

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Studi Kasus

Studi kasus ini di uraikan tentang Asuhan Keperawatan pada Nn. C dengan Post Operasi Fraktur Femur di Ruang Zaid Bin Said RSUD Al-Ihsan yang dilaksanakan pada tanggal 10 April – 15 April 2023. Hasil Studi Kasus berupa asuhan keperawatan pada pasien post operasi fraktur dengan gangguan Mobilitas Fisik. Pelaksanaan asuhan keperawatan dilakukan selama 5 hari perawatan yaitu 2 hari di rumah sakit dan 3 hari dirumah pasien. Asuhan keperawatan ini dilakukan dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

4.1.1 Hasil Pengkajian Fokus Studi

a. Identitas

Pengkajian dilakukan di ruangan Zaid bin Said RSUD Al-Ihsan pada tanggal 10 April 2023 pada pukul 19.00 WIB dengan menggunakan teknik wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik dengan hasil sebagai berikut :

Identitas pasien : pasien yang dirawat berinisial Nn. C, umur 23 Tahun, jenis kelamin perempuan, suku sunda, agama islam, pekerjaan karyawan swasta, pendidikan terakhir SMK, diagnosa medis fraktur femur dextra, nomor register 00870311, alamat Jalan Madtasan no. 258 RT 02 RW 09, Kel. Sukamaju, Kec. Cibeunying Kidul, Kota Bandung, Identitas penanggung jawab Ny. S, umur 54 Tahun, agama islam, pendidikan terakhir SMEA, pekerjaan ibu rumah tangga, hubungan dengan pasien anak kandung, alamat Jalan Madtasan no. 258 RT 02 RW 09, Kel. Sukamaju, Kec. Cibeunying Kidul, Kota Bandung.

b. Keluhan utama

Keluhan utama yaitu pasien Nyeri pada kaki bagian kanan. Keluhan saat masuk RS pasien mengatakan tanggal 08 April 2023 pada malam hari sekitar pukul 23.00 WIB pasien mengalami tabrakan. Saat pertama kali pasien tabrakan, pasien langsung dibawa ke IGD RSUD Al-Ihsan oleh supir taxi karena kedua orangtuanya belum tahu jika pasien mengalami tabrakan, Pasien di IGD selama satu hari lalu dipindahkan keruang rawat inap dan menjalankan tindakan operasi pada tanggal 10 April 2023. Pasien mengatakan bahwa pasien tidak bisa menggerakkan kaki kanannya kekuatan otot saat di kaji 2 dari (0-5) . Keluarga pasien mengatakan kegiatan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat seluruhnya. Riwayat kesehatan dahulu, pasien dan keluarga mengatakan bahwa pasien tidak pernah dirawat sebelumnya serta tidak memiliki riwayat penyakit yang diderita sebelumnya. Riwayat kesehatan keluarga, pasien dan keluarga mengatakan bahwa pasien tidak memiliki riwayat penyakit menular seperti tbc, hepatitis b, HIV, AIDS. Pasien dan keluarga juga mengatakan bahwa pasien tidak memiliki riwayat penyakit keturunan yang diderita seperti asma, hipertensi, diabetes mellitus.

c. Pola aktivitas sehari-hari

Pola aktivitas makan dan minum sebelum sakit 2-3x/hari, 1 porsi habis, jenis menu: Nasi, daging, tahu, sayur, kadang buah. Saat sakit pasien makan 3x/hari, jenis menu: Nasi, daging, tahu, tempe, sayur, buah, susu. Porsi yang disediakan tidak dihabiskan (hanya ½ porsi) karena pasien tidak nafsu makan. Minum 6-8 gelas/hari sebelum sakit, saat sakit 4-5 gelas/hari dan dibantu. Jenis minum air

putih. Istirahat dan tidur sebelum sakit: Pasien biasanya tidur malam 6-8 jam, jarang tidur siang. Saat ini pasien tidur malam sama seperti sebelum sakit 6-8 jam, sedangkan tidur siang 1-2 jam. Pola eliminasi sebelum sakit pasien mengatakan BAB 1-2x/hari konsistensi padat dan lunak, dan BAK 2-4x/hari berwarna coklat muda - tua. Sesudah sakit pasien mengatakan belum BAB, dan BAK 2-4x/hari berwarna kuning jernih. Kebersihan diri sebelum sakit pasien mandi 2x/hari, sikat gigi 2x/hari, keramas 2-3x/minggu, sedangkan saat sakit pasien belum mandi, sikat gigi 1x/hari, dan belum keramas. Gaya hidup pasien sebelum sakit berolahraga lari sore 1x/minggu, sesudah sakit pasien hanya bisa terbaring dikasur.

d. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan Fisik didapatkan keadaan umum pasien tampak meringis kesakitan, tingkat kesadaran composmentis, tanda-tanda vital, tekanan darah 120/80 mmHg, frekuensi nafas 20x/menit, nadi 80x/menit, suhu 36°C, SPO₂ 97%. Panjang ekstermitas pasien sama, terdapat nyeri tekan pada kaki kanan, terdapat fraktur di daerah femur, terdapat luka bekas operasi, akral teraba hangat, terdapat edema di betis sebelah kanan ekstermitas bawah, terdapat luka dibagian kiri atas lutut, mengalami kekakuan di daerah ekstermitas bawah bagian kanan, kekuatan otot ekstermitas atas kanan dan kiri (5), kekuatan otot ekstermitas bawah kiri (5) dan ekstermitas bawah kanan (2). Warna kulit sawo matang dan sama rata dengan sekitarnya, terdapat luka dibagian bawah lutut. Tidak ada kemerahan pada seluruh permukaan kulit, tidak ada sianosis jaringan perifer, turgor kulit < 2 detik, tekstur kulit lembab.

e. Data psikologis

Data Psikologis pasien, status emosi pasien stabil dan tenang, tidak dalam amarah atau sedih yang mendalam, pasien tidak terlihat cemas, pasien mengatakan menerima keadaan saat ini dengan baik dan memberikan respon positif selama tindakan berlangsung, gaya komunikasi pasien secara verbal pasien berbicara secara lamban, lembut, dan bersuara kecil, secara non verbal pasien menjaga posisi karena sulit untuk bergerak karena nyeri dan terjadi penurunan kualitas otot, gambaran diri pasien menyukai seluruh tubuhnya, ideal diri pasien menginginkan segera sembuh dan pulang kerumah,

f. Therapy

Therapy yang diberikan kepada Nn.C obat Ceftriaxone 2x10cc/1gr IV, Katerolac 2x1gr/30mg IV, Omeprazole 1x40mg IV, Anbacim 2x250mg oral, Kalnex 2x250mg Oral, Cefixime 2x200mg oral, Cal-95 1x1 tablet oral, Diclofenac sodium 2x50mg oral.

g. Analisa Data

berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada Hari ke 2 Post operasi pada Nn. C maka ditemukan masalah sebagai berikut :

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan pelaksanaan ORIF ditandai dengan DS : pasien mengatakan nyeri saat menggerakkan kaki bagian kanan, keluarga pasien mengatakan bahwa pasien dibantu seluruhnya saat melakukan aktivitas. DO : kekuatan otot pada kaki kanan pasien 2 (0-5), rentang gerak pasien pada kaki kanan menurun, pasien bergerak secara terbatas.

Nyeri akut berhubungan dengan pelaksanaan ORIF ditandai dengan DS : pasien mengeluh nyeri, pasien mengatakan skala nyeri 9 (0-10), pasien mengatakan nyeri dirasakan pada bagian paha kanan, pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul rasa nyeri seperti ditusuk-tusuk dan panas, pasien mengatakan nyeri berkurang ketika diistirahatkan dan semakin bertambah ketika digerakan, pasien mengatakan telah dilakukan operasi pemasangan pen pada tanggal 10 April 2023. DO : pasien tampak meringis ketika kaki kaki kanan digerakan, kaki kanan pasien tampak dibidai menggunakan perban elastis, hasil rontgen 08 April 2023 adalah fraktur femur, TD 120/80 mmHg, Nadi 80x/menit, respirasi 20x/menit, suhu 36°C, SpO₂ 97%.

Resiko Infeksi berhubungan dengan pemasangan traksi pen ditandai dengan DS : Pasien mengatakan sudah melakukan operasi pemasangan pen pada bagian paha kanan, pasien mengatakan nyeri pada area sekitar luka. DO : Tampak luka bekas operasi pada bagian paha kanan, adanya peningkatan leukosit

Defisit perawatan diri berhubungan dengan pelaksanaan ORIF ditandai dengan DS : pasien mengeluh nyeri dibagian kaki kanan, pasien mengatakan aktivitasnya terganggu, keluarga pasien mengatakan bahwa pasien dibantu melakukan kebersihan diri seperti mandi, gosok gigi, dan keramas. DO : terdapat luka post operasi fraktur di kaki kanan pasien, pasien dibantu saat melakukan kebersihan diri.

4.1.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil analisa data diatas, maka dirumuskan diagnosa keperawatan pada Nn. C yaitu :

- a. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan pelaksanaan Tindakan Operasi pemasangan ORIF ditandai dengan kekuatan otot menurun dan terjadi keterbatasan gerak pasien
- b. Nyeri akut berhubungan dengan pelaksanaan Tindakan operasi ORIF ditandai dengan skala nyeri berada pada angka 9 dari 1-10
- c. Resiko infeksi berhubungan dengan pemasangan traksi pen ditandai dengan leukosit meningkat
- d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan pelaksanaan ORIF ditandai dengan aktivitas pasien di bantu oleh keluarga

4.1.3 Intervensi keperawatan

a. Gangguan mobilitas fisik

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5x8 jam diharapkan gangguan mobilitas fisik dapat berkurang dengan kriteria hasil : 1) pasien mengatakan nyeri berkurang 2) kekuatan otot pada kaki kanan meningkat 3 (0-5) 3) pasien tampak tidak meringis. Intervensi yang dilakukan yaitu observasi kekuatan otot pada ekstermitas, kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi, bantu pasien melakukan ROM pasif maupun aktif 2x/hari selama 15 menit, bantu pasien dalam melakukan aktivitas seperti makan, minum, dan kebersihan diri, anjurkan keluarga terlibat dalam pemenuhan ADL, kolaborasi pelaksanaan fisioterapi sesuai indikasi.

b. Nyeri Akut

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5x8 jam diharapkan nyeri akut dapat berkurang dengan kriteria hasil : 1) pasien mengatakan nyeri berkurang

2) skala nyeri berkurang dari 9 menjadi 6 (0-10) 3) pasien tampak tidak meringis 4) pasien mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, dan tanda nyeri) 5) mampu mengontrol nyeri (mengetahui penyebab). Intervensi yang dilakukan yaitu monitor TTV, kaji nyeri skala (0-10) secara komprehensif mulai dari lokasi, karakteristik, dan frekuensi, ajarkan distraksi (mis: relaksasi nafas dalam), lakukan kompres dingin selama 15-20 menit, anjurkan melakukan Teknik nonfarmakologis ketika nyeri timbul, kolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgesic katekolac injeksi IV 2x30mg, kolaborasi dengan dokter pemberian omeprazole 1x10cc (40mg).

c. Resiko Infeksi

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5x8 jam diharapkan Resiko infeksi pasien membaik dengan kriteria hasil : 1) Nyeri berkurang 2) Leukosit berada pada rentang normal 3) luka pasien bersih 4) Tidak terdapat tanda tanda infeksi. Intervensi yang dilakukan yaitu observasi luka, lokasi, dimensi, karakteristik, observasi keadaan kulit insersi pen, pertahankan tempat nyaman (kering, bersih, alat tenun kencang, bantalan siku), ganti balutan dan perawatan luka, anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar, anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim, kolaborasi dengan dokter pemberian obat ceftriaxone injeksi IV 2x1g.

d. Defisit perawatan diri

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan defisit perawatan diri dapat berkurang dengan kriteria hasil : 1) keluarga mampu memenuhi kebersihan diri pada pasien 2) keluarga mampu mempertahankan

kebersihan pasien. Intervensi yang dilakukan yaitu identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri pada pasien, monitor tingkat kemandirian pasien, identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, beri bantuan kebersihan diri sesuai tingkat kemandirian, pertahankan kebiasaan kebersihan diri, anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.

4.1.4 Implementasi Keperawatan

Pada saat hari ke 2 setelah Operasi dilakukan beberapa tindakan keperawatan yang diantaranya :

- 1) memonitor TTV dengan hasil tekanan darah 110/70 mmhg., Suhu : 36,2 c, Nadi : 76x/m RR: 20x/m SpO2:99%
- 2) mengkaji skala nyeri pasien mengatakan skala nyeri 9 dari 1-10 nyeri dirasakan pada bagian paha kanan nyeri bertambah Ketika bergerak
- 3) mengkaji kemampuan pasien dalam mobilisasi
- 4) mengkaji kekuatan otot pasien dengan hasil kekuatan otot pasien 2 dari 1-5
- 5) membantu pasien melakukan ROM pasif maupun aktif pasien hanya mampu dan mau untuk dilakukan rom pasif
- 6) mengobservasi luka : lokasi, dimensi, karakteristik dengan hasil lukabekas operasi pasien masih basah
- 7) mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri pada pasien
- 8) memonitor tingkat kemandirian pasien
- 9) mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri

- 10) memberi bantuan kebersihan diri sesuai tingkat kemandirian
- 11) menganjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar
- 12) membantu pasien dalam melakukan aktivitas, seperti makan, minum, dan kebersihan diri
- 13) melibatkan keluarga dalam pemenuhan ADL
- 14) mempertahankan kebiasaan kebersihan diri

Pada hari ke 3 setelah Operasi dilakukan beberapa tindakan keperawatan yang diantaranya :

- 1) memonitor TTV dengan hasil TD : 120/80 mmhg, s: 36,3,N:78x/m rr:20x/m
- 2) mengkaji skala nyeri (0-10) secara komprehensif mulai dari lokasi, karakteristik, frekuensi pasien mengatakan skala nyeri mulai berkurang menjadi 8 dari 1-10
- 3) mengkaji kekuatan otot pada pasien dengan hasil kekuatan otot pasien masih berada pada angka 2 dari 0-5
- 4) membantu pasien melakukan ROM pasif maupun aktif 2x/hari selama 15 menit
- 5) mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri
- 7) memberi bantuan kebersihan diri sesuai tingkat kemandirian
- 8) membantu pasien dalam melakukan aktivitas, seperti makan, minum, dan kebersihan diri

- 9) melibatkan keluarga dalam pemenuhan ADL
- 10) memonitor skala nyeri (0-10) skala nyeri pasien masih berada pada angka 8 dari 1-10
- 11) melakukan kompres dingin 1x sehari selama 15-20 menit
- 12) memonitor skala nyeri (0-10) setelah diberikan Tindakan dengan hasil nyeri berkurang menjadi 7 dari 1-10
- 13) membantu pasien melakukan ROM pasif maupun aktif 2x/hari selama 15 menit
- 14) memonitor kekuatan otot pada pasien masih berada pada angka 2 dari 0-5
- 15) mengganti balutan dan lakukan perawatan luka.

Pada hari ke 4 setelah operasi dilakukan beberapa tindakan keperawatan yang diantaranya :

- 1) memonitor TTV
- 2) membantu pasien dalam melakukan aktivitas, seperti makan, minum dan kebersihan diri
- 3) memberikan obat cefixime trihydrate 200mg, diclofenac sodium 50mg
- 4) memberikan vitamin cal-95 1 tablet
- 5) mengkaji skala nyeri (0-10) secara komprehensif mulai dari lokasi, karakteristik, frekuensi

- 6) mengkaji kekuatan otot pada pasien
- 7) membantu pasien melakukan ROM pasif maupun aktif 2x/hari selama 15 menit
- 8) mengkaji skala nyeri (0-10)
- 9) melakukan kompres dingin 1x sehari selama 15-20 menit
- 10) memberi bantuan kebersihan diri sesuai tingkat kemandirian
- 11) anjurkan keluarga pasien membantu pasien melakukan ROM pasif maupun aktif 2x/hari selama 15-20 menit
- 12) mengobservasi luka 13) mengganti balutan dan lakukan perawatan luka.

Pada hari ke 4 setelah operasi dilakukan beberapa tindakan keperawatan yang diantaranya : 1) memonitor TTV 2) mengkaji skala nyeri (0-10) secara komprehensif mulai dari lokasi, karakteristik, frekuensi 3) mengkaji kekuatan otot pada pasien 4) membantu pasien melakukan ROM pasif maupun aktif 2x/hari selama 15 menit 5) melakukan kompres dingin 1x sehari selama 15-20 menit 6) anjurkan keluarga pasien membantu pasien melakukan ROM pasif maupun aktif 2x/hari selama 15 menit 7) memberi bantuan kebersihan diri sesuai tingkat kemandirian 8) mengobservasi luka 9) mengganti balutan dan lakukan perawatan luka.

Pada hari ke 5 post operasi dilakukan beberapa tindakan keperawatan yang diantaranya : 1) memonitor TTV 2) mengkaji skala nyeri (0-10) secara

komprehensif mulai dari lokasi, karakteristik, frekuensi 3) mengkaji kekuatan otot pada pasien 4) membantu pasien melakukan ROM pasif maupun aktif 2x/hari selama 15 menit 5) memberi bantuan kebersihan diri sesuai tingkat kemandirian 6) membantu pasien dalam melakukan aktivitas, seperti makan, minum, dan kebersihan diri 7) melibatkan keluarga dalam pemenuhan ADL 8) memberikan obat cefixime trihydrate 200mg, diclofenac sodium 50mg 9) memberikan vitamin cal-95 10) mengkaji skala nyeri (0-10) 11) melakukan kompres dingin 1x sehari selama 15-20 menit 12) anjurkan keluarga pasien membantu pasien melakukan ROM pasif maupun aktif 2x/hari selama 15 menit 13) mengganti balutan dan lakukan perawatan luka 13) mengobservasi luka 14) mengganti balutan dan lakukan perawatan luka

4.6 Evaluasi Keperawatan

Pada tanggal 15 April 2023 pukul diagnosa 1 yaitu keluarga pasien mengatakan bahwa pasien dibantu saat melakukan aktivitas, kekuatan otot pada kaki kanan pasien 3 (0-5), rentang gerak pasien pada kaki kanan meningkat, pasien bergerak secara terbatas, masalah teratasi sebagian, intervensi dilanjutkan, anjurkan keluarga dan pasien untuk melakukan ROM secara rutin dan mandiri.

Diagnosa 2 yaitu yaitu pasien mengatakan skala nyeri 2 (0-10), nyeri dirasakan pada kaki kanan pada bagian paha berkurang dari hari sebelumnya, sudah jarang merasakan nyeri, nyeri berkurang ketika diistirahatkan dan semakin bertambah ketika digerakan, mampu melakukan teknik relaksasi secara mandiri saat nyeri timbul, pasien tidak meringis ketika kaki kanan digerakan, kaki kanan pasien tampak dibidai menggunakan perban elastis, TD : 110/70 mmHg, suhu : 36,1

°C, nadi 78x/menit, RR 20x/menit, masalah teratasi sebagian, intervensi dilanjutkan, anjurkan kaji nyeri secara rutin dan mandiri, anjurkan keluarga untuk melakukan kompres dingin secara mandiri.

Diagnosa 3 yaitu pasien mengatakan nyeri pada lukanya sudah mengurang, pasien mengatakan lukanya sudah membaik, luka pasien mulai mengering, luka pasien bersih, masalah teratasi sebagian, intervensi dilanjutkan, mengganti balutan dan melakukan perawatan luka.

Diagnosa 4 yaitu pasien mengatakan setelah dimandikan setiap pagi merasa segar, keluarga pasien mengatakan bahwa pasien dibantu melakukan kebersihan diri seperti mandi, gosok gigi, keramas, keluarga pasien mengatakan menyanggupi dalam memenuhi kebutuhan kebersihan diri pasien setiap harinya secara bergantian, keluarga pasien mengatakan pasien minimal diseka 1x/hari, pasien dibantu saat melakukan kebersihan diri oleh keluarga, masalah teratasi, intervensi dihentikan.

4.2 Pembahasan Studi Kasus

4.2.1 PENGKAJIAN

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 5 hari dengan proses keperawatan yang meliputi dimulai dari pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan hingga evaluasi maka akan dibahas terkait fakta yang didapat di lapangan yang dikaitkan dengan teori.

Fraktur adalah patahan yang terjadi didalam kontinuitas struktural tulang. Hal ini mungkin tidak lebih dari sebuah retakan, suatu pengisutan, atau pecahnya korteks atau lebih sering disebut sebagai patahan yang sempurna. Fragmen tulang yang dihasilkan mungkin akan berada di tempatnya atau keluar dari tempatnya. Jika kulit atasnya tetap utuh, maka disebut juga fraktur tertutup. Namun jika kulit atau salah satu dari rongga tubuh menerobos keluar atau tertembus, maka disebut juga fraktur terbuka (atau compound) yang dapat menyebabkan kontaminasi dan infeksi (Apley & Solomon, 2018). Menurut (Amin Huda Nurarif & Kusuma, 2015), tanda dan gejala fraktur yaitu nyeri, deformitas, bengkak/edema, ekimosis (memar), spasme otot, pergerakan abnormal, krepitasi, hilangnya fungsi, Pada saat pengkajian Nn. C mengalami tanda dan gejala yaitu nyeri, deformitas, bengkak, spasme otot, pergerakan abnormal, hilangnya fungsi, Nn. C mengalami dampak pada sistem musculoskeletal terdapat luka bekas operasi, terdapat edema di betis sebelah kanan ekstermitas bawah, terdapat luka dibagian kiri atas lutut, mengalami kekakuan di daerah ekstermitas bawah bagian kanan, kekuatan otot ekstermitas bawah kanan

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan dengan hasil pengkajian dari Nn. C maka ditetapkanlah 4 diagnosa keperawatan yang memiliki fokus pada Mobilitas Fisik yang dialami oleh Nn. C, fokus implementasi pada Nn. C Melakukan Latihan ROM Pasif Dikarenakan Terdapatnya Fraktur paada area femur sehingga membuat Nn.C harus tirah baring dan terjadi penurunan kualitas otot.

4.2.3 Intervensi

Rencana Intervensi Pada setiap masalah yang di alami oleh pasien sudah sesuai dengan Intervensi terkait masalah pada Fraktur Femur sesuai dengan SIKI 2018 Dengan diagnosa Gangguan Mobilitas fisik dengan rencana tujuan keperawatan 5x8 jam, diharapkan masalah gangguan mobilitas fisik mengalami perkembangan di buktikan dengan kualitas otot meningkat ,Intervensi yang akan dilaksanakan diantaranya yaitu : Latihan ROM Aktiv maupun pasif, Kaji kekuatan Otot dan lakukan Mobilisasi namun terdapat satu tindakan yang tidak dapat dilakukan yaitu melakukan mobilisasi dikarenakan pasien masih mengeluh nyeri dan pasien belum bisa melakukannya sendiri.

4.2.4 Implementasi

Penulis telah melakukan Implementasi Keperawatan yang di mulai pada tanggal 11 s/d 15 April 2023, Untuk mengatasi masalah masalah keperawatan yang di alami oleh pasien salah satunya gangguan mobilitas fisik yang sudah direncanakan, dimana hari demi hari dengan Latihan Rom kekuatan otot pasien mulai meningkat. Latihan ROM dapat berguna karna latihan ini di peruntukan untuk membuat kualitas otot pasien kembali normal. Pemberian Latihan ROM selain dari menjaga kualitas otot ini juga membantu dalam memelihara persendian pada struktur tulang, dan juga membuat ekstremitas yang terdapat luka tidak terjadi kelainan bentuk sehingga Ketika pasien kembali pulih dapat melakukan aktivitas seperti biasa kembali hal ini sejalan dengan penelitian menurut (Amanda, 2017).

4.2.5 Evaluasi

Setelah dilakukannya asuhan keperawatan selama 5 hari didapatkan hasil evaluasi yaitu peningkatan kekuatan otot pada pasien post operasi fraktur femur

dengan pemasangan orif sesuai dengan teori dari (Nazarina & Bahri 2019), , Pada hari pertama Setelah dilakukannya pemberian latihan ROM Pasif Pasien masih mengeluh nyeri dan kekuatan otot pasien berada di angka 2 dari 0-5 pasien masih sulit untuk melakukan rom aktif maka dri itu penulis membantu dalam pemberian ROM Pasif dan pasien mau untuk dilakukan ROM pasif. hal ini sejalan dengan teori menurut (Nazarina & Bahri 2019) bahwa saat melalukan Latihan ROM Hal yang pasti muncul pada pasien adalah nyeri, nyeri yang dirasakan itu akan berdampak pada peningkatan kualitas otot dan pergerakan persendian,

Hari kedua pasca perawatan Pasien mulai sedikit demi sedikit mencoba melakukan rom aktif terbukti dengan kualitas otot pasien mulai membaik walau kekuatan otot masih di angka 2 dari 0-5 namun pasien mulai bisa menggerakkan sendinya sedikit demi sedikit.hal inipun sejalan dengan penelitian Diana dkk (2017) dimana Jika pasien diberikan latihan ROM sehari 2x dengan rentang waktu latihan 15 menit/1x latihan itu akan meningkatkan kekuatan otot pada pasien.

Setelah dilakukan perawatan hari ke 3 kualitas otot pasien mulai membaik kekuatan otot pasien menjadi 3 dari 0-5 hal ini di dukung oleh penelitian dari Yusiana, dkk (2019) menyebutkan bahwa setelah dilakukan intervensi ROM selama 3 hari kekuatan otot pasien akana meningkat hal ini sejalan dengan 2 peneliti lainnya yaitu Rino (2017) dan Jufri (2013)

Pada hari terakhir perawatan Pasien sudah bisa melakukan ROM aktif secara mandiri dan mampu melakukan mika miki, hal ini di buktikan oleh teori menurut Prima (2014) Bahwa semakin sering melakukan ROM aktif maka

persendian maupun otot pasien akan terus membaik seiring tidak terjadinya perubahan bentuk pada luka operasi.

4.3 Keterbatasan Studi Kasus

Studi kasus mengenai asuhan keperawatan pada Nn. C dengan gangguan nyeri akut di ruang Zaid Bin Said yang bertempat di RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat yang telah dilaksanakan selama 5 hari terdapat hal yang menghambat jalannya studi kasus yaitu selama melaksanakan studi kasus sehingga evaluasi yang diperoleh peneliti hanya berfokus pada pemahaman pasien dan keluarga mengenai bagaimana melakukan perawatan pasien dengan post operasi fraktur.