dasar
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
WHO	: <i>World Health Organization</i>
WOD	: Wawancara Observasi Dokumentasi

## ABSTRAK

### **ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST OPERASI CLOSE FRAKTUR FEMUR* DENGAN MASALAH KEPERAWATAN ANXIETAS DIRUANG ASOKA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH JOMBANG**

Oleh :

**SYAHRUL MUBAROK**

Kasus kecemasan pada tindakan pasca pembedahan adalah kurangnya informasi tentang kondisi klien saat itu. Perawatan pasca pembedahan juga harus melakukan berbagai macam prosedur dan sistem perawatan yang di perlukan sesuai anjuran dari dokter atau perawat yang menanganinya dengan tujuan agar mencapai kesembuhan atau pemulihan yang optimal, tentunya ini semua akan bisa dilakukan jika pasien tidak mengalami suatu kecemasan. mengingat kepulihan klien dengan patah tulang dapat dengan maksimal jika klien kooperatif menjalani tahap – tahap latihan, perawatan yang pastinya membutuhkan psikologis yang stabil dan baik. Penelitian ini bertujuan untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami *Close Fraktur Femur*.

Kasus pada penelitian ini adalah studi kasus yang dilakukan di ruang Asoka RSUD Jombang. Penelitian ini dilakukan dengan cara melakukan Asuhan keperawatan pada 2 klien dengan post operasi close fraktur femur dengan pengkajian awal 24 jam pasca operasi dilakukan selama 3 hari.

Dari hasil implementasi yang dilakukan untuk menurunkan tingkat kecemasan pada dua klien close fraktur femur adalah dengan perencanaan penurunan tingkat kecemasan yang bertujuan mengurangi kecemasan yang dialami klien. Pengenalan penyebab kecemasan, dorongan untuk mengatasi kecemasan dan pendampingan keluarga adalah beberapa cara untuk mengurangi tingkat kecemasan.

Kesimpulan penelitian didapatkan mendampingi klien dan mendengarkan cerita dari klien yang berhubungan dengan keemasannya dengan penuh perhatian sangat mempengaruhi penurunan tingkat kecemasan.

**Kata kunci : *Post Op ORIF, Close Fraktur Femur Dextra 1/3 Proximal, Ansietas.***

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Indonesia merupakan negara berkembang yang tingkat mobilitas dan kebutuhan warganya terus meningkat dari tahun ke tahun, pastinya merasa kesulitan mengatur waktu karena waktu yang mereka miliki tidak sebanding dengan aktifitas dan kebutuhan yang harus mereka lakukan, akibatnya terburu buru dan kurangnya kehati-hatian dalam bergerak akan beresiko mencederai, begitu juga dengan peningkatan penggunaan transportasi. Masyarakat yang tinggal di perkotaan akan memilih kendaraan pribadi sebagai transportasinya, dengan alasan agar lebih praktis dalam memenuhi mobilitasnya, tanpa disadari arus lalu lintas akan semakin padat dan cenderung tidak teratur (Andriyati, 2013).

Kejadian iniumumnya memicu terjadinya kecelakaan bermotor yang juga menyebabkan cedera. Cedera yang sering kita jumpai dari kejadian tersebut adalah fraktur. Kasus ini sering terjadi di bagian kaki atau ekstremitas bawah. Fraktur pada ekstremitas bawah memiliki frekuensi sekitar 46,2% dari insiden lakalantas (WHO, 2011).

Tindakan pembedahan adalah tindakan yang akan dijalani setelah mengalami fraktur agar pemulihan cedera lebih cepat dan maksimal. Tindakan pembedahan akan memerlukan perawatan intensif dan berbagai macam perawatanpascapembedahan yang berpengaruhterhadaptingkatkecemasan klien (Indrawati, dkk 2013).

Kasus kecemasan pada tindakan pasca pembedahan adalah kurangnya informasi tentang kondisi klien saat itu. Perawatan pasca pembedahan juga harus melakukan berbagai macam prosedur dan sistem perawatan yang di perlukan sesuai anjuran dari dokter atau perawat yang menanganinya dengan tujuan agar mencapai kesembuhan atau pemulihan yang optimal, tentunya ini semua akan bisa dilakukan jika pasien tidak mengalami suatu kecemasan. Kecemasan akan mengakibatkan kegelisahan dan akan berujung pada ketidak patuhan dan ketidak fokusan pasien akan anjuran perawatan dan terapi yang klien dapat (Indrawati, dkk 2013).

WHO menyatakan pada tahun 2011 Kecelakaan lalu lintas di Dunia dinilai menjadi pembunuh terbesar ketiga, lebih dari 7 juta orang meninggal dikarenakan insiden kecelakaan dan sekitar 2 juta orang mengalami kecacatan fisik. Insiden kecelakaan yang memiliki prevalensi cukup tinggi yakni insiden fraktur ekstremitas bawah yakni sekitar 46,2% dari insiden kecelakaan yang terjadi.

Departemen Kesehatan RI tahun 2009 menyatakan sekitar 8 juta orang mengalami kejadian fraktur dengan jenis fraktur yang berbeda dan penyebab yang berbeda. 25% penderita fraktur yang mengalami kematian, 45% mengalami cacat fisik, 15% mengalami stress psikologis karena cemas bahkan depresi, dan 10% mengalami kesembuhan dengan baik. Kasus fraktur yang disebabkan oleh cedera antara lain karena jatuh, kecelakaan lalu lintas dan trauma benda tajam atau tumpul. Dari 45.987 peristiwa terjatuh yang mengalami fraktur sebanyak 1.775 orang, (3,8%), dari 20.829 kasus kecelakaan lalu lintas, yang mengalami fraktur sebanyak 1.770 orang

(8,5%), dari 14.127 trauma benda tajam/ tumpul, yang mengalami fraktur sebanyak 236 orang (1,7%).

Fraktur di Jawa Timur menduduki peringkat ke 6 dalam prevalensi nasional. Akibat jatuh (58,0%), Kecelakaan transportasi darat (25,9%), dan luka benda tajam (20,6%) Riskesdas, 2007. Sri Indah, dkk menyatakan di RSUD Jombang tahun 2013 terdapat sebanyak 689 kasus (fr. Femur: 108, fr. Clavicula: 89, fr. Radius: 70, fr. Tibia: 51, dan sebanyak 371 kasus fraktur lain), pada tahun 2014 sebanyak 742 kasus (fr. Femur: 108, fr. Clavicula: 53, fr. Radius: 80, fr. Humerus: 73, fr. Tibia: 129, dan sebanyak 299 kasus fraktur lain), sedangkan pada tahun 2015 (Januari-April) sebanyak 210 (fr. Femur: 28, fr. Clavicula: 29, fr. Radius: 16, fr. Humerus: 11, fr. Tibia: 27, dan sebanyak 99 kasus fraktur lain).

Depkes RI (2008) menjelaskan bahwa kelompok individu yang bekerja cenderung lebih cemas dibandingkan individu yang tidak bekerja karena kondisi fraktur pastinya akan mempengaruhi aktivitas pekerjaannya dikarenakan masa rehabilitasi dan masa penyembuhannya yang memakan waktu lama. Kelompok dibawah 30 tahun cenderung mengalami cemas yang lebih berat dibanding usia diatas itu karena usia di atas 30 tahun biasanya telah terbentuk mekanisme coping yang baik.

Kecemasan yang terjadi pada klien *post* operasi fraktur dapat berdampak pada proses penyembuhan klien, ketika kecemasan tidak segera ditangani maka akan berpengaruh terhadap lamanya proses penyembuhan karena menurut Roh, dkk ansietas atau kecemasan erat hubungannya dengan

proses rehabilitasi. Hal tersebut akan membuat proses *recovery* menjadi lebih lama (Maisyaroh, 2015).

Jika dilihat dari aspek psikologis klien akan merasakan cemas yang di akibatkan oleh kurangnya pengetahuan tentang perawatan *post* operasi yang akan di jalannya, dilihat dari aspek sosial kecemasan itu muncul karena klien akan kehilangan peranannya dalam keluarga, masyarakat dan lingkungan. (indrawati, dkk 2013).

Membantu pasien yang mengalami kecemasan pada pasien *post op close* fraktur bisa dengan memberikan kenyamanan, ketentraman hati dan pengalihan perhatian serta melakukan penyuluhan pendidikan kesehatan pada pasien tentang perawatan yang harus dijalani (indrawati, dkk 2013).

Berdasarkan latar belakang diatas penulis tertarik untuk mengambil kasus Asuhan Keperawatan medikal bedah dengan judul “Asuhan Keperawatan klien *post op close* fraktur Femur dengan masalah keperawatan Ansietas di ruang Asoka RSUD Jombang.

## **1.2. Batasan Masalah**

Asuhan keperawatan klien kasus *post op close* Fraktur Femur di Ruang Asoka RSUD Jombang.

## **1.3. Rumusan Masalah**

Bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien *post op close* Fraktur Femur di Ruang Asoka RSUD Jombang ?

## 1.4. Tujuan

### 1.4.1 Tujuan Umum

Melaksanakan Asuhan Keperawatan pada klien *post op close* Fraktur Femur di Ruang Asoka RSUD Jombang.

### 1.4.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian keperawatan pada klien *post op close* Fraktur Femur di Ruang Asoka RSUD Jombang.
2. Menentukan prioritasdiagnosa keperawatan pada klien *post op close* Fraktur Femur di Ruang Asoka RSUD Jombang.
3. Merencanakan tindakan keperawatan pada klien *post op close* Fraktur Femur di Ruang Asoka RSUD Jombang.
4. Melaksanakan perencanaan tindakan keperawatan pada klien *post op close* Fraktur Femur di Ruang Asoka RSUD Jombang.
5. Melaksanakan evaluasi tindakankeperawatan pada klien *post op close* Fraktur Femur di Ruang Asoka RSUD Jombang.

## 1.5. Manfaat

### 1.5.1 Manfaat Teoritis

Mengembangkan hasil penelitian terkait asuhankeperawatan pada klien *post op close* Fraktur Femur di ruang Asoka RSUD Jombang.

### 1.5.2 Manfaat Praktis

Mengembangkan dan meningkatkan mutu serta dijadikan bahan diskusiteman sejawat dalam mengembangkan asuhan keperawatan.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep Fraktur

##### 2.1.1. Definsi Fraktur

Fraktur adalah terputusnya kontinuitas jaringan tulang, yang biasanya disertai dengan luka sekitar jaringan lunak, kerusakan otot, ruptur tendon, kerusakan pembuluh darah, dan luka organ-organ tubuh dan ditentukan sesuai jenis dan luasnya, terjadinya fraktur jika tulang dikenai stress yang lebih besar dari yang besar dari yang dapat diabsorbsinya (Smeltzer& Bare, 2001).

Fraktur adalah patahnya tulang, yang biasanya dialami hewan kecil akibat kecelakaan, terjatuh dan luka (Bleby & Bishop, 2003).

Fraktur adalah setiap retak atau patah pada tulang yang utuh. Kebanyakan fraktur disebabkan oleh trauma dimana terdapat tekanan yang berlebihan pada tulang, baik berupa trauma langsung dan trauma tidak langsung (Sjamsuhidajat & Jong, 2005).

Fraktur atau patah tulang adalah terputusnya kontinuitas jaringan tulang atau tulang rawan yang umumnya disebabkan oleh rudapaksa (Mansjoer, 2007).

Fraktur femur adalah terputusnya kontinuitas batang femur yang bisa terjadi akibat trauma langsung dan biasanya lebih banyak dialami oleh laki laki dewasa (FKUI, 1995).

### 2.1.2. Etiologi

Menurut Sachdeva (1996), penyebab fraktur dibagi menjadi tiga yaitu :

1. Cedera traumatik pada tulang dapat di sebabkan oleh:
  - a. Cedera langsung atau pukulan langsung teradap tulang sehingga tulang patah secara spontan. Pemukulan biasanya menyebabkan fraktur melintang dan kerusakan pada kulit di atasnya.
  - b. Cedera tidak langsung berarti pukulan langsung berada jauh dari lokasi benturan, misalnya jatuh dengan tangan terjulur dan menyebabkan fraktur klavikula.
  - c. Fraktur yang di sebabkan kontraksi keras yang mendadak dari otot yang kuat.

#### 2. Fraktur patologik

Dalam hal ini kerusakan tulang akibat proses penyakit dimana dengan trauma minor dapat mengakibatkan fraktur. Dan dapat juga terjadi pada berbagai keadaan berikut:

- a. Tumor tulang (jinak atau ganas): pertumbuhan jaringan baru yang tidak terkendali dan progresif.
- b. Infeksi seperti *osteomyelitis*: dapat terjadi akibat infeksi akut atau dapat timbul sebagai salah satu proses yang progresif, lambat dan sakit nyeri.
- c. *Rakhitis*: suatu penyakit tulang yang disebabkan oleh defisiensi Vitamin D yang mempengaruhi semua jaringan yang lain, biasanya disebabkan oleh defisiensi diit, tetapi kadang kadang dapat terjadi

karena kegagalan absorpsi Vitamin D atau oleh karena asupan kalsium atau fosfat yang rendah.

- d. Secara spontan: disebabkan oleh stress tulang yang terus menerus misalnya pada penyakit polio dan orang yang bertugas dikemiliteran.

### 3. Fraktur stress

Fraktur yang terjadi akibat kekuatan atau tekanan yang berulang dan berlebihan.

#### 2.1.3. Klasifikasi Fraktur

- A. fraktur tertutup (*closed*), bila tidak terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar.
- B. Fraktur terbuka (*open/compound*), bila terdapat hubungan antara fragmen tulang dan dunia luar. Fraktur terbuka dibagi menjadi tiga derajat, yaitu:

##### Derajat I

- 1) Luka kurang dari 1 cm
- 2) Kerusakan jaringan lunak sedikit tidak ada tanda luka remuk.
- 3) Fraktur sederhana, *transversal*, *obliq* atau kumulatif ringan.
- 4) Konstaminasi ringan.

##### Derajat II

- 1) Laserasi lebih dari 1 cm.
- 2) Kerusakan jaringan lunak, tidak luas, avulse.
- 3) Frakturkomuniti sedang.

### Derajat III

Terjadi kerusakan jaringan lunak yang luas meliputi struktur kulit, otot dan *neurovaskular* serta kontaminasi derajat tinggi.

#### C. Fraktur *Complete*

Patah pada seluruh garis tengah tulang dan biasanya mengalami pergeseran (bergeser pada posisi normal).

#### D. Fraktur *incomplete*

Patah hanya terjadi pada sebagian dari garis tengah tulang.

#### E. Jenis khusus fraktur

##### a. Bentuk garis patah

- 1) Garis patah melintang
- 2) Garis patah *obliq*
- 3) Garis patah spiral
- 4) Fraktur kompresi
- 5) Fraktur avulsi

##### b. Jumlah garis patah

- 1) Fraktur komunitif garis patah lebih dari satu dan saling berhubungan.
- 2) Fraktur segmental garis patah lebih dari satu tetapi tidak saling berhubungan.
- 3) Fraktur *multiple* garis patah lebih dari satu tetapi pada tulang yang berlainan.

c. Bergeser tidak bergeser

Fraktur tidak bergeser garis patah komplis tetapi kedua fragmen tidak bergeser. Fraktur bergeser terjadi pergeseran fragmen fragmen fraktur yang juga disebut di lokasi fragmen. (Smeltzer & Bare, 2001).

2.1.4. Manifestasi Klinis

1. Deformitas

Daya tarik kekuatan otot menyebabkan fragmen tulang berpindah dari tempatnya, perubahan keseimbangan dan *contur* Terjadi seperti:

- a. Rotasi pemendekan tulang
- b. Penekanan tulang

2. Bengkak: edema muncul secara cepat dari lokasi dan tempat ekstravaksasidarah dalam jaringan yang berdekatan dengan fraktur.

- a. *Echumosis* dari perdarahan *Subculaneus*.
- b. Spasme otot dan spasme *involunters* dekat fraktur.
- c. Keempukan (*tenderness*).
- d. Nyeri mungkin terjadi oleh spasme otot yang berpindah tulang dari tempatnya dan kerusakan struktur di daerah yang berdekatan.
- e. Kehilangan sensasi (mati rasa, mungkin terjadi dari rusaknya syaraf dan perdarahan).
- f. Pergerakan abnormal.
- g. *Shockhipovolemik* hasil dari hilangnya darah.
- h. *Krepitasi*.

### 2.1.5. Patofisiologi

Patah tulang biasanya terjadi karena benturan tubuh, jatuh atau trauma. Baik itu karena trauma langsung misalnya: tulang kaki terbentur bumper mobil, atau tidak langsung misalnya: seseorang yang jatuh dengan telapak tangan menyangga. Juga bisa karena trauma akibat tarikan otot misalnya: patah tulang patela dan olekranon, karena otot trisep dan bisep mendadak berkontraksi (Doengoes, 2000).

Perdarahan biasanya terjadi di sekitar tempat patah dan ke dalam jaringan lunak sekitar tulang tersebut, jaringan lunak juga biasanya mengalami kerusakan. Reaksi peradangan biasanya timbul hebat setelah fraktur. Sel-sel darah putih dan sel *mast* berakumulasi menyebabkan peningkatan aliran darah setempat tersebut. Fagositosis dan pembersihan sisa-sisa sel mati dimulai. Di tempat patah terbentuk fibrin (hematoma fraktur) dan berfungsi sebagai jala-jala untuk melekatkan sel-sel baru. Aktivitas *osteoblast* terangsang dan terbentuk tulang baru imatur yang disebut kalus. Bekuan fibrin direabsorpsi dan sel-sel tulang baru mengalami *remodeling* untuk membentuk tulang sejati (Carpenito 2000).

*Insufisiensi* pembuluh darah atau penekanan serabut saraf yang berkaitan dengan pembengkakan yg tidak ditangani dapat menurunkan asupan darah ke ekstremitas dan mengakibatkan kerusakan saraf perifer. Bila tidak terkontrol pembengkakan dapat mengakibatkan peningkatan tekanan jaringan, oklusi darah total dapat berakibat anoksia jaringan yang mengakibatkan rusaknya serabut saraf maupun jaringan otot. Komplikasi ini dinamakan sindrom kompartemen (Smeltzer&Bare, 2001).

Tulang bersifat rapuh namun cukup mempunyai kekuatan dan gaya pegas untuk menahan tekanan. Tapi apabila tekanan eksternal yang datang lebih besar dari yang dapat diserap tulang, maka terjadilah trauma pada tulang yang mengakibatkan rusaknya atau terputusnya kontinuitas tulang sehingga menyebabkan nyeri. Setelah terjadi fraktur, *periosteum* dan pembuluh darah serta saraf rusak, maka akan mengakibatkan immobilisasi atau terbatasnya mobilitas fisik dan jaringan lunak yang membungkus tulang rusak yang disebut kerusakan integritas kulit. Perdarahan terjadi karena kerusakan tersebut, maka volume darah menurun. Tindakan pembedahan harus dilakukan untuk mempercepat penyembuhan pada kasus fraktur (Doengoes, 2000).

Tindakan pembedahan yang sering kita jumpai adalah ORIF dan OREF, pembedahan ini beresiko infeksi. Paska pembedahan ini juga memerlukan perawatan sehingga menimbulkan kecemasan pada pasien. Dengan dilakukannya tindakan ini maka jaringan tulang segera berdekatan ke bagian tulang yang patah dan kalus akan segera tumbuh. Kejadian inilah yang merupakan dasar dari proses penyembuhan tulang nantinya (Doenges, 2000).

*Open Reduction Interna Fixation (ORIF)* adalah fiksasi interna dengan pembedahan terbuka untuk mengistirahatkan fraktur dengan cara pembedahan untuk melakukan paku, screw atau pen kedalam tempat fraktur untuk menguatkan atau mengikat bagian bagian tulang yang fraktur secara bersamaan (Reeves, 2001).

*Open Reduction Externa Fixation* (OREF) adalah reduksi terbuka dengan fiksasi internal di mana prinsipnya tulang ditransfiksasikan di atas dan di bawah fraktur, sekrup atau kawat ditransfiksasi di bagian proksimal dan distal kemudian dihubungkan satu sama lain dengan suatu batang lain. Fiksasi eksternal digunakan untuk mengobati fraktur terbuka dengan kerusakan jaringan lunak. Alat ini memberikan dukungan yang stabil untuk fraktur kominitif (hancur atau remuk) (Reeves, 2001).

Komplikasi *post op* ORIF dan OREF :

a) Odema

Odema dapat terjadi karena adanya kerusakan pada pembuluh darah akibat di insisi, sehingga cairan yang melewati membrane tidak lancar dan terjadi akumulasi.

b) Nyeri

Nyeri dapat terjadi karena adanya rangsangan nociceptor akibat insisi dan adanya odema pada sekitar fraktur.

c) Keterbatasan LGS (lingkup gerak sendi)

Permasalahan ini timbul karena adanya rasa nyeri, odema dan kelemahan pada otot sehingga pasien tidak ingin bergerak dan beraktifitas. (Apley, 1995).

d) Resiko infeksi

Resiko infeksi kemungkinan terjadi karena kurangnya kesterilan dalam tindakan pembedahan dan perawatan luka *post op*.

### 2.1.6. Komplikasi Fraktur

#### 1. Syok

Syok hipovolemik akibat perdarahan dan kehilangan cairan ekstrasel ke jaringan yang rusak sehingga terjadi kehilangan darah dalam jumlah besar akibat trauma.

#### 2. *Mal union*

Gerakan ujung patahan akibat imobilisasi yang jelek menyebabkan mal union, sebab-sebab lainnya adalah infeksi dari jaringan lunak yang terjepit diantara fragmen tulang, akhirnya ujung patahan dapat saling beradaptasi dan membentuk sendi palsu dengan sedikit gerakan (*non union*).

#### 3. *Non union*

*Non union* adalah jika tulang tidak menyambung dalam waktu 20 minggu. Hal ini diakibatkan oleh reduksi yang kurang memadai.

#### 4. *Delayed union*

*Delayed union* adalah penyembuhan fraktur yang terus berlangsung dalam waktu lama dari proses penyembuhan fraktur.

#### 5. Tromboemboli, infeksi, kaogulopati intravaskuler diseminata (KID).

Infeksi terjadi karena adanya kontaminasi kuman pada fraktur terbuka atau pada saat pembedahan dan mungkin pula disebabkan oleh pemasangan alat seperti plate, paku pada fraktur.

#### 6. Emboli lemak

Saat fraktur, globula lemak masuk ke dalam darah karena tekanan sumsum tulang lebih tinggi dari tekanan kapiler. Globula lemak akan

bergabung dengan trombosit dan membentuk emboli yang kemudian menyumbat pembuluh darah kecil, yang memsaok ke otak, paru, ginjal, dan organ lain.

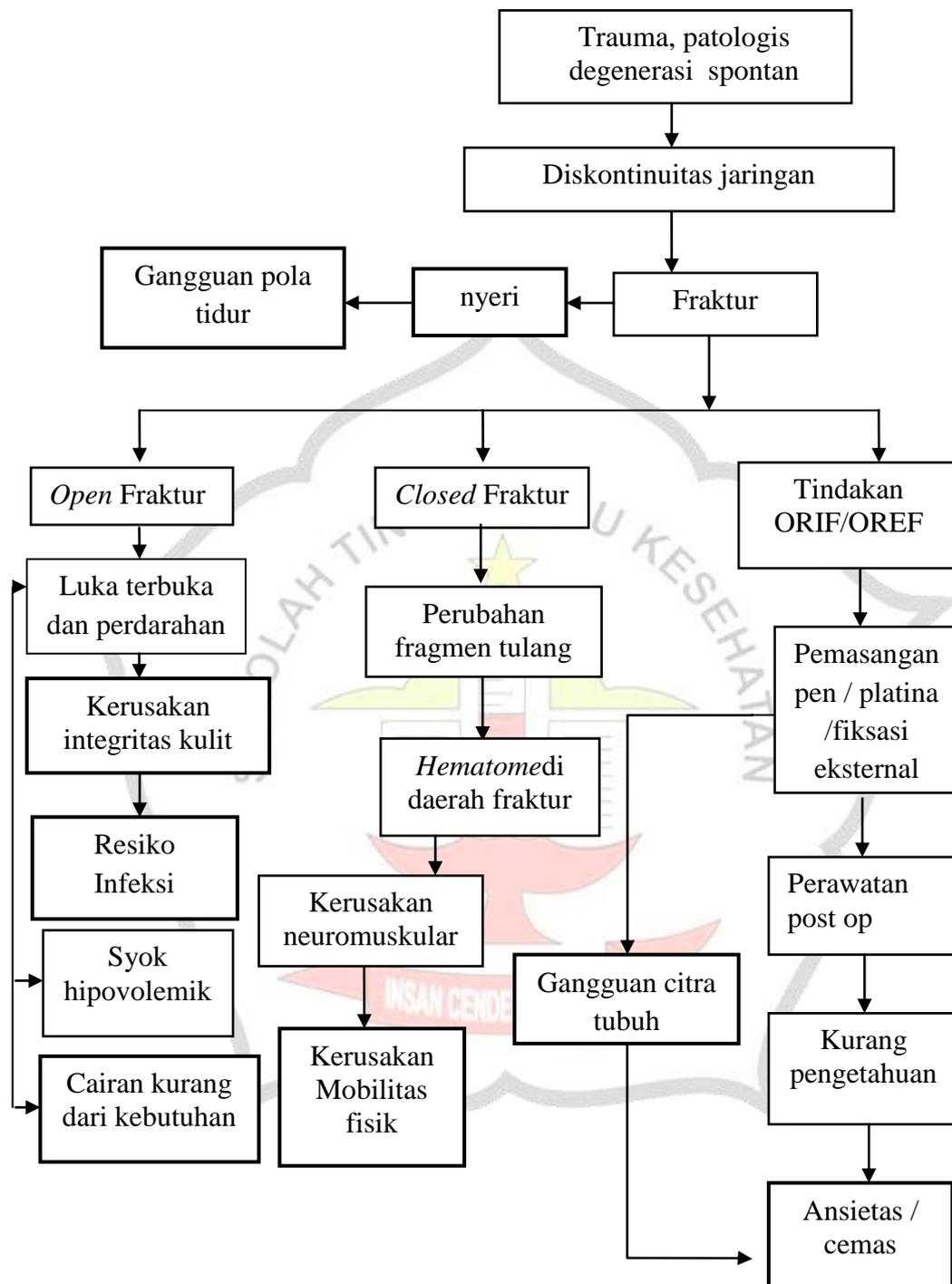
#### 7. Sindrom Kompartemen

Masalah yang terjadi saat perfusi jaringan dalam otot kurang dari yang dibutuhkan untuk kehidupan jaringan. Berakibat kehilangan fungsi ekstermitas permanen jika tidak ditangani segera.

#### 8. Cedera *vascular* dan kerusakan syaraf

Keadaan ini diakibatkan oleh adanya injuri atau keadaan penekanan syaraf karena pemasangan gips, balutan atau pemasangan traksi(Smeltzer & Bare, 2001).

## 2.1.7. Pathway



Gambar 2.1 : Patofisiologi Fraktur

### 2.1.8. Tahapan Penyembuhan Fraktur

Proses penyembuhan fraktur sendiri terdiri dari beberapa fase yaitu:

#### 1. Fase inflamasi

Terjadi respon tubuh terhadap cedera yang ditandai dengan adanya perdarahan dan pembentukan hematoma pada tempat patah tulang

- a. Dalam waktu 24 jam timbul perdarahan, edema dan hematoma disekitar fraktur
- b. Setelah 24 jam suplai darah disekitar fraktur meningkat.

#### 2. Fase granulasi jaringan/ proliferasi

Hematoma akan mengalami organisasi dengan membentuk benang-benang fibrin dan membentuk revaskularisasi dan invasi *fibroblast* dan *osteoblast*.

- a. Terjadi 1-5 hari setelah injuri
- b. hematoma berubah menjadi granulasi jaringan yang berisi pembuluh darah baru *fibroblast* dan *osteoblast*.

#### 3. Fase formasi kalus

Pertumbuhan jaringan berlanjut dan lingkaran tulang rawan tumbuh mencapai sisi lain sampai celah sudah terhubung.

- a. Terjadi 6-10 hari setelah injuri
- b. Granulasi terjadi perubahan berbentuk kalus

#### 4. Fase ossifikasi/ penulangan kalus

- a. Mulai pada 2-3 minggu setelah fraktur sampai dengan sembuh
- b. Kalus permanen akhirnya terbentuk tulang kaku dengan endapan garam kalsium yang menyatukan tulang yang patah.

## 5. Fase *consolidasi* dan *remodelling*

Dalam waktu lebih dari 10 minggu *callus* terbentuk dengan oksifitas *osteoblast* dan *osteuctas*

### 2.1.9. Penatalaksanaan Fraktur

#### 1. Pengobatan dan Terapi Medis

- a. Pemberian anti obat antiinflamasi.
- b. Obat-obatan narkose mungkin diperlukan setelah fase akut
- c. Obat-obat relaksan untuk mengatasi spasme otot
- d. Bedrest dan Fisioterapi

#### 2. Konservatif

Pembedahan dapat mempermudah perawatan dan fisioterapi agar mobilisasi dapat berlangsung lebih cepat. Penanganan fraktur dengan metode operatif adalah suatu bentuk operasi dengan pemasangan *OpenReduction Internal Fixatie* (ORIF).

ORIF adalah suatu bentuk pembedahan dengan pemasangan internal fiksasi pada tulang yang mengalami fraktur. Fungsi ORIF untuk mempertahankan posisi fragmen tulang agar tetap menyatu dan tidak mengalami pergeseran. Internal fiksasi ini berupa *Intra Medullary Nail* biasanya digunakan untuk fraktur tulang panjang dengan tipe fraktur tranvers. Maupun dengan pemasangan *Open ReductionExternal Fixatie* (OREF).

OREF adalah reduksi terbuka dengan fiksasi internal di mana prinsipnya tulang ditransfiksasikan di atas dan di bawah fraktur , sekrup atau kawat ditransfiksi di bagian proksimal dan distal kemudian

dihubungkan satu sama lain dengan suatu batang lain. Fiksasi eksternal digunakan untuk mengobati fraktur terbuka dengan kerusakan jaringan lunak . Alat ini memberikan dukungan yang stabil untuk fraktur kominutif ( hancur atau remuk ).

Prosedur pembedahan yang sering dilakukan pada pasien fraktur meliputi reduksi terbuka dengan fiksasi interna (ORIF) (Smeltzer& Bare,2001). Keuntungan Fiksasi Interna ini adalah tercapainya reposisi yang sempurna dan fiksasi yang kokoh dan mobilisasi dapat segera dilakukan ( Appley, 1995).

#### 2.1.10. Pemeriksaan Penunjang

1. *X.Ray* dilakukan untuk melihat bentuk patahan atau keadaan tulang yang cedera
2. *Bone scans*, tomogram atau MRI scans
3. Arteriogram : dilakukan bila ada kerusakan vaskuler
4. CCT dilakukan jika banyak kerusakan otot
5. Pemeriksaan darah lengkap

## 2.2. Konsep Ansietas

### 2.2.1. Definisi

Cemas adalah perasaan takut yang tidak jelas dan tidak didukung oleh situasi. Ketika merasa cemas, individu merasa tidak nyaman atau takut atau mungkin memiliki firasat akan ditimpa malapetaka padahal ia tidak mengerti mengapa emosi yang mengancam tersebut terjadi (Murwani, 2008). Sedangkan menurut Stuart (2007), ansietas adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti

dan tidak berdaya. Tidak ada objek yang dapat diidentifikasi sebagai stimulus cemas.

Cemas memiliki dua aspek yakni aspek yang sehat dan aspek membahayakan, yang bergantung dengan tingkat cemas, lama cemas yang dialami, dan seberapa baik individu melakukan koping terhadap cemas (Stuart, 2007).

Cemas dapat dilihat dalam rentang ringan, sedang, dan berat. Setiap tingkat menyebabkan perubahan emosional dan fisiologis pada individu (Videbeck, 2008).

Kecemasan adalah suatu perasaan takut yang tidak menyenangkan dan tidak dapat dibenarkan yang sering disertai dengan gejala fisiologis (Tomb, 2000).

Stuart (2007) mengatakan kecemasan adalah keadaan emosi yang tidak memiliki objek yang spesifik dan kondisi ini dialami secara subjektif. Cemas berbeda dengan rasa takut.

Takut merupakan penilaian intelektual terhadap sesuatu yang berbahaya. Cemas adalah respon emosional terhadap penilaian tersebut. Menurut Wignyoebroto, 1981 dikutip oleh Purba, dkk. (2009), takut mempunyai sumber penyebab yang spesifik atau objektif yang dapat diidentifikasi secara nyata, sedangkan cemas sumber penyebabnya tidak dapat ditunjuk secara nyata dan jelas.

Sedangkan Kecemasan adalah kondisi membingungkan yang muncul tanpa alasan dari kejadian yang akan datang. Kecemasan akan muncul pada keluarga yang salah satu anggota keluarganya sedang sakit. Bila salah satu

anggota keluarga sakit maka hal tersebut akan menyebabkan terjadinya krisis keluarga. Kecemasan merupakan respon yang tepat terhadap suatu ancaman, tetapi kecemasan dapat menjadi abnormal bila tingkatannya tidak sesuai dengan proporsi ancaman (Nevid, dkk 2005).

### 2.2.2. Tipe Ansietas

Maramis (1990) membagi kecemasan menjadi 3 bagian :

1. Kecemasan yang mengambang (*free floating anxiety*), kecemasan yang menyerap dan tidak ada hubungannya dengan suatu pemikiran.
2. Agitasi, kecemasan yang disertai kegelisahan motorik yang hebat.
3. Panik, serangan kecemasan yang hebat dengan kegelisahan dan kebingungan serta hiperaktifitas yang tidak terkontrol.

### 2.2.3. Penyebab Kecemasan

Beberapa teori penyebab kecemasan pada individu antara lain (Stuart dan Sundeen, 1998) :

#### 1. Teori Psikoanalitik

Menurut pandangan *psikoanalitik* kecemasan terjadi karena adanya konflik yang terjadi antara emosional elemen kepribadian, yaitu id dan super ego. Id mewakili insting, super ego mewakili hati nurani, sedangkan ego berperan menengahi konflik yang terjadi antara dua elemen yang bertentangan. Timbulnya kecemasan merupakan upaya meningkatkan ego ada bahaya.

#### 2. Teori Interpersonal

Menurut pandangan *interpersonal*, ansietas timbul dari perasaan takut terhadap adanya penolakan dan tidak adanya penerimaan interpersonal.

Ansietas juga berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan yang menimbulkan kelemahan fisik.

### 3. Teori Perilaku (Behavior)

Menurut pandangan perilaku, ansietas merupakan produk frustrasi yaitu segala Sesutu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan.

### 4. Teori Prespektif Keluarga

Kajian keluarga menunjukkan pola interaksi yang terjadi dalam keluarga. Kecemasan menunjukkan adanya pola interaksi yang mal adaptif dalam system keluarga.

### 5. Teori Perspektif Biologis

Kajian biologis menunjukkan bahwa otak mengandung reseptor khususnya yang mengatur ansietas, antara lain : benzodiazepines, penghambat asam amino butirik-gamma neroregulator serta endofirin. Kesehatan umum seseorang sebagai predisposisi terhadap ansietas.

Tabel 2.1 : **Respon Fisiologis Terhadap Ansietas**

<b>System Tubuh</b>	<b>Respon</b>
Kardiovaskuler	Palpitasi, tekanan darah meninggi, rasa mau pingsan, tekanan darah menurun, denyut nadi menurun, jantung seperti terbakar.
Pernafasan	Nafas cepat, nafas pendek, tekanan pada dada, nafas dangkal, pembengkakan pada tenggorok, sensasi tercekik, terengah-engah.
Neuromuskuler	Reflek meningkat, reaksi kejutan, mata berkedip-kedip, insomnia, tremor, rigiditas, wajah tegang, kelemahan umum, gerakan yang janggal.
Gastrointestinal Traktus	Kehilangan nafsu makan, menolak makan, abdomen <i>discomfort</i> , mual, diare.
Urinarius	Tidak dapat menahan kencing, sering kencing.
Kulit	Wajah kemerahan, telapak tangan berkeringat, gatal, rasa panas dan dingin pada kulit, wajah pucat.

Respon fisiologis terhadap ansietas (Stuart & Sundeen 1995)

#### 2.2.4. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala kecemasan yang ditunjukkan atau dikemukakan oleh seseorang bervariasi, tergantung dari beratnya atau tingkatan yang dirasakan oleh individu tersebut (Hawari, 2004). Keluhan yang sering dikemukakan oleh seseorang saat mengalami kecemasan secara umum menurut Hawari (2004), antara lain adalah sebagai berikut :

1. Gejala psikologis : pernyataan cemas/khawatir, firasat buruk, takut akan pikirannya sendiri, mudah tersinggung, merasa tegang, tidak tenang, gelisah, mudah terkejut.
2. Gangguan pola tidur, mimpi-mimpi yang menegangkan.
3. Gangguan konsentrasi daya ingat.
4. Gejala somatik : rasa sakit pada otot dan tulang, berdebar-debar, sesak nafas, gangguan pencernaan, sakit kepala, gangguan perkemihan, tangan terasa dingin dan lembab, dan lain sebagainya.

#### 2.2.5. Tingkat Kecemasan

Menurut Stuart (2006), ada empat tingkat kecemasan yang dialami oleh individu yaitu ringan, sedang, berat dan panik.

##### 1. Kecemasan Ringan

Dihubungkan dengan ketegangan yang dialami sehari-hari, individu masih waspada serta lapang presepsinya meluas, menajamkan indra. Dapat memotivasi individu untuk belajar dan mampu memecahkan masalah secara efektif dan menghasilkan pertumbuhan.

## 2. Kecemasan Sedang

Memungkinkan individu untuk berfokus pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain. Ansietas ini mempersempit lapang persepsi individu. Dengan demikian, individu mengalami tidak perhatian yang selektif namun dapat berfokus pada lebih banyak area jika diarahkan untuk melakukannya.

## 3. Kecemasan Berat

Lapangan persepsi individu sangat sempit. Individu cenderung berfokus pada sesuatu yang rinci dan spesifik serta tidak berpikir tentang hal lain. Semua perilaku ditunjukkan untuk mengurangi ketegangan. Individu tersebut memerlukan banyak arahan untuk berfokus area lain. Menurut Hawari (2004), tingkat kecemasan dapat diukur dengan menggunakan alat ukur (instrument) yang dikenal dengan nama *Hamilton Rating Scale for Anxiety* (HRS-A), yang terdiri dari 14 kelompok gejala, antara lain adalah sebagai berikut :

1. Perasaan cemas : cemas, firasat buruk, takut akan pikiran sendiri dan mudah tersinggung.
2. Ketegangan : merasa tegang, lesu, tidak dapat beristirahat dengan tenang, mudah terkejut, mudah menangis, gemetar dan gelisah.
3. Ketakutan : pada gelap, pada orang asing, ditinggal sendiri, pada binatang besar, pada keramaian lalu lintas dan pada kerumunan orang banyak.

4. Gangguan tidur : sukar untuk tidur, terbangun pada malam hari, tidur tidak nyenyak, bangun dengan lesu, banyak mimpi, mimpi buruk dan mimpi yang menakutkan.
5. Gangguan kecerdasan : sukar berkonsentrasi, daya ingat menurun dan daya ingat buruk.
6. Perasaan depresri (murung) : hilangnya minat, berkurangnya kesenangan pada hobi, sedih, terbangun pada saat dini hari dan perasaan berubah-ubah sepanjang hari.
7. Gejala somatik/ fisik (otot) : sakit dan nyeri di otot, kaku, kedutan otot, gigi gemerutuk dan suara tidak stabil.
8. Gejala somatik/ fisik (sensorik) : tinnitus (telinga berdenging), penglihatan kabur, muka merah atau pucat, merasa lemas dan perasaan ditusuk-tusuk.
9. Gejala kardiovaskuler (jantung dan pembuluh darah) : takikardi (denyut jantung cepat), berdebar-debar, nyeri di dada, denyut nadi mengeras, rasa lesu/ lemas seperti mau pingsan dan detak jantung menghilang/ berhenti sekejap.
10. Gejala *respiratori* (pernafasan) : rasa tertekan atau sempit di dada, rasa tercekik, sering menarik nafas pendek/ sesak.
11. Gejala *gastrointestinal* (pencernaan) : sulit menelan, perut melilit, gangguan pencernaan, nyeri sebelum dan sesudah makan, perasaan terbakar di perut, rasa penuh atau kembung, mual, muntah, BAB konsistensinya lembek, sukar BAB (konstipasi) dan kehilangan berat badan.

12. Gejala urogenital (perekmihan dan kelamin) : sering buang air kecil, tidak dapat menahan BAK, tidak datang bulan (tidak dapat haid), darah haid berlebihan, darah haid sangat sedikit, masa haid berkepanjangan, masa haid sangat pendek, haid beberapa kali dalam sebulan, menjadi dingin, ejakulasi dini, ereksi melemah, ereksi hilang dan impotensi.
13. Gejala autoimun : mulut kering, muka merah, mudah berkeringat, kepala pusing, kepala terasa berat, kepala terasa sakit dan bulu-bulu berdiri.
14. Tingkah laku/ sikap : gelisah, tidak tenang, jari gemetar, kening/ dahi berkerut, wajah tegang/ mengeras, nafas pendek dan cepat serta wajah merah.

#### 4. Panik

Suatu kondisi kecemasan yang sangat berat yang disertai dorongan untuk lari atau bersembunyi sewaktu menghadapi suatu kondisi yang dirasakan berbahaya atau mengancam.

#### 2.2.6. Rentang Respon Kecemasan

Menurut Stuart (2001), rentang respon individu terhadap cemas berfluktuasi antara respon adaptif dan maladaptive. Rentang respon yang paling adaptif adalah antisipasi dimana individu siap siaga untuk beradaptasi dengan cemas yang mungkin muncul. Sedangkan rentang yang paling maladaptive adalah panik dimana individu sudah tidak mampu lagi berespon terhadap cemas yang dihadapi sehingga mengalami gangguan fisik, perilaku

maupun kognitif. Respon adaptif respon maladaptif antisipasi ringan sedang berat berat sekali.

### 2.2.7. Tata Laksana Penurunan Tingkat Ansietas

Menurut Hawari (2008) penatalaksanaan ansietas pada tahap pencegahan dan terapi memerlukan suatu metode pendekatan yang bersifat holistik, yaitu mencakup fisik (somatik), psikologik, psikososial dan psikoreligius.

#### 1. Upaya meningkatkan kekebalan terhadap stress dengan cara :

- a. Makan-makanan yang bergizi dan seimbang
- b. Tidur yang cukup
- c. Cukup olahraga
- d. Tidak merokok
- e. Tidak meminum minuman keras
- f. Tidak psikofarmaka

#### 2. Terapi Psikofarmaka

Terapi Psikofarmaka adalah pengobatan untuk mengatasi cemas dengan memakai obat-obatan. Terapi yang sering dipakai adalah obat anti cemas (*anxiolytic*), seperti *diazepam*, *clobazam*, *bromazepam* dll.

#### 3. Terapi somatik

Gejala atau keluhan fisik (somatik) sering dijumpai sebagai gejala ikutan atau akibat dari kecemasan yang berkepanjangan. Untuk menghilangkan keluhan-keluhan somatik ini dapat diberikan obat-obatan yang ditujukan ada organ tubuh yang bersangkutan.

#### 4. Psikoterapi

Psikoterapi diberikan tergantung dari kebutuhan individu, antara lain :

- a. Psikoterapi suportif, untuk memberikan motivasi, semangat dan dorongan agar pasien yang bersangkutan tidak merasa putus asa dan diberikan keyakinan serta percaya diri.
- b. Psikoterapi re-edukaif, memberikan pendidikan ulang dan koreksi bila dinilai bahwa ketidakmampuan mengatasi kecemasan.
- c. Psikoterapi re-konstruktif, untuk memperbaiki kembali kepribadian yang telah mengalami goncangan akibat stressor
- d. Psikoterapi kognitif, untuk memulihkan fungsi kognitif pasien, yaitu kemampuan untuk berpikir secara rasional, konsentrasi dan daya ingat.
- e. Psikoterapi psiko-dinamik, untuk menganalisa dan menguraikan proses dinamika kejiwaan yang dapat menjelaskan mengapa seseorang tidak mampu menghadapi stressor psikososial sehingga mengalami kecemasan.
- f. Psikoterapi keluarga, untuk memperbaiki hubungan kekeluargaan, agar faktor keluarga tidak lagi menjadi faktor penyebab dan faktor keluarga dapat dijadikan sebagai faktor pendukung.
- g. Terapi Psikoreligius, untuk meningkatkan keimanan seseorang yang erat hubungannya dengan kekebalan dan daya tahan dalam menghadapi berbagai problem kehidupan yang merupakan stressor psikososial.

### 2.2.8. Manfaat Menurunkan Tingkat Ansietas Pada Post Op

Pada umumnya menurunkan tingkat stress dan kecemasan seseorang bermanfaat pada ketenangan hati, pola pikir dan terbebas dari resiko ancaman yang mungkin menjadi penyebab dari kecemasan yang dialaminya. Dalam kasus post op khususnya post op pembedahan fraktur femur penurunan tingkat kecemasan bertujuan agar pasien mengerti akan kondisi atau situasi yang kini dialami mengingat banyak hal yang harus diperhatikan dalam perawatan post op yang membutuhkan peran tenaga medis dan dari pasien itu sendiri untuk mencapai kesembuhan yang maksimal dan secepatnya (Smeltzer & Bare, 2001).

Program latihan mobilisasi juga memerlukan pasien yang kooperatif dan mempunyai pola fikir sehat serta optimis agar tujuan latihan dapat dicapai dengan maksimal. Agar pasien kooperatif dan mempunyai pola pikir optimis perlu kita jaga psikologi pasien agar tidak mengalami gangguan, salah satunya ansietas atau kecemasan (Smeltzer & Bare, 2001).

## 2.3. Konsep Asuhan Keperawatan

### 2.3.1. Pengkajian

#### A. Pengumpulan data

##### a. Identitas klien

Meliputi : Nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, diagnosa medis, no register dan tanggal MRS.

##### b. Keluhan utama

Biasanya klien mengeluh sakit (nyeri) pada daerah luka post op apabila digerakkan.

c. Riwayat penyakit dahulu.

Pada klien fraktur pernah mengalami kejadian patah tulang apa pernah mengalami tindakan operasi apa tidak.

d. Riwayat penyakit sekarang.

Pada umumnya penderita mengeluh nyeri pada daerah luka operasi.

e. Riwayat Penyakit keluarga.

Didalam anggota keluarga tidak ada yang pernah mengalami penyakit fraktur atau penyakit menular.

B. Pola-pola fungsi

a. Pola aktivitas dan latihan

Aktivitas dan latihan mengalami perubahan atau gangguan akibat adanya luka operasi sehingga perlu dibantu baik perawat maupun klien.

b. Pola tidur dan istirahat

Kebiasaan pola tidur dan istirahat klien mengalami gangguan yang disebabkan oleh nyeri luka post op.

c. Pola persepsi dan konsep diri

Setelah klien mengalami post op klien akan mengalami gangguan konsep diri karena perubahan cara berjalan akibat kecelakaan.

d. Pola sensori dan kognitif

Biasanya klien mengeluh nyeri yang disebabkan oleh adanya kerusakan jaringan lunak dan hilangnya darah serta cairan seluler ke dalam jaringan.

e. Pola tata nilai dan kepercayaan

Biasanya klien pada post op akan mengalami gangguan atau perubahan dalam menjalankan ibadahnya.

f. Pola nutrisi dan metabolisme

Pada klien fraktur harus mengkonsumsi nutrisi melebihi kebutuhan sehari-harinya seperti kalsium, zat besi, protein, vitamin C dan lainnya untuk membantu proses penyembuhan tulang. Evaluasi terhadap pola nutrisi klien bisa membantu menentukan penyebab masalah muskuloskeletal dan mengantisipasi komplikasi dari nutrisi yang tidak adekuat terutama kalsium atau protein dan terpapar sinar matahari yang kurang merupakan faktor predisposisi masalah muskuloskeletal terutama pada lansia. Selain itu juga obesitas juga menghambat degenerasi dan mobilitas klien.

g. Pola eliminasi

Untuk kasus fraktur tidak ada gangguan pada pola eliminasi, tapi walaupun begitu perlu juga dikaji frekuensi, konsistensi, warna serta bau feces pada pola eliminasi alvi. Sedangkan pada pola eliminasi urin dikaji frekuensi, kepekatannya, warna, bau, dan jumlah. Pada kedua pola ini juga dikaji ada kesulitan atau tidak.

h. Pola tidur dan istirahat.

Semua klien fraktur timbul rasa nyeri, keterbatasan gerak, sehingga hal ini dapat mengganggu pola dan kebutuhan tidur klien. Selain itu juga, pengkajian dilaksanakan pada lamanya tidur, suasana

lingkungan, kebiasaan tidur, dan kesulitan tidur serta penggunaan obat tidur (Doengos, 2002).

i. Pola aktivitas

Karena timbulnya nyeri, keterbatasan gerak, maka semua bentuk kegiatan klien menjadi berkurang dan kebutuhan klien perlu banyak dibantu oleh orang lain. Hal lain yang perlu dikaji adalah bentuk aktivitas klien terutama pekerjaan klien. Karena ada beberapa bentuk pekerjaan beresiko untuk terjadinya fraktur dibanding pekerjaan yang lain.

j. Pola hubungan dan peran

Klien akan kehilangan peran dalam keluarga dan dalam masyarakat, karena klien harus menjalani rawat inap.

k. Pola reproduksi seksual

Dampak pada klien fraktur yaitu, klien tidak bisa melakukan hubungan seksual karena harus menjalani rawat inap dan keterbatasan gerak serta rasa nyeri yang dialami klien. Selain itu juga, perlu dikaji status perkawinannya termasuk jumlah anak, lama perkawinannya.

l. Pola penanggulangan stress

Pada klien fraktur timbul rasa cemas tentang keadaan dirinya, yaitu ketidakutan timbul kecacatan pada diri dan fungsi tubuhnya. Mekanisme coping yang ditempuh klien bisa tidak efektif.

### 2.3.2. Pemeriksaan fisik

#### A. Keadaan umum:

Kesadaran penderita: apatis, sopor, koma, gelisah, compos mentis, tergantung pada keadaan klien. Kesakitan, keadaan penyakit: akut, kronik, ringan, sedang, berat dan pada kasus fraktur biasanya akut. Tanda-tanda vital tidak normal karena ada gangguan lokal baik fungsi maupun bentuk.

#### B. Kepala

Bentuk kepala : (simetris atau tidak), ada ketombe atau tidak, ada kotoran pada kulit kepala atau tidak, pertumbuhan rambut merata atau tidak, ada lesi atau tidak, ada nyeri tekan atau tidak.

#### C. Kulit

Warna kulit, turgor kulit cepat kembali atau tidak, ada lesi atau tidak, ada oedema atau tidak, ada peradangan atau tidak.

#### D. Pengelihatan

Bola mata (simetris atau tidak), pergerakan bola mata normal atau tidak, refleks pupil terhadap cahaya normal atau tidak, kornea (bening atau tidak), konjungtiva (anemis atau tidak), *sclera* ada ikterik/tidak, ketajaman pengelihatan normal atau tidak.

#### E. Penciuman dan hidung.

Bentuk (simetris atau tidak), fungsi penciuman (baik atau tidak), peradangan (ada atau tidak), ada polip atau tidak.

F. Pendengaran dan telinga.

Bentuk daun telinga (simetris atau tidak), letaknya (simetris atau tidak), peradangan (ada atau tidak), fungsi pendengaran (baik atau tidak), ada serumen atau tidak, ada cairan atau tidak.

G. Mulut.

Bibir (warnanya pucat, cyanosis atau merah), kering atau tidak, pecah atau tidak, Gigi (bersih atau tidak), gusi (ada darah atau tidak), tonsil (radang atau tidak), lidah (tremor atau tidak, kotor atau tidak), Fungsi pengecap (baik atau tidak), mukosa mulut (bagaimana warnanya), ada *stomatitis* atau tidak.

H. Leher.

Benjolan atau massa (ada atau tidak), ada kekakuan atau tidak, ada nyeri tekan atau tidak, pergerakan leher, (ROM) : bisa bergerak fleksi atau tidak, rotasi atau tidak, lateral fleksi atau tidak, hiper ekstensi atau tidak, tenggorokan : *ovula* (simetris atau tidak), kedudukan trakea (normal atau tidak), gangguan bicara (ada atau tidak).

I. Dada dan pernafasan.

Bentuk (simetris atau tidak), bentuk dan pergerakan dinding dada (simetris atau tidak), ada bunyi atau irama pernapasan seperti : teratur atau tidak, ada irama *kussmaul* atau tidak, *stridor* atau tidak, *wheezing* ada atau tidak, *ronchi* atau tidak, *pleural friction-Rub* atau tidak, ada nyeri tekan pada daerah dada atau tidak, ada atau tidak bunyi jantung tambahan seperti : Bunyi jantung I yaitu bunyi menutupnya katup

*mitral* dan *trikuspidalis*, BJ II yaitu bunyi menutupnya katup *aorta* dan *pulmonalis*, Bising jantung atau Murmur.

#### J. Abdomen

Bentuk (simetris atau tidak), datar atau tidak, ada nyeri tekan pada epigastrik atau tidak, ada peningkatan *peristaltic* usus atau tidak, ada nyeri tekan pada daerah suprapubik atau tidak, ada odem atau tidak.

#### K. Sistem reproduksi

Ada radang pada genitalia eksterna atau tidak, ada lesi atau tidak, siklus menstruasi teratur atau tidak, ada pengeluaran cairan atau tidak.

#### L. Ekstremitas bawah

Ada pembatasan gerak atau tidak, ada odem atau tidak, varises ada atau tidak, tromboflebitis ada atau tidak, nyeri atau kemerahan (ada atau tidak), tanda-tanda infeksi (ada atau tidak), ada kelemahan tungkai atau tidak.

### 2.3.3. Diagnosa Keperawatan

- 1) Nyeri berhubungan dengan kerusakan *neuromuscular*, gerakan fragmen tulang, edema,cedera jaringan lunak, pemasangan traksi, stres atau ansietas.
- 2) Ansietas berhubungan dengan pengetahuan tentang luka post op.
- 3) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri,pembengkakan,prosedur bedah,immobilisasi. terapi restriktif (immobilisasi).
- 4) Resiko infeksi berhubungan dengan bakteri yang masuk pada luka fraktur.

- 5) Gangguan integritas kulit berhubungan dengan fraktur terbuka, pemasangan traksi (pen,kawat, sekrup).
- 6) Gangguan citra tubuh berhubungan dengan pemasangan eksternal*fixation*.

#### 2.3.4. Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi
<p>Ansietas</p> <p>Definisi : perasaan tidak nyaman atau kekhawatiran yang samar disertai respon autonom (sumber seringkali tidakn spesifik atau tidak diketahui oleh individu) : perasaan takut yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya. Hal ini merupakan isyarat kewaspadaan yang memperingatkan individu akan adanya bahaya dan memampukan individu untuk bertindak menghadapi ancaman.</p> <p>Batasan Karakteristik.</p> <p>1. Perilaku</p> <p>a. Penurunan produktifitas.</p> <p>b. gerakan yang ireleven.</p> <p>c. Gelisah</p> <p>d. Melihat sepintas.</p> <p>e. Insomnia.</p> <p>f. Kontak mata yang buruk.</p> <p>g. Mengekspresikan kekhawatiran karena perubahan dalam peristiwa hidup.</p> <p>h. Agitasi.</p> <p>i. Mengintai.</p> <p>j. Tampak waspada.</p> <p>2. Afektif :</p> <p>a. Gelisah, distress.</p> <p>b. Kesedihan yang mendalam.</p>	<p>NOC</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kontrol kecemasan individu</li> <li>2. Penurunan Tingkat kecemasan</li> <li>3. Koping</li> </ol> <p>Indikator :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak dapat beristirahat.</li> <li>2. Berjalan mondar mandir.</li> <li>3. Meremas – remas lengan.</li> <li>4. Distress</li> <li>5. Perasaan gelisah.</li> <li>6. Otot tegang.</li> <li>7. Ekspresi wajah tegang.</li> <li>8. Iritabilitas.</li> <li>9. Tidak bias mengambil keputusan.</li> <li>10. Mengeluarkan rasa marah yang berlebihan.</li> <li>11. Sulit untuk berkonsentrasi.</li> <li>12. Sulit dalam belajar/memahami sesuatu.</li> <li>13. Sulit untuk menyelesaikan masalah.</li> <li>14. Serangan panic.</li> <li>15. Rasa takut yang disampaikan secara lisan.</li> <li>16. Rasa cemas yang disampaikan secara lisan.</li> <li>17. Perhatian yang berlebihan terhadap kejadian – kejadian dalam kehidupan.</li> <li>18. Peningkatan tekanan darah dan nadi.</li> </ol>	<p>NIC</p> <p>Pengurangan kecemasan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gunakan pendekatan yang menenangkan</li> <li>2. Nyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien.</li> <li>3. Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur</li> <li>4. Pahami prespektif pasien terhadap situasi stres.</li> <li>5. Temani pasien dengan tujuan memberikan keamanan dan mengurangi takut.</li> <li>6. Berikan informasi faktual terkait diagnosis, perawatan dan prognosis</li> <li>7. Dorong keluarga untuk menemani.</li> <li>8. lakukan usapan punggung dan dada secara benar.</li> <li>9. Dengarkan dengan penuh perhatian.</li> <li>10. Jauhkan peralatan perawatan dari pandangan klien</li> <li>11. Dorong aktifitas yang tidak kompetitif secara benar</li> <li>12. Puji dan kuatkan perilaku secara baik</li> <li>13. Ciptakan atmosfer rasa aman untuk meningkatkan kepercayaan</li> <li>14. Kontrol stimulus untuk kebutuhan klien secara tepat</li> <li>15. Pertimbangkan kemampuan klien dalam mengambil keputusan</li> <li>16. Identifikasi tingkat</li> </ol>

- 
- c. Ketakutan.
  - d. Perasaan tidak adekuat
  - e. Berfokus pada diri sendiri
  - f. Peningkatan kewaspadaan
  - g. Iritabilitas
  - h. Gugup, senang berlebihan
  - i. Perasaan nyeri yang meningkatkan ketidakterdayaan yang beresisten
  - j. Bingung, menyesal
  - k. Ragu, tidak percaya diri
17. Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan.
18. Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi.
19. Instruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi.
20. Berikan obat untuk mengurangi kecemasan.
3. Fisiologis
- a. Wajah tegang, tremor tangan
  - b. Peningkatan keringat
  - c. Peningkatan ketegangan
  - d. Suara bergetar
4. Simpatik
- a. Anoreksia.
  - b. Eksitasi kardiovaskular
  - c. Diare, mulut kering
  - d. Wajah merah
  - e. Jantung berdebar-debar
  - f. Peningkatan tekanan darah
  - g. Peningkatan denyut nadi
  - h. Peningkatan pernafasan, pupil melebar
  - i. Kesulitan bernafas
  - j. Lemah, kedutan pada otot.
5. Parasimpatik
- a. Nyeri abdomen
  - b. Penurunan tekanan darah
  - c. Penurunan denyut nadi
  - d. Diare mual vertigo
  - e. Letih, gangguan tidur
  - f. Kesemutan pada ekstremitas
  - g. Sering berkemih
-

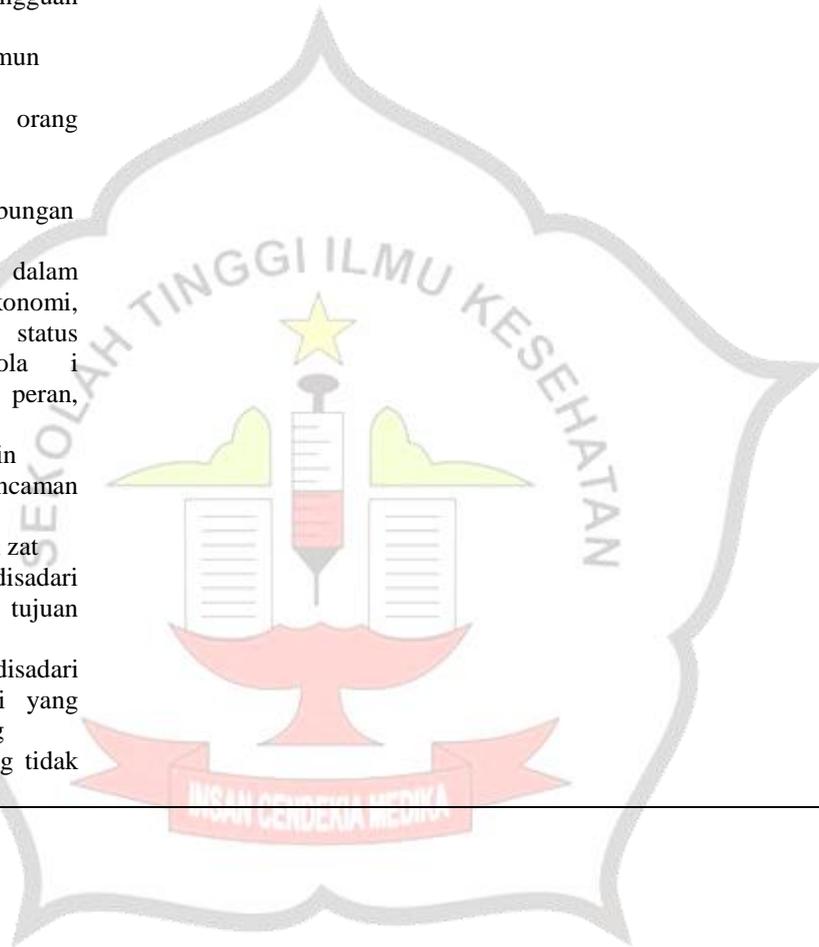
---

6. Kognitif

- a. Meyadari gejala fisiologis
- b. Penurunan lapang persepsi
- c. Kesulitan berkontraksi
- d. Penurunan kemampuan untuk belajar
- e. Penurunan kemampuan untuk mencegah masalah
- f. Lupa, gangguan perhatian
- g. Khawatir, melamun
- h. Cenderung menyalahkan orang lain

7. Faktor yang berhubungan

- a. Perubahan dalam (status ekonomi, lingkungan, status kesehatan, pola interaksi, fungsi peran, status peran)
- b. Pemajanan toksin
- c. Stres, ancaman kematian, penyalahgunaan zat
- d. Konflik tidak disadari mengenai tujuan penting hiidup
- e. Konflik tidak disadari mengenai nilai yang esensial penting
- f. Kebutuhan yang tidak dipenuhi

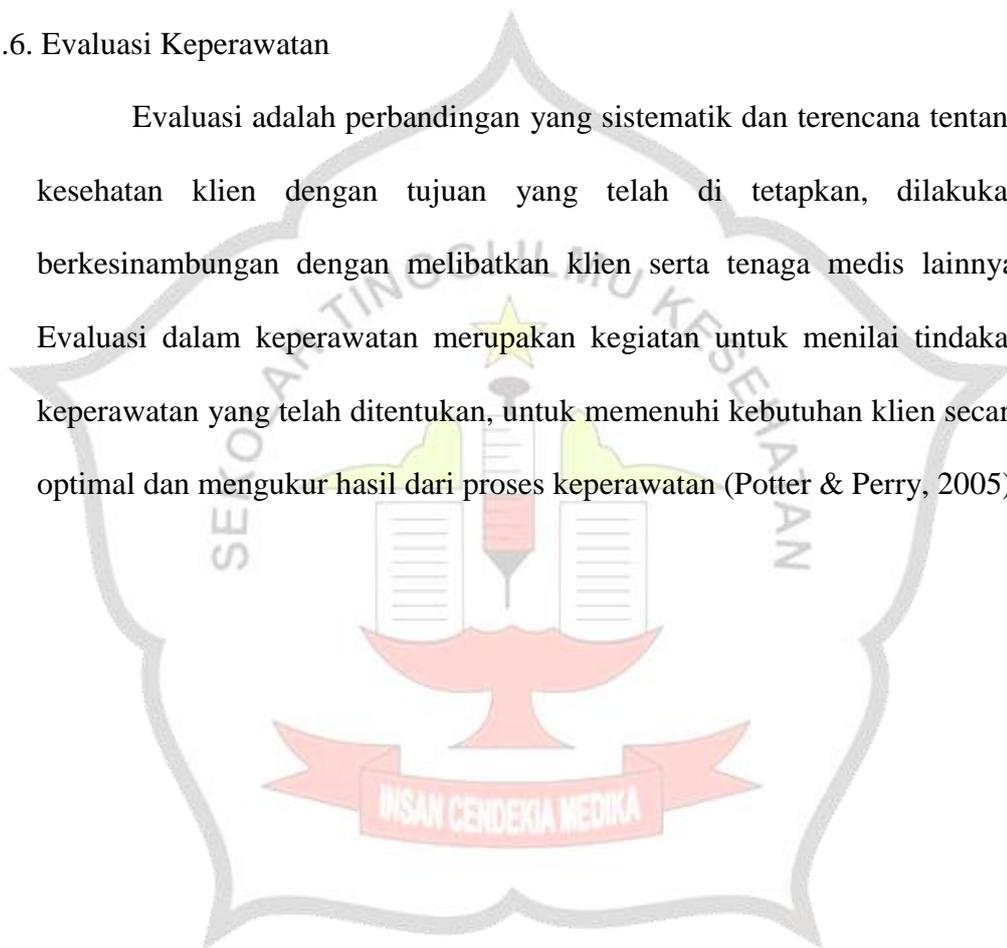


### 2.3.5. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang sesuai dengan intervensi atau perencanaan tindakan yang telah dibuat sebelumnya (Potter & Perry, 2005 ).

### 2.3.6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan berkesinambungan dengan melibatkan klien serta tenaga medis lainnya. Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan untuk menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk memenuhi kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan (Potter & Perry, 2005).



## BAB III

### METODE PENELITIAN

#### 3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah studi kasus. Penelitian studi kasus adalah penelitian yang mengeksplorasi suatu masalah keperawatan dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan sumber informasi. Penelitian studi kasus dibatasi waktu dan tempat, serta kasus yang dipelajari berupa peristiwa, aktiitas atau individu (Tri, dkk,2015). Dalam peneletian ini studi kasus digunakan untuk mengeksplorasi masalah Asuhan Keperawatan pada klien *post opclose* fraktur femur dengn masalah Ansietas di Ruang Asoka RSUD Jombang.

#### 3.2 Batasan Karakteristik

Untuk menghindari kesalahan dalam memahami judul penelitian, maka peneliti sangat perlu memberikan batasan istilah yang digunakan dalam penelitian ini sebagai berikut :

1. Asuhan keperawatan klien *post op close* fraktur femur adalah suatu proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung pada klien atau pasien yang mengalami masalah dimulai dari pengkajian (pengumpulan data, analisis data dan penentuan masalah) diagnosis keperawatan, pelaksanaan dan penilaian tindakan keperawatan (evaluasi).

2. Fraktur adalah terputusnya kontinuitas tulang yang di sebabkan oleh benturan baik langsung maupun tidak langsung
3. Masalah kecemasan atau Asietas adalah klien yang memiliki perasaan takut yang tidak jelas dan tidak didukung oleh situasi. Ketika merasa cemas, klien merasa tidak nyaman atau takut atau mungkin memiliki firasat akan ditimpa malapetaka padahal ia tidak mengerti mengapa emosi yang mengancam tersebut terjadi
4. RSUD Jombang adalah rumah sakit daerah atau kota kelas B yang merawat klien close fraktur femur dengan masalah Ansietas dalam penelitian ini.

### **3.3Partisipan**

Subyek yang digunakan dalam penelitian ini adalah 2 klien yang didiagnosa medis mengalami *post op close* fraktur femurdengan masalah Ansietas di Ruang Asoka RSUD Jombang. Klien yang dipilih adalah klien yang dirawat setelah 3-12 jam awal pasca operasi sampai pulang atau dirawat minimal 3 hari pasca operasi.

### **3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di ruang Asoka RSUD Jombang. mulai bulan Januari sampai selesai

### **3.5Pengumpulan Data**

Agar dapat diperoleh data yang sesuai dalam penelitian ini, sangatlah diperlukan teknik pengumpulan data. Adapun peneliti menggunakan teknik sebagai berikut:

### 1. Wawancara

Wawancara merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan melalui tatap muka dan tanya jawab langsung antara pengumpul data atau peneliti terhadap narasumber atau sumber data (Sekaran, 2006). Materi wawancara meliputi : anamneses berisi tentang identitas pasien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang – dahulu – keluarga yang lain lain sesuai dengan pedoman yang diungkap. Sumber data dari pasien, keluarga dan perawat lainnya.

### 2. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Observasi merupakan teknik pengumpulan data dengan cara observasi langsung atau pengamatan langsung adalah menggunakan data dengan menggunakan mata tanpa ada pertolongan standart alat lain untuk keperluan tersebut. (Sekaran, 2006). Pemeriksaan fisik ini dilakukan sebagaimana pemeriksaan fisik lainnya dan bertujuan mengevaluasi keadaan fisik klien secara umum serta melihat adakah indikasi penyakit lainnya selain penyakit musculoskeletal (Muttaqin, 2008). Dalam penelitian ini observasi menggunakan pendekatan IPPA yaitu : inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi pada sistem tubuh pasien.

### 3. Studi dokumentasi

Dokumentasi adalah mencari data mengenai hal hal atau variabel berupa catatan, transkrip, buku, surat kabar, majalah, prasasti, notulen rapat, legger, agenda dan sebagainya (Arikunto, 2010). Dalam penelitian ini dokumentasi berupa hasil dari pemeriksaan diagnostik dan data lain yang relevan.

### 3.6 Uji Keabsahan Data

Uji keabsahan data dimaksudkan untuk menguji kualitas data/informasi yang diperoleh dalam penelitian sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi. disamping integrias peneliti (karena peneliti menjadi instrumen utama), uji keabsahan data dilakukan dengan :

- 1) memperpanjang waktu pengamatan atau tindakan.
- 2) sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi dari tiga sumber data utama yaitu : pasien, perawat dan keluarga klien yang berkaitan dengan masalah yang diteliti.

### 3.7 Analisis Data

Analisis data dilakukan sejak peneliti dilapangan sewaktu pengumpulan data sampai semua data terkumpul. Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan demgan teori yang ada selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban jawaban dari penelitian yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah penelitian. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan oleh peneliti dibandingkan dengan teori yang ada sebagai bahan untuk memeberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut(Tri, dkk, 2015). Urutan dalam analisis data adalah :

### 1. Pengumpulan data.

Data dikumpulkan dalam bentuk WOD (wawancara, observasi, dokumen). Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan, dan evaluasi.

### 2. Mereduksi data dengan membuat koding dan kategori

Data hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip. Data yang terkumpul kemudian dibuat koding yang dibuat oleh peneliti dan mempunyai arti tertentu sesuai dengan topik penelitian yang diterapkan. Data objektif dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian dibandingkan nilai normal.

### 3. Penyajian data

Penyajian data dapat dilakukan dengan tabel, gambar maupun teks naratif. Kerahasiaan dari responden dijamin dengan jalan mengaburkan identitas dari responden.

### 4. Kesimpulan

Dari data yang di sajikan kemudian dibahas dan dibandingkan dengan penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan metode induksi.

## **3.8 Etik Penelitian**

Penelitian sesuai dengan etika penelitian. Peneliti menggunakan etika penelitian menurut Hidayat (2007) yaitu :

### 1. *Informed Consent*

bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan menjadi responden, yang diberikan sebelum penelitian. Peneliti sebelumnya telah menjelaskan tujuan penelitian dan pasien yang bersedia menjadi responden diminta untuk mengisi surat persetujuan responden serta menandatangani.

### 2. *Anonymity* (Tanpa Nama)

Memberikan jaminan dalam penggunaan subyek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data. Peneliti tidak mencantumkan nama responden dan hanya memberikan nomor responden berupa angka.

### 3. Kerahasiaan (*confidentiality*)

Semua informasi yang dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset. Peneliti menjaga semua informasi yang diberikan oleh responden dan tidak menggunakan informasi tersebut untuk kepentingan pribadi dan di luar kepentingan keilmuan.

## BAB IV

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### 4.1 Hasil.

##### 4.1.1 Gambaran Lokasi Pengumpulan Data.

Pada studi kasus ini penelitian dilakukan di Ruang Asoka Rumah Sakit Umum Daerah Jombang yang beralamat di Jl. KH. Wahid Hasyim No. 52 Kecamatan Jombang Kabupaten Jombang. RSUD Jombang adalah rumah sakit negeri kelas B. Ruang Asoka memiliki 5 kelas ruangan yang pertama ruang standart HCU utara dengan 11 bed, HCU selatan dengan 7 bed,, Ruang Intermediate Care dengan 4 bed, kelas 1 terdapat 4 bed, kelas 2 ada 4 bed dan kelas 3 ada 17 bed. Hampir semua kasus kecelakaan lalu lintas (KLL) khususnya yang akan dilakukan tindakan operasi, akan di rawat di ruang Asoka RSUD Jombang.

##### 4.1.2 Pengkajian

IDENTITAS KLIEN	KLIEN I	KLIEN II
Tanggal MRS	20 januari 2017	21 januari 2017
Tanggal Pengkajian	23 januari 2017	24 januari 2017
Jam Masuk	19:00 WIB	20:00 WIB
No. RM	200XXX	212XXX
Diagnosa Masuk	Close Fraktur Femur 1/3 Proksimal	Close Fraktur Femur 1/3 Proksimal
Nama	Sdr. I	Sdr. P
Umur	34 Tahun	27 Tahun
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SLTA	SLTA
Pekerjaan	Musisi / Drummer	Tukang Kayu
Status perkawinan	Menikah	Menikah
Alamat	Gedang sewu, Pare	Purwoasri , Kediri
Suku Bangsa	Jawa	Jawa

### 4.1.3 Riwayat Penyakit

Riwayat Penyakit	Klien I	Klien II
Keluhan Utama	Nyeri pada daerah paha kaki sebelah kanan setelah post operasi, klien tidak nafsu makan, klien sering berkeringat, klien tampak pucat dan gelisah.	Nyeri pada daerah paha kaki sebelah kanan setelah post operasi, klien tidak nafsu makan, klien sering berkeringat, klien tampak pucat dan gelisah.
Riwayat penyakit sekarang	Sdr. I mengalami kecelakaan sepeda motor pada pukul 17.00WIB tanggal 20 januari 2017 di daerah kabuh, kemudian klien dibawa ke RSUD plosodan dan di rujuk di RSUD Jombang dengan hasil observasi klien mengeluh nyeri seperti di tusuk – tusuk pada bagian paha kanan dengan skala nyeri 6 (nyeri sedang).	Sdr. P mengalami tabraklari di daerah plandi jombang oada tanggal 21 januari 2017 pukul 19.00 WIB, kemudian klien di bawa ke RSUD Jombang dengan hasil observasi klien mengeluh nyeri seperti di tusuk – tusuk pada paha kanan sampai pinggul, dengan skala nyeri 7 (nyeri sedang)
Riwayat penyakit dahulu	Keluarga klien mengatakan klien tidak memiliki riwayat penyakit kronik dan menular.	Keluarga klien mengatakan jika klien tidak memiliki riwayat penyakit kronik dan menular.
Riwayat penyakit keluarga	Keluarga Sdr. I mengatakan bahwa anggota keluarganya ada yang menderita penyakit yang di derita oleh klien pada saat ini.	Keluarga Sdr. P mengatakan bahwa anggota keluarganya ada yang menderita penyakit yang sedang di derita oleh klien saat ini.
Riwayat psikososial	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Respon klien terhadap penyakitnya : Sdr. I menganggap bahwa penyakitnya ini adalah cobaan dari tuhan.</li> <li>2. Pengaruh penyakit terhadap perannya di keluarga, masyarakat dan hobinya : Sdr. I hanya bisa berbaring di rumah sakit dan tidak bisa melakukan apa – apa, klien tidak bisa berkumpul dengan teman – teman nya juga, dan tidak bisa menjalankan hobinya sebagai musisi (drummer).</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Respon klien terhadap penyakitnya : Sdr. P menganggap bahwa penyakitnya ini adalah cobaan dari tuhan.</li> <li>2. Pengaruh penyakit terhadap perannya di keluarga, masyarakat dan pekerjaannya : Sdr. P hanya bisa berbaring di tempat tidur Rumah Sakit, klien tidak bisa melakukan aktifitas seperti biasanya, dan klien tidak bisa memenuhi tanggung jawab sebagai tulang punggung keluarganya.</li> </ol>

#### 4.1.4 Perubahan Pola Kesehatan.

Pola kesehatan.	klien I	Klien II
Pola Management kesehatan	Mengurangi tingkat kecemasan.	Mengurangi tingkat kecemasan
Pola Nutrisi	<p>Ketika sehat Sdr. I makan 3x sehari, jenis karbohidrat, protein dan serat dengan jumlah yang banyak, klien juga minum air mineral dengan jumlah <math>\pm 8</math> gelas/ hari.</p> <p>Ketika sakit Sdr. I makan 3x sehari dengan jenis makanan karbohidrat, serat dan protein dengan jumlah sedikit, Sdr. I juga minum air mineral <math>\pm 3-4</math> gelas/hari.</p>	<p>Ketika sehat Sdr. P makan 3xsehari dengan jenis makanan berkarbohidrat, berserat dan berprotein dengan jumlah yang banyak, klien juga minum air mineral dengan jumlah <math>\pm 8</math>gelas / hari.</p> <p>Ketika sakit Sdr. P makan 3xsehari dengan jenis makanan yang berkarbohidrat, berserat dan berprotein dengan jumlah sedikit, klien juga minum air mineral <math>\pm 3-4</math>gelas / hari.</p>
Pola Eliminasi	<p>Di rumah Sdr. I BAB 1x sehari dengan jumlah sedang, warna kuning khas, dan bau khas feses, BAK 5-6x/hari dengan jumlah sedang, warna dan bau khas urin.</p> <p>Di RS, Sdr. I klien belum pernah BAB, klien BAK dengan melalui selang kencing atau terpasang kateter, dengan warna dan bau khas urin, dengan jumlah <math>\pm 1200</math>CC</p>	<p>Di rumah Sdr. I BAB 1x sehari dengan jumlah sedang, warna kuning khas, dan bau khas feses, BAK 6-8x/hari dengan jumlah sedang, warna dan bau khas urin.</p> <p>Di RS, Sdr. I klien belum pernah BAB, klien BAK dengan melalui selang kencing atau terpasang kateter, dengan warna dan bau khas urin, dengan jumlah <math>\pm 1000</math>CC</p>
Pola Istirahat dan Tidur	<p>Di rumah, klien tidur <math>\pm 10</math> jam, 3 jam tidur di siang hari dan 7 jam di malam hari, klien bisa tidur dengan nyenyak dan bangun tidur badan terasa segar.</p> <p>Di RS, klien jarang bisa tidur, tidur terasa tidak nyenyak <math>\pm 5</math> jam, 1 jam di siang hari dan 4 jam di malam hari dan klien sering terbangun di tengah tidurnya.</p>	<p>Di rumah, klien tidur <math>\pm 8</math> jam, klien tidak tidur di siang hari dan 8 jam di malam hari, klien bisa tidur dengan nyenyak dan bangun tidur badan terasa segar.</p> <p>Di RS, klien jarang bisa tidur, tidur terasa tidak nyenyak <math>\pm 3</math> jam/ hari, 1 jam di siang hari dan 2 jam di malam hari dan klien sering terbangun di tengah tidurnya.</p>
Pola Aktifitas	<p>Ketika sehat (di rumah), klien melakukan aktifitas dengan mandiri.</p> <p>Ketika di RS, klien melakukan aktifitas dengan bantuan orang lain / keluarganya dan perawat.</p>	<p>Ketika sehat (di rumah), klien melakukan aktifitas dengan mandiri.</p> <p>Ketika di RS, klien melakukan aktifitas dengan bantuan orang lain / keluarganya dan perawat.</p>
Pola Reproduksi Seksual.	Ketika dirumah, klien memiliki waktu dengan istri setiap hari dan melakukan	Ketika dirumah, klien memiliki waktu dengan istri setiap hari dan melakukan

	<p>hubungan suami istri 1 minggu sekali.</p> <p>Ketika di RS, klien tidak ada waktu dengan istri dan klien tidak bisa melakukan hubungan suami istri.</p>	<p>hubungan suami istri 1 minggu 2x.</p> <p>Ketika di RS, klien tidak ada waktu dengan istri dan klien tidak bisa melakukan hubungan suami istri.</p>
Pola penanganan Stress	<p>Setiap kali ada masalah klien lebih memilih diam dan tidak mau bercerita, klien baru ingin bercerita jika ada yang menanyakan.</p>	<p>Setiap kali ada masalah klien tidak pernah menceritakan kepada siapapun. Tetapi klien memilih mengalihkan permasalahannya dengan bekerja.</p>

#### 4.1.5 Pemeriksaan Fisik Dan Observasi

Observasi	Klien I	Klien II
Tingkat Kesadaran	Compos mentis	Compos mentis
GCS	4,5,6	4,5,6
Tekanan Darah (TD)	150/90 mmHg	160/90 mmHg
Nadi (N)	112 x/menit	110 x/menit
Suhu (S)	36,8°C	37,2°C
Pernafasan (RR)	22 x/menit	22 x/menit
<b>Pemeriksaan Fisik</b>		
Kepala, Muka dan Leher	<p>Pada pemeriksaan ini di dapatkan : Rambut panjang sebahu, tebal, hitam, bentuk wajah simetris, wajah terlihat pucat, tidak ada nyeri tekan, reflek menelan tidak ada masalah.</p>	<p>Pada pemeriksaan ini di dapatkan : Rambut pendek, tebal, hitam, bentuk wajah simetris, tidak ada nyeri tekan ada luka babras di dagu, reflek menelan tidak ada masalah.</p>
Mata	<p>Kelopak mata tidak ada masalah, konjungtiva pucat karena sulit tidur, pupil isokor,reflek cahaya baik</p>	<p>Kelopak mata tidak ada masalah, konjungtiva pucat karena sulit tidur, pupil isokor,reflek cahaya baik</p>
Hidung dan Telinga	<p>Hidung simetris, tidak ada gangguan pendengaran, tidak ada nyeri tekan pada hidung maupun telinga.</p>	<p>Hidung simetris, tidak ada gangguan pendengaran, tidak ada nyeri tekan pada hidung maupun telinga.</p>
Thorak / Dada	<p>Dada simetris antara kanan dan kiri, tidak ada nyeri tekan pada dada, tidak ada odem pada dada.</p>	<p>Dada simetris antara kanan dan kiri, tidak ada nyeri tekan pada dada, tidak ada odem pada dada.</p>
Paru	<p>Irama nafas teratur, suara nafas vesikuler, tidak ada nyeri tekan, tidak ada suara tambahan seperti wheezing, ronkhi, snowring.</p>	<p>Irama nafas teratur, suara nafas vesikuler, tidak ada nyeri tekan, tidak ada suara tambahan seperti wheezing, ronkhi, snowring.</p>
Ginjal	<p>Tidak ada nyeri tekan pada ginjal, klien terpasang kateter, dengan produksi urin 1200 CC/</p>	<p>Tidak ada nyeri tekan pada ginjal, klien terpasang kateter, dengan produksi urin</p>

	hari, warna dan bau khas urin, dengan intake cairan oral $\pm$ 1800 CC/ hari	1000 CC/ hari, warna dan bau khas urin, dengan intake cairan oral $\pm$ 1200 CC/ hari
Abdomen	Simetris, tidak ada nyeri tekan pada abdomen, tidak ada pembesaran pada hepar, klien tidak terpasang NGT, klien mengeluh mual tetapi tidak muntah,	Simetris, tidak ada nyeri tekan pada abdomen, tidak ada pembesaran pada hepar, klien tidak terpasang NGT, klien mengeluh mual tetapi tidak muntah,
Ekstermitas, Persendian dan integumen.	Terpasang infus RL 7 Tpm di ekstermitas superior sinistra, pergerakan sendi terbatas karena adanya fraktur, terpasang tensocrup, tonus otot tangan kanan 5, tangan kiri 5, kaki kanan 1, kaki kiri 5, turgor kulit baik berkeringat tanpa sebab.,	Terpasang infus RL 7 Tpm di ekstermitas superior dekstra, pergerakan sendi terbatas karena adanya fraktur, terpasang tensocrup, tonus otot tangan kanan 5, tangan kiri 5, kaki kanan 1, kaki kiri 5, turgor kulit baik ,berkeringat tanpa sebab.,

#### 4.1.6 Pemeriksaan Penunjang.

##### Klien I

##### Pemeriksaan Laboratorium pada tanggal 26 februari 2017

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal.
<b>Hematologi</b>		
Darah lengkap otomatis		
Haemoglobin	14,4	11,4 – 17,7 g/dl
Leukosit	16,100	4.700 – 10.300 /cmm
Hematokrit	42,8	37 – 48 %
Eritrosit	4.850.000	L 4,5 – 5,5; P 4 – 5 jt/us
Trombosit	290.000	150.000 – 350.000/cmm
Hitung Jenis		
Eosinofil	-	1 – 3%
Basofil	-	
Batang	-	3 – 5 %
Segmen	64	50 – 650 %
Limfosit	31	25 – 35 %
Monosit	5	4 – 10 %

**Klien II****Pemeriksaan laboratorium pada tanggal 29 Februari 2017**

<b>Pemeriksaan</b>	<b>Hasil</b>	<b>Nilai Normal.</b>
<b>Hematologi</b>		
Darah lengkap otomatis		
Haemoglobin	10,5	11,4 – 17,7 g/dl
Leukosit	7.500	4.700 – 10.300 /cmm
Hematokrit	30,7	37 – 48 %
Eritrosit	3.660.000	L 4,5 – 5,5; P 4 – 5 jt/us
Trombosit	370.000	150.000 – 350.000/cmm
Hitung Jenis		
Eosinofil	-	1 – 3%
Basofil	-	
Batang	-	3 – 5 %
Segmen	63	50 – 650 %
Limfosit	28	25 – 35 %
Monosit	9	4 – 10 %

**4.1.7 Terapi****Klien I**

- a. Infus RL 7 Tpm
- b. Pemberian obat :
  1. Injeksi Ranitidin 1x3 amp (via IV) 1x250 mg
  2. Injeksi Ketorolac 1x3 amp (via IV) 1x250 mg
  3. Injeksi Ceftriaxone 1x3 vial (via IV) 1x250mg
  4. Lactulose 1x1 sendok makan (via Oral).

**Klien II**

- a. Infus RL 7 Tpm
- b. Pemberian obat :
  1. Injeksi Ranitidin 1x3 amp (via IV) 1x250 mg
  2. Injeksi Ketorolac 1x3 amp (via IV) 1x250 mg

3. Injeksi Ceftriaxone 1x3 vial (via IV) 1x250mg
4. Injeksi Mecobalamin 1x1 amp (via IV) 2x500 mg
5. Lactulose 1x1 sendok makan (via Oral)

#### 4.1.8 Analisa Data.

##### Klien I

Data	Etiologi	Masalah Keperawatan.
DS : Sdr. I mengatakan mengkhawatirkan sesuatu tetapi belum bisa menjelaskan. DO : 1. Wajah terlihat pucat dan tegang. 2. Klien tidak mau makan atau nafsu makan menurun. 3. Sering berkeringat tanpa sebab dan gelisah. 4. Dari observasi yang ada terdapat peningkatan tekanan darah dan nadi. 5. Klien terlihat susah untuk fokus. 6. Klien sulit untuk tidur. 7. TTV : a. Kesadaran : composmentis b. GCS : 4,5,6 c. TD : 150/90 mmHg. d. N : 112 x/menit. e. RR : 22 x/menit 8. Tonus otot : adanya fraktur di bagian paha sebelah kanan.	Kecelakaan lalu lintas. ↓ Trauma. ↓ Fraktur. ↓ ORIF. ↓ Perubahan status ↓ Ansietas.	Ansietas.
$\begin{array}{r l} 5 & 5 \\ \hline 1 & 5 \end{array}$		

## Klien II

Data	Etiologi	Masalah Keperawatan.
DS : Sdr. I mengatakan mengkhawatirkan sesuatu tetapi belum bisa menjelaskan. DO : 1. Wajah terlihat pucat dan tegang. 2. Klien tidak mau makan atau nafsu makan menurun. 3. Sering berkeringat tanpa sebab dan gelisah. 4. Dari observasi yang ada terdapat peningkatan tekanan darah dan nadi. 5. Klien terlihat susah untuk fokus. 6. Klien susah untuk tidur. 7. TTV : f. Kesadaran : composmentis g. GCS : 4,5,6 h. TD : 150/90 mmHg. i. N : 112 x/menit. j. RR : 22 x/menit 8. Tonus otot : terdapat fraktur di bagian paha sebelah kanan. $\begin{array}{r l} 5 & 5 \\ \hline 1 & 5 \end{array}$	Kecelakaan lalu lintas. ↓ Trauma. ↓ Fraktur. ↓ ORIF. ↓ Perubahan status ↓ Anxietas.	Anxietas.

### 4.1.9 Diagnosa Keperawatan.

1. Anxietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan.

#### 4.1.10 Intervensi Keperawatan.

##### Klien I

Diagnos Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
<p>Anxietas. Definisi : suatu perasaan gelisah yang tidak jelas dari ketidaknyamanan atas ketakutan yang disertai respon autonom.</p>	<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam di harapkan kecemasan yang di alami klien bisa berkurang. Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memiliki informasi untuk mengurangi rasa takut yang di alami.</li> <li>2. Menggunakan teknik relaksasi untuk mengurangi rasa takutnya.</li> <li>3. Mempertahankan hubungan sosial dan fungsi peran.</li> <li>4. Mengontrol respon takut.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gunakan pendekatan yang menenangkan.</li> <li>2. Nyatakan dengan jelas harapan terhadap klien.</li> <li>3. Jelaskan semua prosedur dan tindakan yang akan dilakukan.</li> <li>4. Temani klien untuk memberikan keamanan dan mengurangi rasa takut.</li> <li>5. Berikan informasi faktual mengenai diagnosis, tindakan dan prognosis.</li> <li>6. Dorong keluarga untuk menemani klien.</li> <li>7. Lakukan back /neck</li> <li>8. Dengarkan dengan penuh perhatian.</li> <li>9. Identifikasi tingkat kecemasan.</li> <li>10. Bantu klien mengenal situasi yang membuka kecemasan.</li> <li>11. Dorong klien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, dan persepsi.</li> <li>12. Instruksikan klien menggunakan teknik relaksasi.</li> </ol>

##### Klien II

Diagnos Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
<p>Anxietas. Definisi : suatu perasaan gelisah yang tidak jelas dari ketidaknyamanan atas ketakutan yang disertai respon autonom.</p>	<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam di harapkan kecemasan yang di alami klien bisa berkurang. Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memiliki informasi untuk mengurangi rasa takut yang di alami.</li> <li>2. Menggunakan teknik relaksasi untuk mengurangi rasa takutnya.</li> <li>3. Mempertahankan hubungan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gunakan pendekatan yang menenangkan.</li> <li>2. Nyatakan dengan jelas harapan terhadap klien.</li> <li>3. Jelaskan semua prosedur dan tindakan yang akan dilakukan.</li> <li>4. Temani klien untuk memberikan keamanan dan mengurangi rasa takut.</li> <li>5. Berikan informasi</li> </ol>

- 
- sosial dan fungsi peran.
4. Mengontrol respon takut.
    6. Dorong keluarga untuk menemani klien.
    7. Lakukan back /neck
    8. Dengarkan dengan penuh perhatian.
    9. Identifikasi tingkat kecemasan.
    10. Bantu klien mengenal situasi yang membuka kecemasan.
    11. Dorong klien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, dan persepsi.
    12. Instruksikan klien menggunakan teknik relaksasi.



#### 4.1.11 Implementasi Keperawatan.

##### Klien I

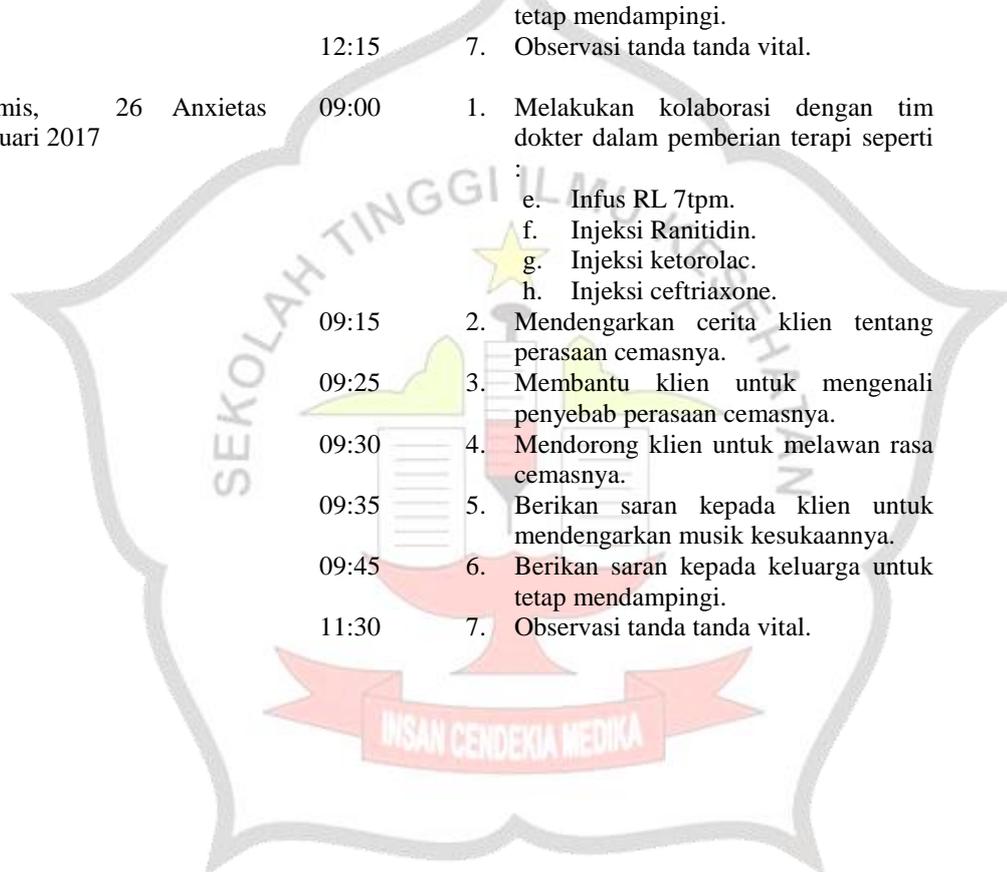
Hari/tanggal	Diagnosa	Waktu	Implementasi	Paraf
Senin, Januari 2017	23 Anxietas	08:00	Penurunan tingkat kecemasan :	
			1. Melakukan bina hubungan saling percaya kepada klien dengan cara memperkenalkan diri sebutkan nama dan tujuan tindakan.	
			2. Berperilaku sopan supaya klien merasa nyaman.	
		08:15	3. Melakukan pengkajian mengenai penyakit klien.	
		09:00	4. Melakukan kolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian terapi seperti :	
			a. Infus RL 7tpm.	
			b. Injeksi Ranitidin	
			c. Injeksi ketorolac.	
			d. Injeksi ceftriaxone.	
		09:30	5. Mengidentifikasi kecemasan dengan cara bertanya ke klien tentang apa yang di khawatirkan sekarang.	
		09:40	6. Mendorong klien agar dapat mengutarakan perasaan takutnya.	
		09:45	7. Mendengarkan apa yang di keluhkan klien dengan penuh perhatian.	
		10:00	8. Anjurkan klien untuk menutup mata dan atur pola nafas selama beberapa menit supaya klien merasa nyaman dan tenang.	
		10:05	9. Anjurkan keluarga senantiasa menemani klien.	
		12:00	10. Melakukan monitoring tanda – tanda vital seperti tekanan darah, nadi, suhu dan pernafasan.	
Selasa, januari 2017	24 Anxietas	09:00	1. Melakukan kolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian terapi seperti :	
			a. Infus RL 7tpm.	
			b. Injeksi Ranitidin.	
			c. Injeksi ketorolac.	
			d. Injeksi ceftriaxone.	
		10:00	2. Mendengarkan cerita klien tentang perasaan cemasnya.	
		10:15	3. Membantu klien untuk mengenali penyebab perasaan cemasnya.	
		10:20	4. Mendorong klien untuk melawan rasa cemasnya.	
		10:25	5. Berikan saran kepada klien untuk mendengarkan musik kesukaannya.	
			6. Berikan saran kepada keluarga untuk tetap mendampingi.	
		10:30	7. Observasi tanda tanda vital.	

Rabu, Januari 2017	25	Anxietas	09:00	1. Melakukan kolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian terapi seperti :
				a. Infus RL 7tpm.
				b. Injeksi Ranitidin.
				c. Injeksi ketorolac.
				d. Injeksi ceftriaxone.
			09:20	2. Mendengarkan cerita klien tentang perasaan cemasnya.
			09:40	3. Membantu klien untuk mengenali penyebab perasaan cemasnya.
09:55	4. Mendorong klien untuk melawan rasa cemasnya.			
10:00	5. Berikan saran kepada klien untuk mendengarkan musik kesukaannya.			
10:15	6. Berikan saran kepada keluarga untuk tetap mendampingi.			
11:00	7. Observasi tanda tanda vital.			

### Klien II

Hari/tanggal	Diagnosa	Waktu	Implementasi	Paraf
Selasa, Januari 2017	24	Anxietas	08:00	Penurunan tingkat kecemasan :
				1. Melakukan bina hubungan saling percaya kepada klien dengan cara memperkenalkan diri sebutkan nama dan tujuan tindakan.
				2. Berperilaku sopan supaya klien merasa nyaman.
			08:15	3. Melakukan pengkajian mengenai penyakit klien.
			09:00	4. Melakukan kolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian terapi seperti :
				a. Infus RL 7tpm.
				b. Injeksi Ranitidin.
				c. Injeksi ketorolac.
				d. Injeksi ceftriaxone.
			09:25	5. Mengidentifikasi kecemasan dengan cara bertanya ke klien tentang apa yang di khawatirkan sekarang.
09:40	6. Mendorong klien agar dapat mengutarakan perasaan takutnya.			
09:45	7. Mendengarkan apa yang di keluhkan klien dengan penuh perhatian.			
10:15	8. Anjurkan klien untuk menutup mata dan atur pola nafas selama beberapa menit supaya klien merasa nyaman dan tenang.			
10:20	9. Anjurkan keluarga senantiasa menemani klien.			
12:00	10. Melakukan monitoring tanda – tanda vital seperti tekanan darah, nadi, suhu dan pernafasan.			

Rabu, 25 januari 2017	Anxietas	09:00	1. Melakukan kolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian terapi seperti :
			a. Infus RL 7tpm.
			b. Injeksi Ranitidin.
			c. Injeksi ketorolac.
			d. Injeksi ceftriaxone.
		10:40	2. Mendengarkan cerita klien tentang perasaan cemasnya.
		10:45	3. Membantu klien untuk mengenali penyebab perasaan cemasnya.
	11:00	4. Mendorong klien untuk melawan rasa cemasnya.	
	11:00	5. Berikan saran kepada klien untuk mendengarkan musik kesukaannya.	
	11:10	6. Berikan saran kepada keluarga untuk tetap mendampingi.	
	12:15	7. Observasi tanda tanda vital.	
Kamis, 26 Januari 2017	Anxietas	09:00	1. Melakukan kolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian terapi seperti :
			e. Infus RL 7tpm.
			f. Injeksi Ranitidin.
			g. Injeksi ketorolac.
			h. Injeksi ceftriaxone.
		09:15	2. Mendengarkan cerita klien tentang perasaan cemasnya.
		09:25	3. Membantu klien untuk mengenali penyebab perasaan cemasnya.
	09:30	4. Mendorong klien untuk melawan rasa cemasnya.	
	09:35	5. Berikan saran kepada klien untuk mendengarkan musik kesukaannya.	
	09:45	6. Berikan saran kepada keluarga untuk tetap mendampingi.	
	11:30	7. Observasi tanda tanda vital.	



#### 4.1.12 Evaluasi Keperawatan.

##### Klien I.

Diagnosa Keperawatan	Evaluasi Hari ke – 1 (hari Senin, 23 Januari )	Evaluasi hari ke – 2 (hari Selasa, 24 Januari 2017)	Evaluasi hari ke – 3 (hari Rabu , 25 Januari 2017)
Anxietas	<p>S : Sdr. I mengatakan ada yang di khawatirkan tentang kesehatannya.</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien susah untuk fokus.</li> <li>2. Klien mengalami penurunan nafsu makan.</li> <li>3. Klien mengalami gangguan tidur.</li> <li>4. Nadi klien meningkat (114 x/ menit).</li> <li>5. TD klien meningkat (160/80 mmHg).</li> <li>6. Terpasang pen di tulang paha bagian kanan akibat kecelakaan 5 hari yang lalu.</li> <li>7. Klien terlihat gelisah.</li> <li>8. Klien mengatakan bahwa dia tidak seperti yang dulu.</li> <li>9. Klien cemas cemas akan kelanjutan karirnya sebagai pemain drum karena kakinya sudah tidak sekuat yang dulu lagi.</li> <li>10. Klien terpasang tensocrup di paha kanan.</li> <li>11. Klien terpasang DC Catheter.</li> </ol> <p>A : Masalah Anxietas belum teratasi.</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan.</p>	<p>S : Sdr. I mengatakan takut idak bisa menjalani kehidupan seperti dahulu lagi.</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengalami penurunan nafsu makan.</li> <li>2. Klien mengalami gangguan tidur.</li> <li>3. Nadi klien berangsur – angsur mulai normal (90 x/ menit).</li> <li>4. TD klien pun juga sudah mulai berada pada batas normal (140/80 mmHg).</li> <li>5. Terpasang pen di tulang paha bagian kanan.</li> <li>6. Klien tampak tenang dan relax.</li> <li>7. Klien terpasang tensocrup di paha kanan.</li> <li>8. Klien terpasang DC Catheter.</li> </ol> <p>A : Masalah Anxietas teratasi sebagian.</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan.</p>	<p>S : Sdr. I mengatakan ada yang di khawatirkan tentang kesehatannya.</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien sudah mau makan meskipun masih sedikit.</li> <li>2. Gangguan tidur klien berangsur – angsur mulai berkurang ditandai dengan klien bisa tidur ± 6 jam / hari.</li> <li>3. Nadi klien pada batas normal (85 x/ menit).</li> <li>4. TD klien masih dalam rentang tinggi (140/90 mmHg).</li> <li>5. Terpasang pen di tulang paha bagian kanan.</li> <li>6. Klien akan pasrah kepada tuhan atas apa yang akan terjadi pada karirnya setelah sembuh nanti.</li> <li>7. Klien terpasang tensocrup di paha kanan.</li> <li>8. Klien terpasang DC Catheter.</li> </ol> <p>A : Masalah Anxietas teratasi.</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>

## Klien II

Diagnosa Keperawatan	Evaluasi Hari ke – 1 (hari Selasa, 24 Januari 2017)	Evaluasi hari ke – 2 (hari Rabu, 25 Januari 2017)	Evaluasi hari ke – 3 (hari Kamis, 26 Januari 2017)
Anxietas	<p>S : Sdr. P mengatakan banyak pikiran yang membuat klien gelisah dan cemas</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ekspresi klien tampak gelisah.</li> <li>2. Klien susah untuk fokus.</li> <li>3. Klien sering melihat kakinya yang patah akibat kecelakaan.</li> <li>4. Klien mengalami gangguan tidur.</li> <li>5. TTV : Nadi 100 x/ menit, TD 150/90 mmHg.</li> <li>6. Klien mengatakan mencemaskan sesuatu tetapi tidak tahu apa yang dia khawatirkan.</li> </ol> <p>A : Masalah Anxietas belum teratasi.</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan.</p>	<p>S : Sdr. P mengatakan sedang memikirkan pekerjaannya.</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ekspresi klien tampak gelisah.</li> <li>2. Klien susah untuk fokus.</li> <li>3. Nafsu makan klien menurun.</li> <li>4. Pola tidur klien hanya 3 jam / hari.</li> <li>5. Klien belum bisa menjelaskan apa yang dicemaskan.</li> <li>6. TTV : Nadi 105 x/ menit,</li> <li>7. TD 140/80 mmHg.</li> </ol> <p>A : Masalah Anxietas belum teratasi.</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan.</p>	<p>S : Sdr. P mengatakan apakah masih sanggup kah klien tetap memenuhi kebutuhan keluarganya dengan kondisi kaki yang terpasang pen.</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ekspresi klien tampak mulai variatif.</li> <li>2. Klien mulai bisa mengontrol diri dengan berusaha fokus.</li> <li>3. Nafsu makan klien masih tetap menurun.</li> <li>4. Pola tidur klien masih tetap 3 – 4jam / hari.</li> <li>5. TTV : Nadi 92 x/ menit,</li> <li>6. TD 130/80 mmHg.</li> <li>7. Klien mulai bisa mengatakan penyebab kecemasannya.</li> </ol> <p>A : Masalah Anxietas teratasi sebagian.</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan.</p>

## 4.2 Pembahasan.

Pada bab ini perbandingan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus yang disajikan untuk menjawab tujuan khusus. Setiap temuan perbedaan diuraikan dengan konsep pembahasan diisi dengan mengapa dan bagaimana. Urutan penulisan berdasarkan paragraf adalah F – T- O (fakta – teori - opini). Isi pembahasan sesuai dengan tujuan khusus yaitu :

### 4.2.1 Pengkajian.

Pada tinjauan kasus, pengkajian yang dilakukan peneliti pada Tn. I yang mengalami Close Fraktur Femur Dekstra 1/3 Proksimal dengan Masalah Keperawatan Ansietas. Setelah dilakukan tindakan operasi ORIF dan pemasangan platina, saat pemeriksaan tidak ditemukan luka babras atau lesi pada anggota tubuh, kecuali pada bagian paha klien yang mengalami patah tulang, paha kanan klien terpasang tensocrup dan serta klien juga terpasang kateter, klien tampak gelisah dilihat dari ekspresi wajahnya. Hasil observasi tanda – tanda vital klien yaitu : tekanan darah : 150/90 mmHg ; Nadi : 112 x / menit ; Suhu : 36,8°C ; RR : 22 x/menit. Sedangkan pada Tn. P , saat pengkajian tidak jauh berbeda dengan Tn. I . Tn. P juga mengalami Close Fraktur Femur Dekstra 1/3 Proksimal dengan Masalah Keperawatan Ansietas, setelah dilakukan tindakan pembedahan, ditandai dengan ekspresi wajah klien gelisah dan sering menelan ludah, klien juga mengalami gangguan pola tidur dan pola makan. Klien juga terpasang platina pada luka operasi dan terpasang DC kateter. Hasil observasi tanda – tanda vital klien yaitu

: tekanan darah : 160/90 mmHg ; Nadi : 110 x / menit ; Suhu : 37,2°C ;  
RR : 22 x/menit.

Gambaran umum menurut Hawari, 2004. setelah dilakukan pengkajian atau observasi, psikologis klien yang setelah didapat dari data obyektif dan subyektif kedua klien mengalami Anxietas, didapat dari ungkapan klien yang mengatakan sedang memikirkan sesuatu atau mengkhawatirkan sesuatu yang ada hubungannya dengan kondisinya sekarang yang baru saja mengalami patah tulang atau fraktur. Data obyektif juga ditemukan bahwa klien mengalami anxietas karena waktu pengkajian dan observasi tanda – tanda vital klien mengalami peningkatan serta terjadi gangguan pola tidur sehari – hari.

Menurut peneliti berdasarkan fakta dan teori memiliki kesamaan terutama dalam pemeriksaan psikologis klien mulai dari tanda dan gejala yang menunjukkan adanya masalah Anxietas pada klien.

Pemeriksaan penunjang dalam kasus ini berupa laboratorium dan foto rontgen tulang, dalam foto rontgen terlihat jelas bahwa Tn. I dan Tn. P sama – sama mengalami patah tulang di bagian paha kanan atas (fraktur femur dekstra 1/3 proksimal), sedangkan pada pemeriksaan laboratorium di dapati hasil yang berbeda antara Tn. I dan Tn. P. Hasil laboratorium pada klien Tn. I yaitu pada pemeriksaan hematologi yang meliputi kadar haemoglobin 14,4 g/dl, kadar leukosit 16.100 /cmm, hematokrit 42,8 %, eritrosit 4.850.000 / us, trombosit 290.000 /cmm, limfosit 31 %, dan kadar monosit 5 %. Sedangkan pada pemeriksaan hematologi pada klien Tn. P yaitu kadar haemoglobin 10,5 g/dl, kadar

leukosit 7.500 /cmm, hematokrit 30,7 %, eritrosit 3.660.000 / us, trombosit 370.000 /cmm, limfosit 28 %, dan kadar monosit 9 %.

#### 4.2.2 Diagnosa Keperawatan.

Dalam studi kasus ini diagnosa keperawatan yang muncul sesuai dengan teori yaitu *Anxietas* berhubungan dengan *perubahan status kesehatan*. karena saat pengkajian didapatkan data – data yang mengarah pada gangguan psikologis yaitu *anxietas*.

Menurut Smeltzer & Bare, 2001. diagnosa yang muncul pada fraktur femur adalah *Anxietas* berhubungan dengan *perubahan status kesehatan*.

Menurut peneliti berdasarkan fakta dan teori, klien yang mengalami fraktur tentu pasti mengalami *ansietas* dikarenakan dengan adanya patang tulang klien akan berfikir tentang kepulihannya, mengingat pentingnya fungsi tulang bagi tubuh, itulah yang mengakibatkan rasa cemas atau *Anxietas* pada klien yang mengalami fraktur.

#### 4.2.3 Intervensi Keperawatan.

Intervensi yang diberikan kepada klien I dan II dengan masalah *Anxietas* berhubungan dengan *perubahan status kesehatan* yaitu penurunan tingkat kecemas atau *Anxiety Reduction*.

Menurut Bulechek, 2013. Intervensi yang paling utama dalam diagnosa *Anxietas* adalah *Anxiety Reduction* atau penurunan kecemasan yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan kecemasan klien menurun dengan kriteria hasil tanda –

tanda vital klien pada batas normal, gangguan pola tidur teratasi, kembalinya nafsu makan klien, ekspresi klien tampak tidak gelisah serta klien dapat menunjukkan sikap fokus ketika berinteraksi, dengan rencana tindakan keperawatan yang meliputi dari bina hubungan saling percaya, gunakan pendekatan yang menenangkan kondisi klien, nyatakan dengan jelas harapan terhadap klien, jelaskan semua prosedur dan tindakan yang akan dilakukan, temani klien untuk memberikan keamanan dan mengurangi rasa takut, berikan informasi secara fakta mengenai diagnosis, tindakan dan prognosisnya, dorong keluarga untuk menemani klien, dengarkan keluh kesah klien dengan penuh perhatian, identifikasi tingkat kecemasan klien, bantu klien mengenal situasi yang membuka kecemasan, dorong klien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan dan persepsinya, dan instruksikan klien menggunakan teknik relaksasi untuk mengurangi kecemasan yang dialaminya.

Menurut peneliti, antara fakta dan teori yang ada pada perencanaan tindakan keperawatan *Anxiety Reduction* atau penurunan tingkat kecemasan merupakan salah satu intervensi yang tepat dilakukan pada klien post operasi karena dari fakta yang ada menunjukkan antara klien I dan II sama – sama mengalami peningkatan tingkat kecemasan.

#### **4.2.4 Implementasi Keperawatan.**

Dalam studi kasus ini, implementasi pada Tn. I dan Tn. P dilakukan selama 4 hari mulai pada hari Senin tanggal 23 Januari 2017 dan pada pukul 07:00 – 14:00.

Pada hari pertama implementasi pada Tn. I dan Tn. P. Peneliti tidak melakukan semua rencana dalam *Nursing Intervention Clasification* karena peneliti juga mempertimbangkan respon klien pada saat itu. Implementasi yang dilakukan peneliti meliputi :

Tn. I : melakukan bina hubungan saling kepada klien dengan cara memperkenalkan diri kepada klien dan berperilaku sopan supaya klien merasa nyaman, melakukan pengkajian mengenai penyakit, mengidentifikasi tingkat kecemasan, dan mendengarkan semua keluhan kesah yang dialami klien, anjurkan klien untuk melakukan teknik relaksasi yang berguna untuk mengurangi rasa cemas yang dialaminya, beritau keluarga untu senantiasa menemani klien dan ajak klien berinteraksi untuk mengutarakan apa yang dirasakan klien saat ini, monitoring tanda – tanda vital klien dan berkolaborasi dengan tim dokter dalam hal pemberian obat atau terapi.

Tn. P : melakukan bina hubungan saling kepada klien dengan cara memperkenalkan diri kepada klien dan berperilaku sopan supaya klien merasa nyaman, melakukan pengkajian mengenai penyakit, mengidentifikasi tingkat kecemasan, dan mendengarkan semua keluhan kesah yang dialami klien, anjurkan klien untuk melakukan teknik relaksasi yang berguna untuk mengurangi rasa cemas yang dialaminya, beritau keluarga untu senantiasa menemani klien dan ajak klien berinteraksi untuk mengutarakan apa yang dirasakan klien saat ini, monitoring tanda – tanda vital klien dan berkolaborasi dengan tim dokter dalam hal pemberian obat atau terapi.

Pada hari kedua, peneliti tidak melakukan semua rencana yang ada di NIC namun mengulangi dan mengurangi bahkan juga ada beberapa penambahan yang meliputi :

Tn. I, peneliti mendengarkan semua cerita klien tentang rasa cemas yang dialaminya, membantu mengenali apa penyebab dari kecemasannya dan peneliti memberikan saran kepada klien untuk mendengarkan musik kesukaannya, peneliti pun juga mengidentifikasi tingkat kecemasan yang dialami klien, observasi tanda – tanda vital klien dan berkolaborasi dengan tim dokter dalam pemebrian terapi.

Tn. P, peneliti mendengarkan semua cerita klien tentang rasa cemas yang dialaminya, membantu mengenali apa penyebab dari kecemasannya dan peneliti memberikan saran kepada klien untuk mendengarkan musik kesukaannya, peneliti pun juga mengidentifikasi tingkat kecemasan yang dialami klien, observasi tanda – tanda vital klien dan berkolaborasi dengan tim dokter dalam pemebrian terapi.

Pada hari ketiga, peneliti tidak melakukan semua intervensi namun mengulangi beberapa implementasi pada hari pertama dan kedua dengan beberapa penambahan yang di lakukan meliputi :

Tn. I, peneliti mendengarkan semua cerita klien tentang rasa cemas yang dialaminya, membantu mengenali apa penyebab dari kecemasannya dan peneliti memberikan saran kepada klien untuk mendengarkan musik kesukaannya, peneliti pun juga mengidentifikasi tingkat kecemasan yang dialami klien, observasi tanda – tanda vital klien dan berkolaborasi dengan tim dokter dalam pemebrian terapi.

Tn. P, peneliti mendengarkan semua cerita klien tentang rasa cemas yang dialaminya, membantu mengenali apa penyebab dari kecemasannya dan peneliti memberikan saran kepada klien untuk mendengarkan musik kesukaannya, peneliti pun juga mengidentifikasi tingkat kecemasan yang dialami klien, observasi tanda – tanda vital klien dan berkolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian terapi.

#### **4.2.5 Evaluasi Keperawatan.**

Pada evaluasi keperawatan hari pertama pada klien Tn. I , tanggal 23 Januari 2017 pukul 12:00 didapatkan data Subyektif yaitu klien mengatakan ada yang dikhawatirkan tentang kesehatannya, dan data Obyektif yang meliputi klien mengalami gangguan pola tidur, klien tampak gelisah, dan nafsu makan klien pun menurun, klien terpasang platina di tulang paha sebelah kanan yang disebabkan oleh kecelakaan waktu itu, klien pun cemas akan kelanjutan karirnya sebagai pemain drummer dan hasil tanda – tanda vital klien yang meliputi tekanan darah : 160/80 mmHg, Nadi : 114 x/menit dari data A terdapat masalah Anxietas yang belum bisa teratasi, sehingga pada data P intervensi akan dilanjutkan.

Hari kedua pada klien Tn. I , tanggal 24 Januari 2017 pukul 12:00 didapatkan data Subyektif yaitu klien mengatakan takut jika tidak bisa menjalani kehidupannya seperti dulu lagi, dan data Obyektif yang meliputi klien mengalami gangguan pola tidur, nafsu makan klien pun menurun, klien terpasang platina di tulang paha sebelah kanan setelah

dilakukan tindakan pembedahan, klien pun mulai memikirkan solusi atas rasa cemasnya, klien tampak sedikit tenang dan relax, dan hasil tanda – tanda vital klien yang meliputi tekanan darah : 140/80 mmHg, Nadi : 90 x/menit dari data A terdapat masalah Ansietas yang masih teratasi sebagian, sehingga pada data P intervensi akan dilanjutkan.

hari ketiga pada klien Tn. I , tanggal 25 Januari 2017 pukul 12:00 didapatkan data Subyektif yaitu klien mengatakan akan menerima keadaan yang dialami sekarang ini, dan data Obyektif yang meliputi kebutuhan tidur klien berangsur – angsur mulai muncul ditandai dengan tidur klien  $\pm$  6 jam / hari, klien tampak tenang dan tidak gelisah, dan nafsu makan klien pun mulai ada meskipun tidak habis 1 porsi, klien terpasang platina di tulang paha sebelah kanan setelah dilakukan tindakan pembedahan, klien pun akan pasrah kepada tuhan atas apa yang akan terjadi di kaiernya setelah sembuh nanti, dan hasil tanda – tanda vital klien yang meliputi tekanan darah : 140/90 mmHg, Nadi : 85 x/menit dari data A terdapat masalah Ansietas yang telah teratasi, sehingga pada data P intervensi dihentikan.

Sedangkan pada evaluasi keperawatan hari pertama pada klien Tn. P , tanggal 24 Januari 2017 pukul 12:00 didapatkan data Subyektif yaitu klien mengatakan banyak pikiran yang membuatnya gelisah dan cemas, pada data Obyektif yang meliputi klien mengalami gangguan pola tidur, klien tampak gelisah, dan nafsu makan klien pun menurun, klien terlihat sering melihat kaki nya yang mengalami patah tulang akibat kecelakaan yang dialaminya, klien sulit untuk fokus jika diajak

berinteraksi, ekspresi wajah klien tampak gelisah, klien mengkhawatirkan sesuatu tetapi klien tidak tahu apa yang sedang dia khawatirkan, dan hasil tanda – tanda vital klien yang meliputi tekanan darah : 140/90 mmHg, Nadi : 100 x/menit dari data A terdapat masalah Anxietas yang belum bisa teratasi, sehingga pada data P intervensi akan dilanjutkan.

Hari kedua pada klien Tn. P, tanggal 25 Januari 2017 pukul 12:00 didapatkan data Subyektif yaitu klien mengatakan sedang memikirkan pekerjaannya, dan data Obyektif yang meliputi ekspresi wajah klien tampak gelisah, klien susah untuk fokus pada saat diajak berinteraksi, nafsu makan klien pun menurun setengah porsi, pola tidur klien hanya 3 jam / hari, klien belum bisa mengatakan dengan jelas apa yang menyebabkan cemas yang dialaminya, dan hasil tanda – tanda vital klien yang meliputi tekanan darah : 140/80 mmHg, Nadi : 101 x/menit dari data A terdapat masalah Anxietas yang masih teratasi sebagian, sehingga pada data P intervensi akan dilanjutkan.

hari ketiga pada klien Tn. P, tanggal 26 Januari 2017 pukul 12:00 didapatkan data Subyektif yaitu klien mengatakan apakah sanggup dia tetap memenuhi kebutuhan keluarganya setelah tulangnya patah akibat kecelakaan. dan data Obyektif yang meliputi ekspresi wajah klien yang sudah tampak tidak gelisah dan cemas lagi, klien pun sudah mulai bisa mengontrol diri dengan bersikap fokus pada saat berinteraksi, pola tidur klien pun masih tetap dalam waktu 3 – 4 jam / hari, klien pun mulai bisa mengutarakan apa yang menjadi penyebab dari kecemasan yang

dialaminya, dan hasil tanda – tanda vital klien yang meliputi tekanan darah : 130/80 mmHg, Nadi : 92 x/menit dari data A terdapat masalah Anxietas teratasi sebagian, sehingga pada data P intervensi dilanjutkan sama kondisi klien membaik.



## BAB V

### PENUTUP

#### 5.1 Kesimpulan.

dari hasil pembahasan yang menguraikan kesenjangan ataupun kesamaan antara tinjauan pustaka dengan pengalaman kasus maka dapat di ambil kesimpulan sebagai berikut.

##### 1. Pengkajian.

Berdasarkan asuhan keperawatan pada Tn. I yang mengalami *Close Fraktur Femur Dekstra 1/3 proksimal* dengan masalah keperawatan *anxietas* di RSUD Jombang, di dapatkan kesimpulan sebagai berikut : dari data pengkajian kasus pada pengkajian data subyektif dan data obyektif didapatkan melalui ungkapan bahwa Tn. I mengatakan sedang memikirkan sesuatu yang belum jelas yang berhubungan dengan kondisi yang dialaminya sekarang yaitu post operasi fraktur femur (*ORIF*), dari data obyektif yang di dapatkan oleh peneliti yaitu klien tampak gelisah, tegang, tidak nafsu makan, sering berkeringat tanpa sebab, dan dari data observasi terdapat peningkatan tekanan darah dan nadi.

Sedangkan pada Tn. P tidak jauh berbeda dengan Tn. I, klien mengalami patah tulang paha bagian kanan (fraktur femur dekstra). Setelah dilakukan tindakan pembedahan pada klien Tn. I dilakukan pada tanggal 22 Januari 2017 sedangkan pada klien Tn. P dilakukan pada tanggal 23 Januari 2017 klien mengalami kegelisahan dan kecemasan, yang di dapatkan dari pengkajian data subyektif dan

obyektif, didapatkan ungkapan bahwa Tn. P merasa ada yang di cemas yang berkaitan dengan kondisi yang dialaminya sekarang yaitu patah tulang paha bagian kanan. dari data obyektif yang di dapatkan oleh peneliti yaitu klien tampak gelisah, tegang, tidak nafsu makan, sering berkeringat tanpa sebab, dan dari data observasi terdapat peningkatan tekanan darah dan nadi.

2. Diagnosa keperawatan.

Diagnosa keperawatan yang muncul dari pengkajian pada klien Tn. I dan Tn. P yang digunakan dalam asuhan keperawatan *post op close fraktur femur dekstra 1/3 proksimal* adalah anxietas berhubungan dengan Perubahan Status Kesehatan.

3. Intervensi Keperawatan.

Pada intervensi keperawatan atau rencana tindakan keperawatan pada Tn. I dan Tn. P yaitu dengan dilakukannya teknik penurunan tingkat kecemasan. Dari adanya teknik penurunan kecemasan ini ditujukan untuk mengatasi masalah psikologis klien mengingat klien harus menjalani berbagai macam latihan untuk melatih persendian atau latihan Mobilisasi yang membutuhkan interaksi yang baik antar tenaga medis dengan klien. Ini bisa didapatkan jika klien tidak mengalami stress atau cemas yang berlebihan.

4. Implementasi Keperawatan.

Dalam penelitian ini, implementasi yang dilakukan pada klien tidak harus langsung sesuai dengan intervensi keperawatan tetapi harus memperhatikan juga aspek human respon (respon klien) karena hari

pertama setelah tindakan pembedahan, klien pasti merasakan trauma dengan tindakan tersebut dan hal itu juga yang harus kita perhatikan jika ingin mengaplikasikan intervensi penurunan tingkat kecemasan dan implementasi yang belum dilakukan bisa dilakukan di hari selanjutnya.

#### 5. Evaluasi keperawatan.

Pada hari terakhir evaluasi pada klien Tn. I berhasil menurunkan tingkat kecemasan dengan ditandai tercapainya tujuan dan kriteria hasil sedangkan pada klien Tn. P penurunan kecemasan telah berhasil sebagian ditandai dengan adanya tercapainya sebagian dari tujuan dari tindakan yang telah dilakukan.

### 5.2 Saran.

#### 1. Bagi Klien dan Keluarga.

Tingkat stress klien sangat berpengaruh terhadap proses pemulihan klien mengingat di rumah sakit atau di rumah klien harus menjalankan berbagai macam latihan untuk melatih anggota gerak nya setelah menjalani tindakan pembedahan, latihan tersebut harus dilakukan dengan semangat dan kemauan yang tinggi dari klien itu sendiri yang bisa diwujudkan jika klien tersebut bisa menjaga tingkat stress dan menurunkan tingkat kecemasan, peran keluarga juga sangat penting untuk mendukung klien supaya menambah semangat. Keluarga juga harus berperan aktif jika klien mempunyai suatu masalah, menjaga komunikasi dan keharmonisan merupakan salah satu cara agar masalah itu bisa diselesaikan bersama – sama.

2. Bagi Institusi Pendidikan.

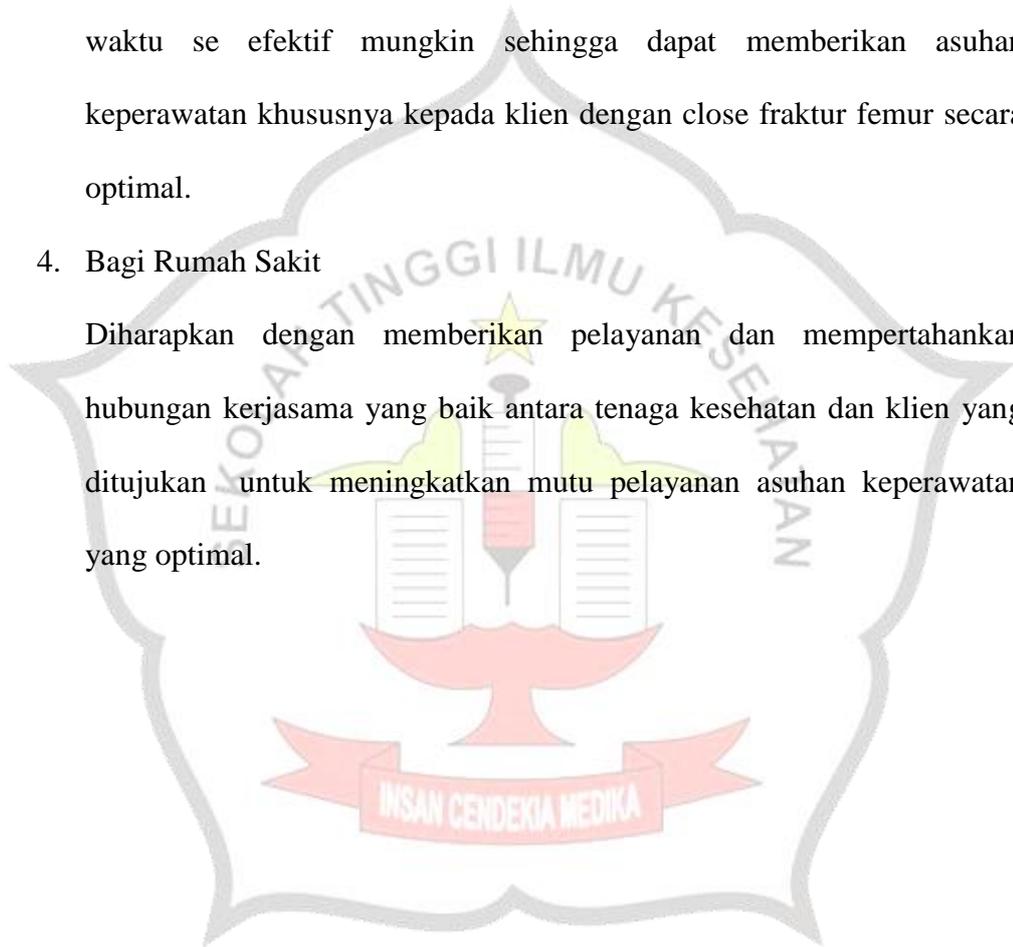
Dari hasil penelitian ini diharapkan menjadi tambahan referensi bagi mahasiswa dan pengajar dalam meningkatkan ilmu pengetahuan tentang proses keperawatan pada kasus fraktur femur.

3. Bagi Peneliti selanjutnya.

Diharapkan peneliti selanjutnya dapat menggunakan atau memanfaatkan waktu se efektif mungkin sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan khususnya kepada klien dengan close fraktur femur secara optimal.

4. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan dengan memberikan pelayanan dan mempertahankan hubungan kerjasama yang baik antara tenaga kesehatan dan klien yang ditujukan untuk meningkatkan mutu pelayanan asuhan keperawatan yang optimal.



## DAFTAR PUSTAKA

- Alimul, Aziz. (2006). *Kebutuhan Dasar Manusia: Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Brunner & Suddarth. (2001). *Keperawatan Medikal Bedah*. Edisi 8 Volume 2, ECG: Jakarta.
- Bulechek, Gloria M, dkk. (2013). *Nursing Intervention Classification (NIC)*. Missouri: ELSEVIER
- Hawari. (2008). *Menejemen Stres Dan Depresi*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
- Jitowiyono, Sugeng & Kristiyanasari, Weni. (2010). *Asuhan Keperawatan Post Operasi Pendekatan Nanda, NIC, NOC*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Joanne McCloskey Dochter. (2008). *Nursing Intervention Classification(NIC)*. USA: Mosby Elseveir Academic Press.
- Jurnal data fraktur jombang indah, <http://digilib.stikesicme-jbg.ac.id/ojs/index.php/jip/article>.
- Kementrian Kesehatan. Hasil Riskesdas 2007. <http://depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Riskesdas%202017.pdf>. Diakses pada tanggal 19 Desember 2016.
- Moorhead Sue dkk. (2013). *Nursing Outcome Classification (NOC)*. USA Mosby Elseveir Academic Press.
- Nanda International. (2012). *Diagnosa Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi 2015 – 2017*. Jakarta : EGC.
- Nursalam. (2008). *Proses dan Dokumentasi Konsep & Praktik*. Jakatra: Salemba Medika.
- Padila. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah: Dilengkapi Asuhan Keperawatan Pada Sistem Cardio, Perkemihan, Integumen, Persyarafan, Gastrointestinal, Muskuloskeletal, Reproduksi, dan Respirasi*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Price, Sylvia dan Wilson Lorraine, M. 2006. *Pathofisiolaogi Konsep Klinis Proses – proses Penyakit*. Edisi 3. Penerbit Buku Kedokteran. Jakarta: EGC.
- Sjamsu Hidayat R, De Jong Wim. 2005. *Buku Ajar Ilmu Bedah, Edisi Revisi*. Jakarta: EGC.
- Tri, Maharani, dkk. (2016). *Panduan Penyusunan Karya Tulis Ilmiah: Studi Kasus Program Studi Diploma III Keperawatan*. Jombang: STIKes ICMe
- Wijaya, Andra S & Putri, Yessie M. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah 2: Keperawatan Dewasa Teori dan Contoh Askep*. Yogyakarta: Nuha Medika





**PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Nama Mahasiswa : Syahrul Mubarak  
NIM : 141210038  
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien *Post Operasi Close Fraktur Femur* Dengan Masalah Keperawatan *Anxietas* Diruang Asoka Rumah Sakit Umum Daerah Jombang

Bahwa saya meminta Bapak/Ibu/Saudara/i untuk berperan serta dalam penyusunan studi kasus sebagai responden dengan mengisi lembar pengkajian.

Sebelumnya saya akan memberikan penjelasan tentang tujuan laporan kasus ini dan saya akan merahasiakan identitas, data informasi yang klien berikan. Apabila ada pertanyaan yang diajukan menimbulkan ketidaknyamanan bagi klien, peneliti akan menghentikan pada saat ini dan klien berhak mengundurkan diri

Demikian permohonan ini saya buat dan apabila klien mempunyai pertanyaan, klien dapat menanyakan langsung kepada peneliti yang bersangkutan

Jombang, Januari 2017

Peneliti

(Syahrul Mubarak)

## PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

Bahwa saya diminta untuk berperan serta dalam penelitian sebagai responden dengan mengisi lembar pengkajian.

Sebelumnya saya telah diberi penjelasan tentang tujuan penelitian ini dan saya telah mengerti bahwa peneliti akan merahasiakan identitas, data maupun informasi yang saya akan berikan. Apabila ada pertanyaan yang diajukan menimbulkan ketidaknyamanan bagi saya, peneliti akan menghentikan pada saat ini dan saya berhak mengundurkan diri.

Demikian persetujuan ini saya buat secara sadar dan sukarela tanpa ada unsur pemaksaan dari siapapun, saya menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian

Jombang, Januari 2017

Responden

( )



**PRAKTIK KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN**

**STIKES ICME JOMBANG**

2017

**PENGAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**

Pengkajian tgl. : Jam :  
 MRS tanggal : No. RM :  
 Diagnosa Masuk :

**A. IDENTITAS PASIEN**

Nama :	Penanggung jawab biaya :
Usia :	Nama :
Jenis kelamin :	Alamat :
Suku :	Hub. Keluarga :
Agama :	Telepon :
Pendidikan :	
Alamat :	

**B. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG**

1. Keluhan Utama :
2. Riwayat Penyakit Sekarang :

**C. RIWAYAT PENYAKIT DAHULU**

1. Riwayat Penyakit Kronik dan Menular  ya, jenis : .....  tidak
2. Riwayat Penyakit Alergi  ya, jenis : .....  tidak
3. Riwayat Operasi  ya, jenis : .....  tidak

**D. RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA**

ya : .....  tidak  
 tanyakan :

**E. POLA KEGIATAN SEHARI – HARI**

POLA KEGIATAN	DI RUMAH	DI RUMAH SAKIT
Makanan		
Frekuensi .....x/hr		
Jenis.....		
Diit .....		
Pantangan .....		
Alergi .....		
makanan yang disukai		
Minum		
Frekuensi..... x/hari		
Jenis.....		
Alergi .....		
Eliminasi		

<b>BAB</b> Frekuensi .....x/hari warna ..... konsistensi <b>BAK</b> Frekuensi .....X/Hari Warna ..... Alat bantu		
<b>Kebersihan Diri</b> Mandi.....X/hari Keramas .....x/hari Sikat Gigi .....X/Hari Memotong Kuku..... Ganti Pakaian ..... Toileting		
<b>Istirahat/Tidur</b> Tidur siang.....jam Tidur Malam .....jam Kebiasaan Merokok/Jamu		

**F. OBSERVASI DAN PEMERIKSAAN FISIK**

1. Tanda-tanda vital

S : °C                      N : x/mnt                      TD : mmHg  
 RR : x/mnt

2. PEMERIKSAAN FISIK HEAD TO TOE

KEPALA

Inspeksi :

- Bentuk wajah : simetris/ tidak,
- Bentuk kepala : simetris/ tidak,
- Ketombe : ada/ tidak,
- Kotoran pada kulit kepala: ada/ tidak,
- Pertumbuhan rambut: merata/ tidak
- Lesi : ada/ tidak,

palpasi

- nyeri tekan : ada/ tidak
- keadaan rambut : mudah dicabut/ tidak
- Benjolan : ada/ tidak

MATA

Masalah Keperawatan :

**Inspeksi :**

**Pergerakan bola mata : simetris/tidak,**

**Kelopak mata : simetris/ tidak**

**refleks pupil : normal/ tidak,**

**Kornea : bening/ tidak,**

**Konjungtiva : anemis/ tidak,**

**sclera : ikterik/ tidak,**

**Palpasi**

**Tumor : ada/ tidak,**

**nyeri tekan: ya/ tidak**

**HIDUNG**

**Inspeksi :**

**Bentuk : simetris/ tidak,**

**fungsi penciuman :baik/ tidak,**

**Peradangan : ada/ tidak,**

**polip : ada/ tidak**

**Mukosa : kering/ lembab,**

**lubang hidung : simetris/tidak**

**Septum : ada/ tidak,**

**Palpasi :**

**Nyeri tekan : ya/ tidak**

**tumor : ada/ tidak.**

**TELINGA**

**Inspeksi dan palpasi :**



Bentuk daun telinga : simetris/ tidak,

letak : simetris/ tidak,

Peradangan : ada/ tidak,

fungsi pendengaran : normal/ tidak,

Serumen : ada/ tidak,

cairan : ada/ tidak

## MULUT DAN FARING

Inspeksi :

Bibir : cyanosis/ merah,

Mukosa : lembab/ kering,

Bibir pecah : ya/ tidak,

Gigi :bersih/ tidak,

Gusi : berdarah/ tidak,

tonsil : radang/ tidak,

Lidah : kotor/ tidak,

Fungsi pengecapan : baik/ tidak,

Stomatitis : ya/ tidak.

Karies : ada/ tidak

Abses : ada/ tidak.

Pembesaran tonsil : ya/ tidak,

## LEHER

Inspeksi :

Bentuk : simetris/ tidak

Palpasi :

Benjolan/massa : ada/ tidak,

pembesaran vena jugularis : ya/ tidak,

nyeri tekan : ya/ tidak,

pemeriksaan mobilitas :

bisa fleksi/ tidak,

bisa rotasi/ tidak,

bisa hiper ekstension/ tidak,

kaku kuduk : ada/ tidak.

## THORAK

Inspeksi :

Bentuk : normal, funnel, barrel, pigeon,

Pergerakan nafas : simetris/ tidak,

Retraksi interkosta & supra sternal : ya/ tidak

**Bentuk tulang belakang :**

**Palpasi :**

**Nyeri tekan : ya/ tidak,**

**traktil vremitus : ya/ tidak,**

**Inspeksi : paru**

**Kesimetrisan insirasi & ekspirasi : ya/ tidak,**

**irama pernapasan : vesikuler/ tidak,**

**palpasi : paru**

**adakah suara abnormal : hipertimpani, hipersonor, pekak**

**auskultasi : paru**

**suara nafas : vesikuler, ronki, whzing, rales.**

**Inspeksi : jantung**

**Bentuk perikordium : denyut pada apeks :**

**Denyut nadi pada dada : denyut vena :**

**Palpasi : jantung**

**Pembesaran jantung : ya/ tidak**

**Auskultasi : jantung**

**Suara normal jantung satu ( S1) dan dua ( S2) :**

## **ABDOMEN**

**Inspeksi :**

**Bentuk : simetris/ tidak, ascites : ya/ tidak**

**Palpasi :**

**Nyeri tekan : ada/ tidak, pembesaran hati/ lien : ada/ tidak**

**Perkusi :**

**Suara : Timpani/ redup/ hipertimpani**

**Auskultasi :**

**Bising usus : x/ menit**

## **KULIT**



### Inspeksi

Warna kulit (                    ),

Lesi : ada /tidak,

Peradangan : ada/ tidak.

Bentuk & warna kuku :

Palpasi :

Turgor kulit : baik/ buruk

nyeri tekan: ya/ tidak.

### EKSTREMITAS

Inspeksi & palpasi :

Otot :

Hipertropi/ atropi

Tonus otot :

lesi : ada/ tidak

kelainan lainnya :

Tulang:

Fraktur : ada/ tidak

Edema : ya/ tidak

Krepitasi : ya/ tidak

sendi palsu : ada/ tidak

nyeri tekan : ya/ tidak

Persendian

Nyeri tekan : ya/ tidak

lainnya :

### GENETALIA

Inspeksi :

Rambut pubis :

lesi : ada/ tidak

Cairan pus : ada tidak

skrotum :

Palpasi :

Nyeri tekan : ya/ tidak

### G. PENGKAJIAN PSIKOSOSIAL

1. Persepsi klien terhadap penyakitnya

cobaan Tuhan    hukuman    lainnya

Masalah Keperawatan :

2. Ekspresi klien terhadap penyakitnya

murung    gelisah    tegang    marah/menangis

3. Reaksi saat interaksi kooperatif    tak kooperatif    curiga

4. Gangguan konsep diri    ya    tidak

Lain-lain :

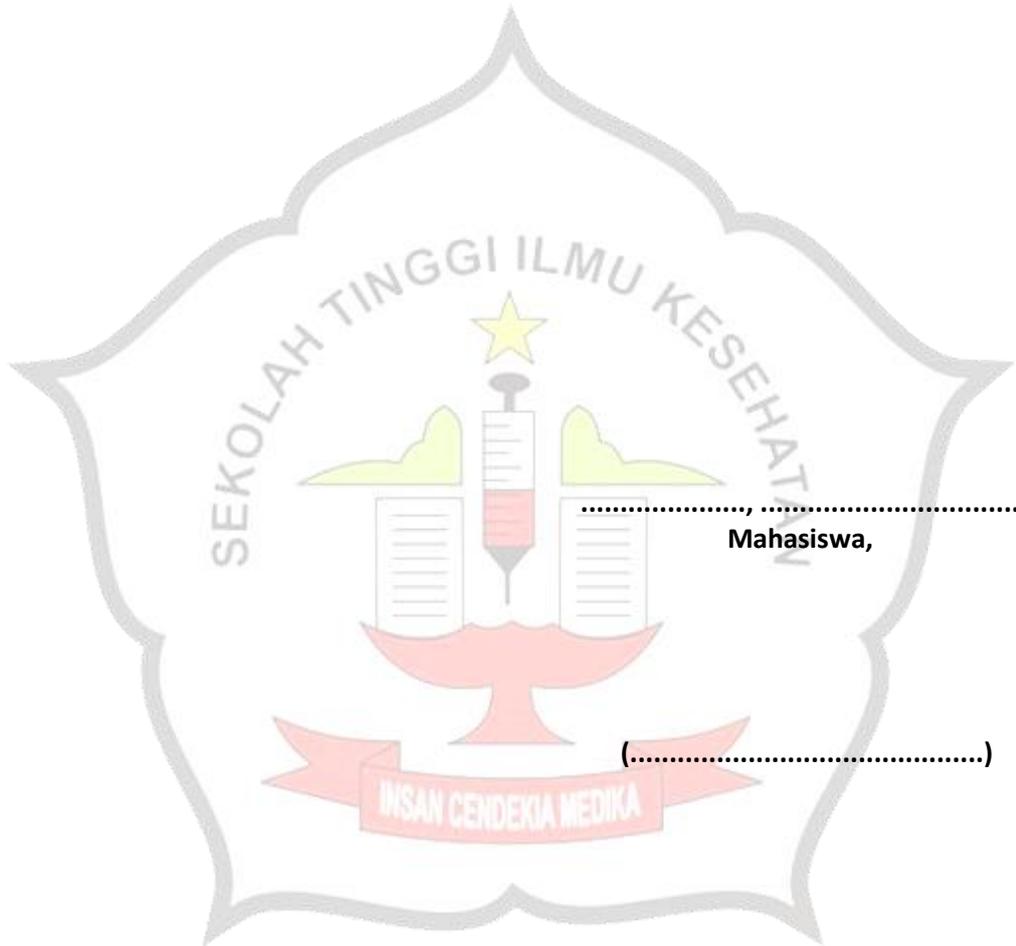
Masalah Keperawatan :

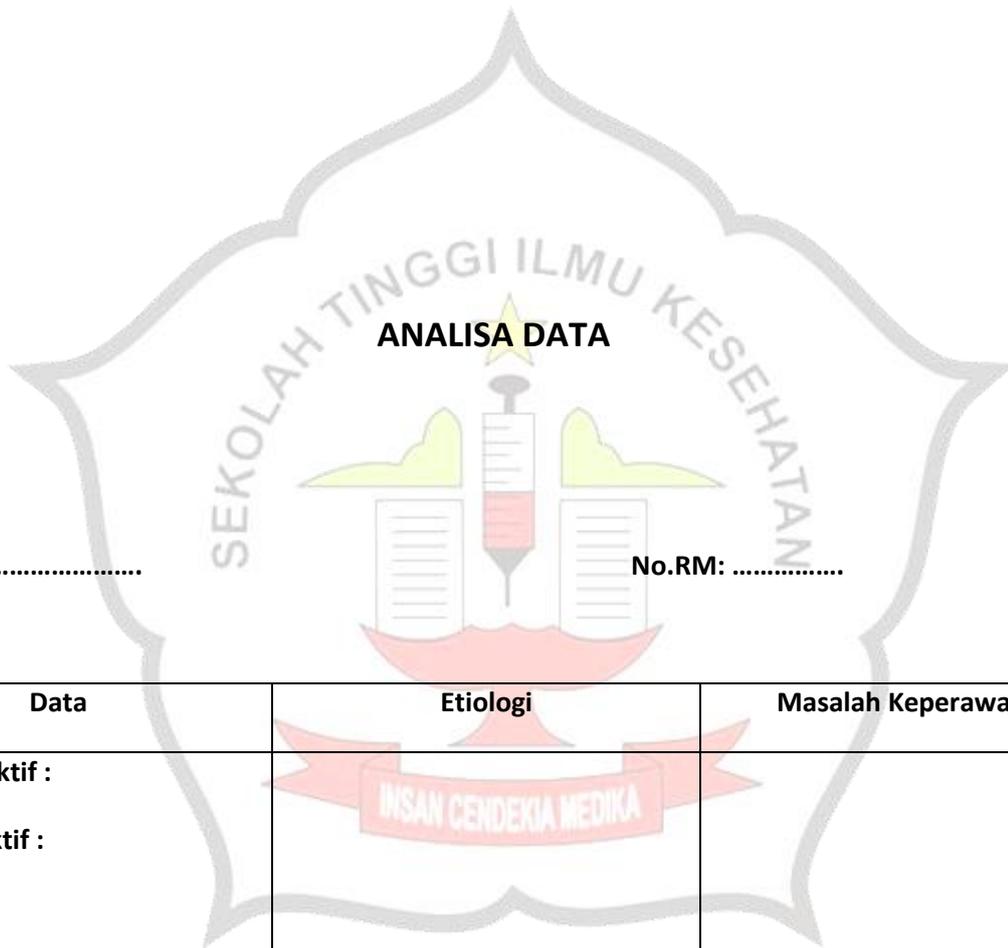
**H. PENGKAJIAN SPIRITUAL**

Kebiasaan beribadah  sering  kadang-kadang  tidak pernah  
Lain-lain :

**I. PEMERIKSAAN PENUNJANG (Laboratorium, radiologi, EKG, USG)**

**J. TERAPI**





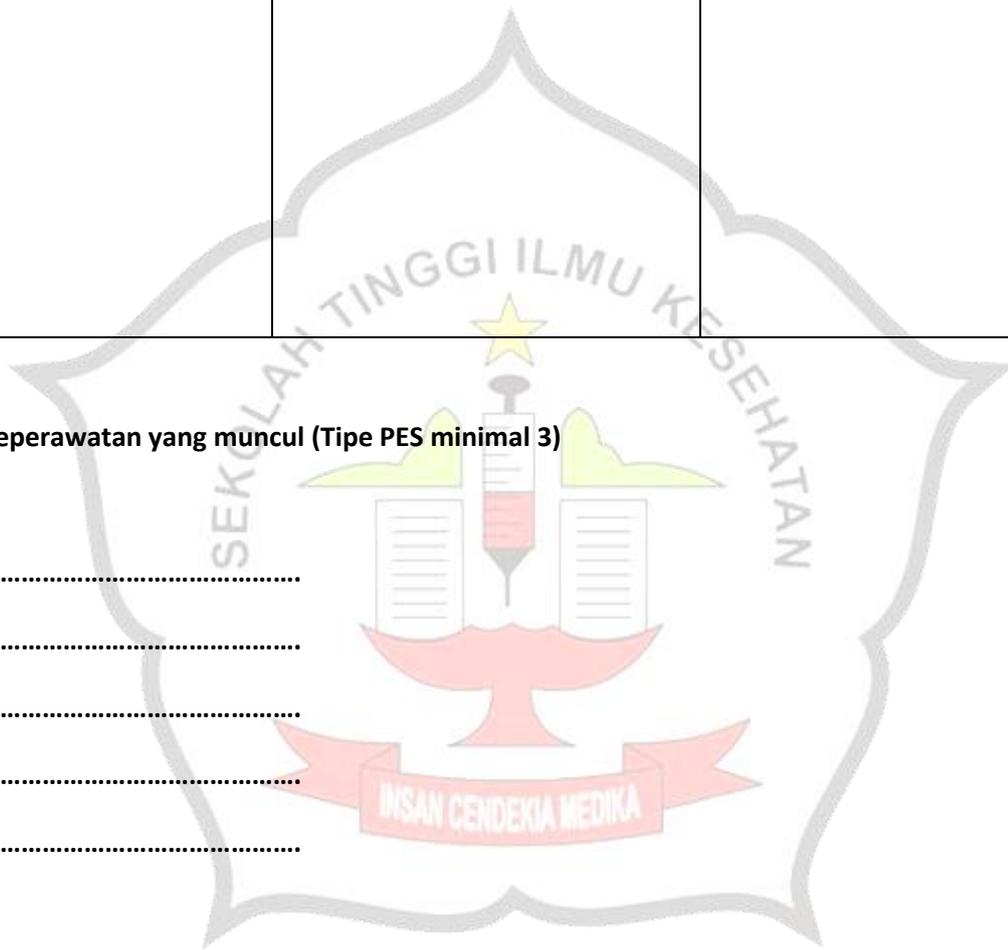
Nama : .....

No.RM: .....

Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
Data subyektif : Data Obyektif :		SESUAI DENGAN NANDA 2014


**Diagnosa Keperawatan yang muncul (Tipe PES minimal 3)**

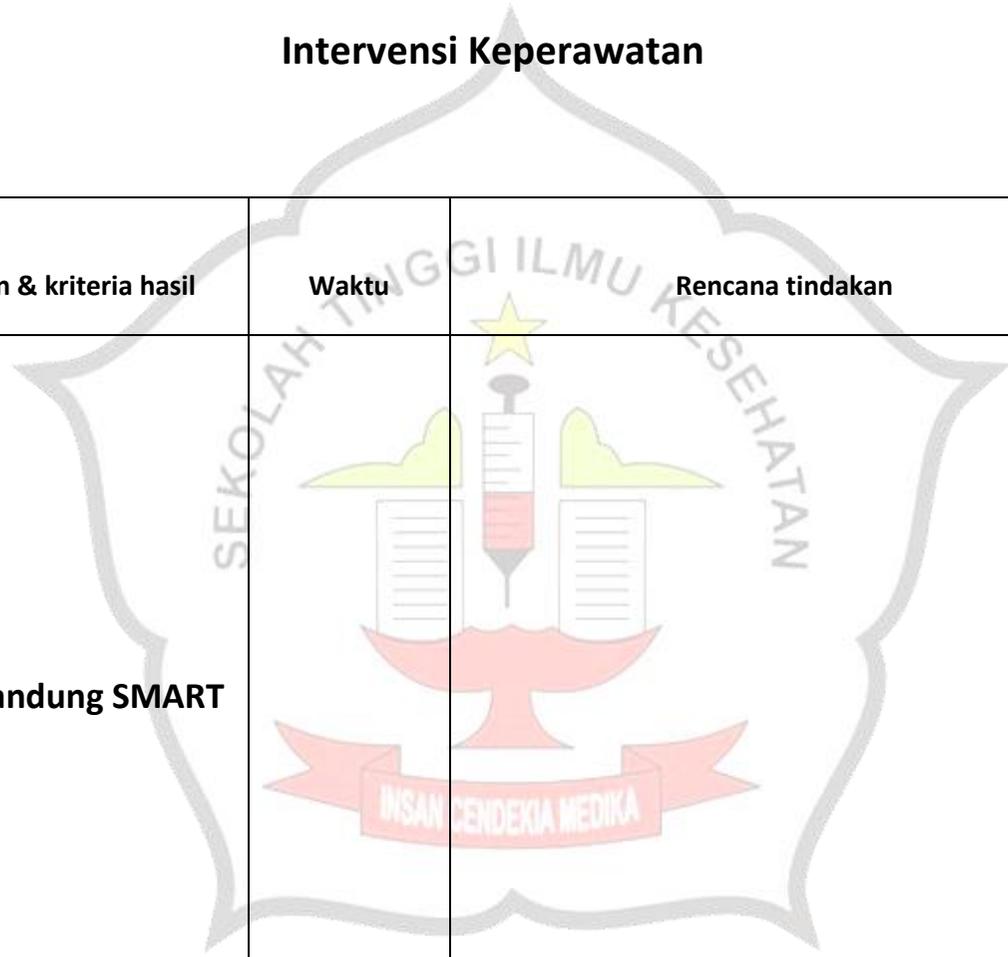
1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....



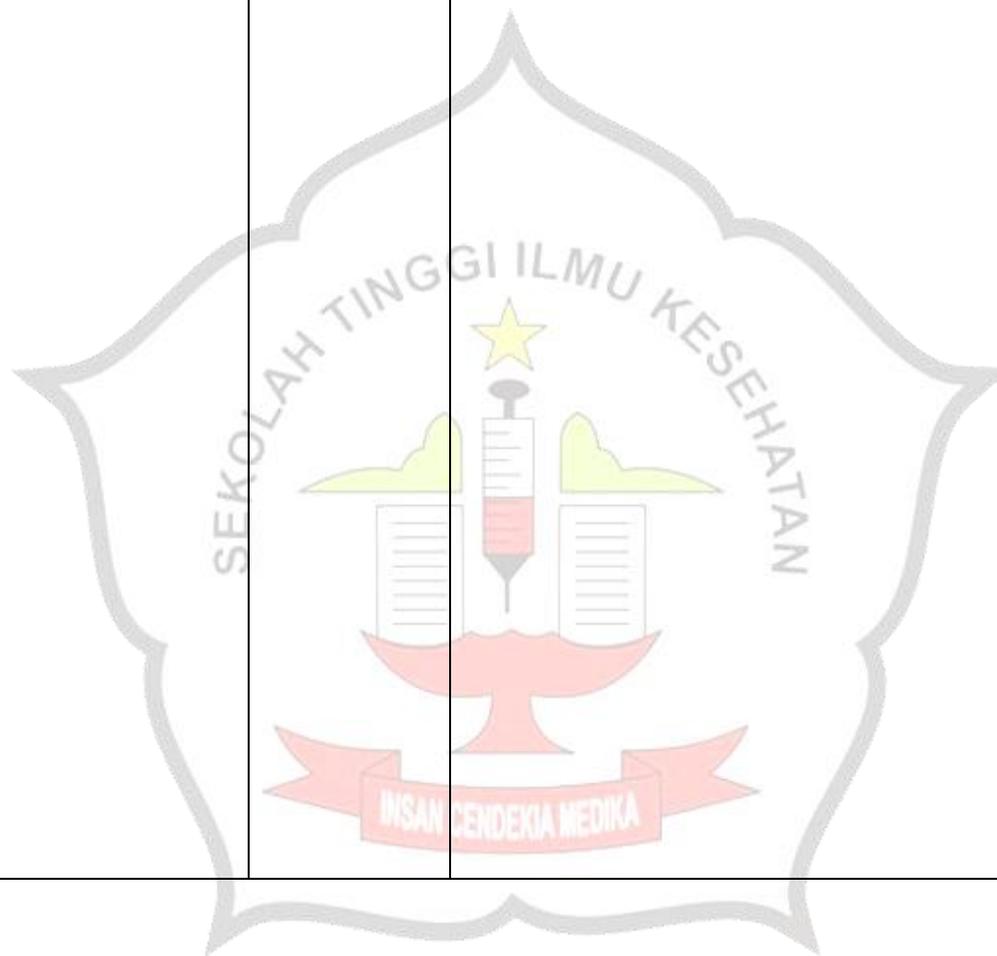


### Intervensi Keperawatan

Hari/tanggal	No. diagnosa	Tujuan & kriteria hasil	Waktu	Rencana tindakan	Rasional
		<p>Mengandung SMART</p>			



--	--	--	--	--	--

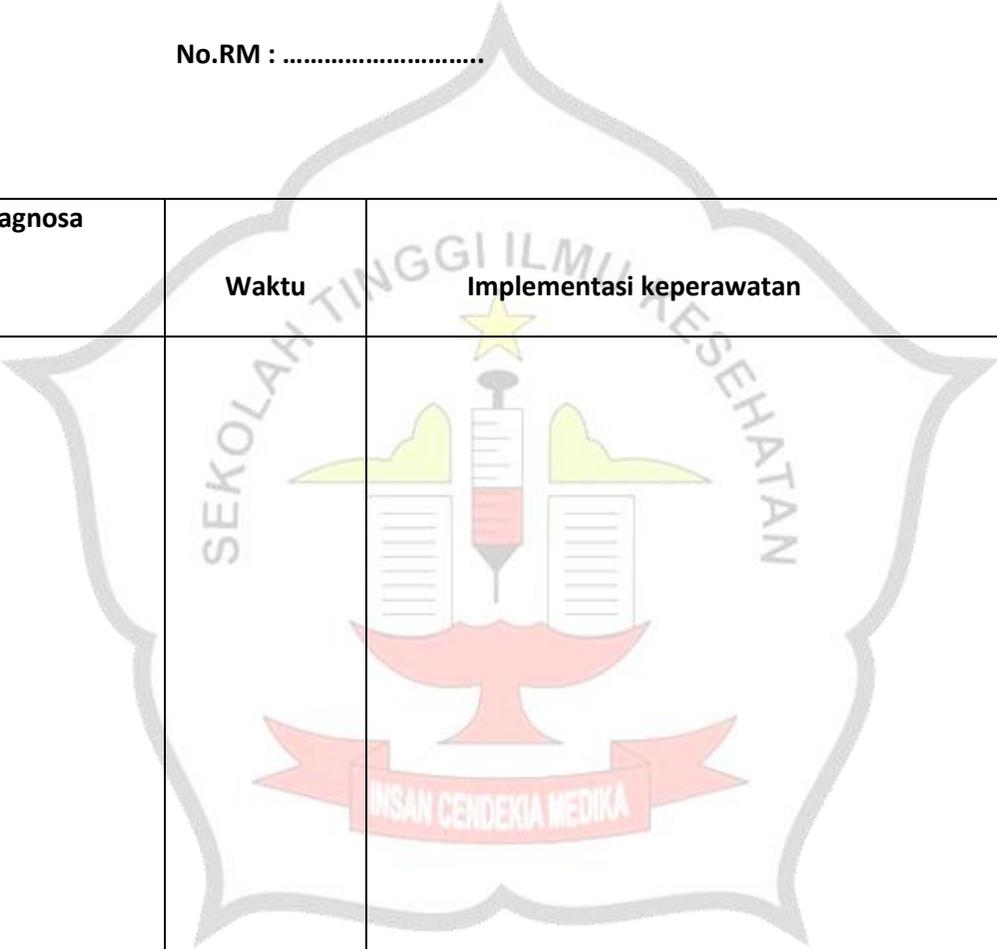


## Implementasi Keperawatan

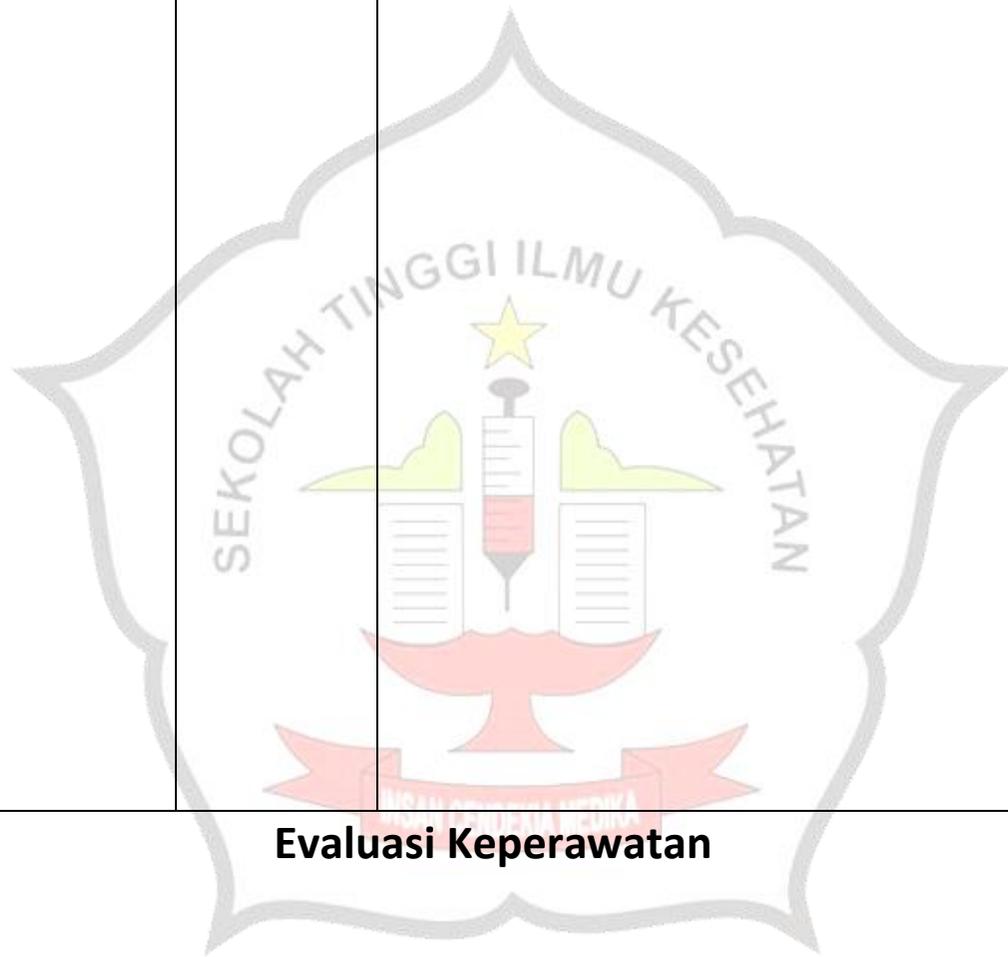
Nama : .....

No.RM : .....

Hari/Tanggal	No. Diagnosa	Waktu	Implementasi keperawatan	Paraf



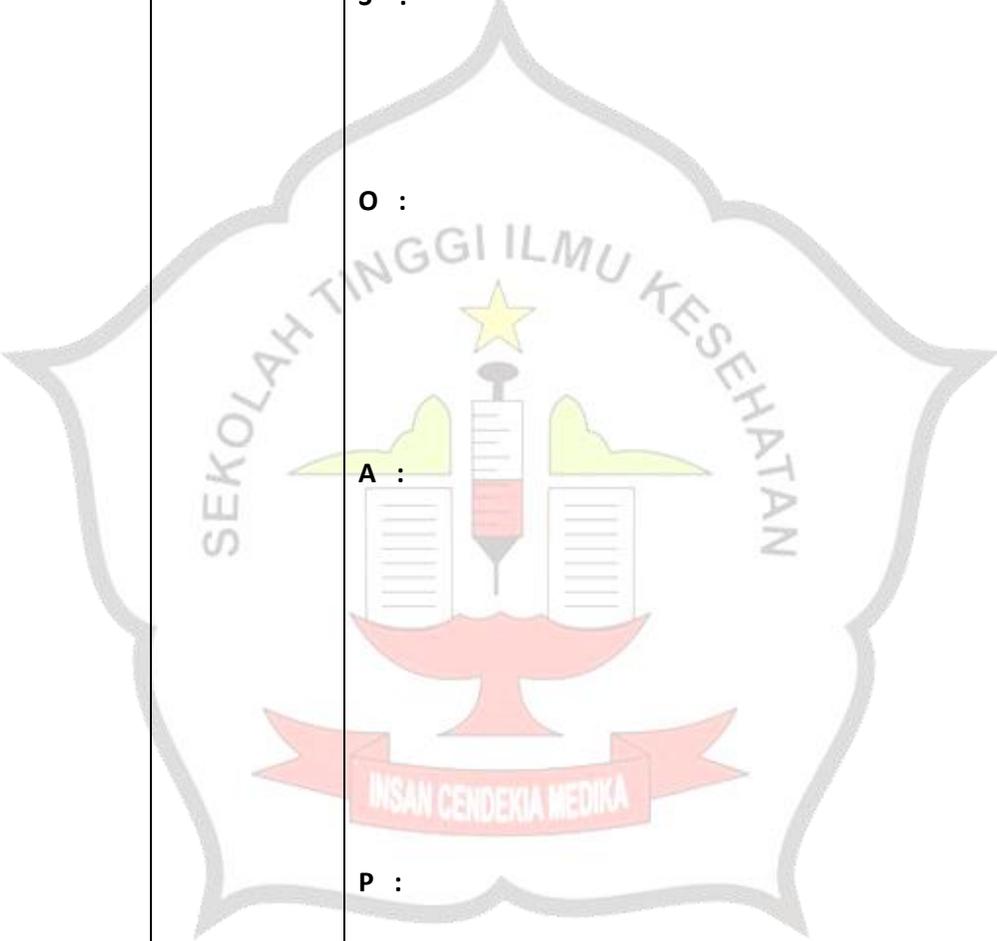
--	--	--	--	--



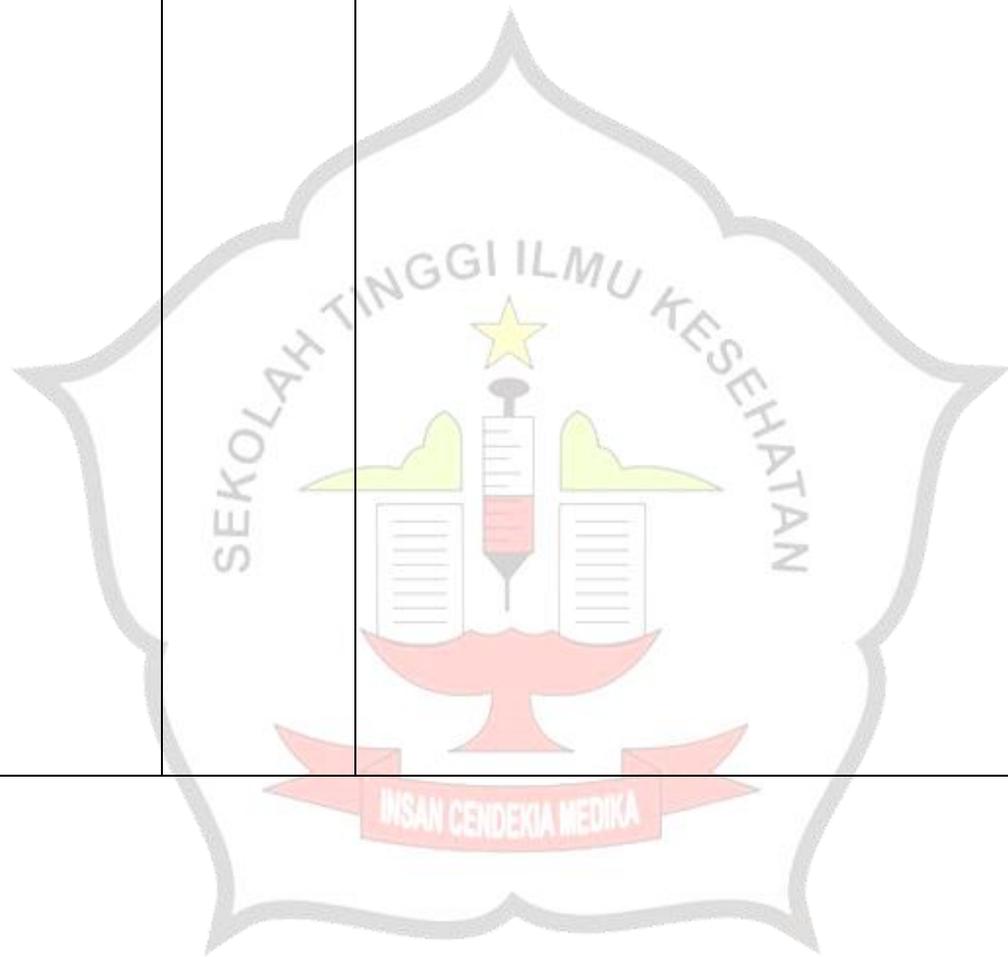
**Evaluasi Keperawatan**

Nama :.....

No.RM : .....

Hari/Tanggal	No. Diagnosa	Waktu	Perkembangan	Paraf
			<p>S :</p> <p>O :</p> <p>A :</p> <p>P :</p> 	

--	--	--	--	--



**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN**  
**STKES ICME JOMBANG**  
**RUANG ..... RSUD JOMBANG**

<b>DICHARGE PLANNING</b>	No. Reg : Nama : Jenis Kelamin : Alamat :
Tanggal MRS: Tanggal KRS:	Tanggal/Tempat Kontrol :
Dipulangkan dari RSUD JOMBANG dengan keadaan : <input type="checkbox"/> Sembuh <input type="checkbox"/> Pindah RS lain <input type="checkbox"/> Meneruskan dengan obat jalan <input type="checkbox"/> Pulang paksa <input type="checkbox"/> Meninggal	
Aturan Diet :	
Obat-obatan yang masih diminum dan jumlahnya :	

Cara perawatan luka di rumah :

Aktivitas dan Istirahat :

Lain-lain :

Yang di bawa pulang (Hasil Lab, Foto, ECG) :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Lab .....lembar  | <input type="checkbox"/> EKG .....lembar       |
| <input type="checkbox"/> Foto..... lembar | <input type="checkbox"/> CT Scan .....lembar   |
| <input type="checkbox"/> USG .....lembar  | <input type="checkbox"/> lain-lain .....lembar |

Saya selaku keluarga menyatakan telah mendapat penyuluhan hal-hal tersebut di atas oleh mahasiswa D3 KEPERAWATAN STIKES ICME dan telah mengerti.

Jombang , ..... .20...

Pasien/Keluarga

Perawat

( ..... )

( ..... )

**YAYASAN SAMODRA ILMU CENDEKIA**  
**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN**  
**"INSAN CENDEKIA MEDIKA"**



Website : [www.stikesicme-jbg.ac.id](http://www.stikesicme-jbg.ac.id)

SK. MENDIKNAS NO.141/D/O/2005

No. : '051/KTI-D3KEP/K31/073127/1/2017  
Lamp. : -  
Perihal : Penelitian

Jombang, 13 Januari 2017

Kepada :

Yth. Direktur RSUD Jombang  
di  
Tempat

Dengan hormat,

Dalam rangka kegiatan penyusunan Karya Tulis Ilmiah Mahasiswa yang menjadi prasyarat wajib mahasiswa kami untuk menyelesaikan studi di Program Studi D3 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan "Insan Cendekia Medika" Jombang, maka sehubungan dengan hal tersebut kami mohon dengan hormat bantuan Bapak/Ibu untuk memberikan ijin melakukan Penelitian kepada mahasiswa kami atas nama :

Nama Lengkap : **SYAHRUL MUBAROK**  
No. Pokok Mahasiswa / NIM : 14 121 0038  
Judul Penelitian : *Asuhan Keperawatan pada Klien Post OP Close Fraktur Femur dengan Masalah Keperawatan Ansietas*

Untuk mendapatkan data guna melengkapi penyusunan Karya Tulis Ilmiah sebagaimana tersebut diatas.

Demikian permohonan ini dibuat. Atas perhatian, bantuan dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ketua,  
  
**H. Bambang Tutuko, SH., S.Kep. Ns., MH**  
NIK: 01.06.054

Tembusan :

- Kadiklat RSUD Jombang

1/10/2017

192.168.10.189/profast/masuk/cetakdisposisi

Paraf I	10/17	al
Paraf II	11/17	fu

### RSUD Kabupaten Jombang

Jl. KH. Wahid Hasyim No. 52 Telp. (0321) 853502 Fax. (0321) 879316 Jombang 61411

## LEMBAR DISPOSISI

Status : Rutin

Kode : 102.072.1728

Indeks :  
Tanggal : 10-01-2017

Tanggal Penyelesaian : 00-00-0000

Isi : Pre Survey Data Studi Pendahuluan an. Syahrul Mubarak  
No. Tgt : 013/KTI-D3KEP/K31/073127.1, 2017 / 05-01-2017  
Asal : STIKES Insani Cendekia Medika

#### INSTRUKSI/INFORMASI :

Ka. Dinklat  
y difasilitasi  
perwakilan  
10/11

#### DITERUSKAN KEPADA :

Ka. in. Pj. Pw. Mubarak  
> ditugaskan  
Kepada P. Nurhaidi  
di fasilitas  
- cel. proposal  
11/17

Catatan :

Kep. Ah. Ka. Pw. Asoka  
mohon y. difasilitasi pengumpul  
data penelitian an. Syahrul  
PSTK. 17/1/2017.  
Mocanik.



**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN JOMBANG**  
**BAKORDIKLAT**

Jl. KH. Wahid Hasyim No. 52 Jombang TELP. (0321) 865716 – 863502 FAX. (0321) 879316  
Website : [www.rsudjombang.com](http://www.rsudjombang.com) ; E-mail: [rsudjombang@yahoo.co.id](mailto:rsudjombang@yahoo.co.id) Kode Pos : 61411

**SURAT KETERANGAN**

Nomor : 027/BAKORDIKLAT/I/2017

Yang bertanda tangan di bawah ini Ketua Badan Koordinasi Diklat Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Jombang, menerangkan bahwa :

Nama : Syahrul Mubarak  
NIM : 14 121 0038  
Tingkat/Semester: III/IV  
Program Studi : D-III Keperawatan STIKES ICME Jombang

Telah melaksanakan penelitian di Paviliun Asoka RSUD Kabupaten Jombang untuk prasyarat penyusunan Karya Tulis Ilmiah dengan judul "*Asuhan Keperawatan Klien Post OP Close Fraktur Femur dengan Masalah Keperawatan Ansietas*" Mulai tanggal 23 s/d 26 Januari 2017.

Jombang, 30 Januari 2017

Ketua Badan Koordinasi Diklat  
RSUD Kabupaten Jombang



Dr. Andri Catur Jatmiko, Sp. KK

Penata

NIP. 19701104 200212 1 002

