

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA NY. M DENGAN
DIAGNOSA MEDIS CLOSE FRAKTUR COLLUM FEMUR SINISTRA
DI RUANG OK CENTRAL RSPAL DR. RAMELAN
SURABAYA**



Oleh:

INAYATUL MAULUDIYAH, S.Kep
NIM. 2230052

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
2023**

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA NY. M DENGAN
DIAGNOSA MEDIS CLOSE FRAKTUR COLLUM FEMUR SINISTRA
DI RUANG OK CENTRAL RSPAL DR. RAMELAN
SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk
memperoleh gelar Ners**



Oleh:

INAYATUL MAULUDIYAH, S.Kep
NIM. 2230052

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
2023**

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Inayatul Mauludiyah, S.Kep

NIM : 2230052

Program Studi : Profesi Ners

Tanggal Lahir : 03 Mei 2000

Menyatakan bahwa karya ilmiah akhir ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya menerima sanksi yang dijatuhkan STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 12 Juni 2023
Penulis

Inayatul Mauludiyah, S.Kep
NIM. 2230052

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : Inayatul Mauludiyah

NIM : 2230052

Program Studi : Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Ny. M Dengan
Diagnosa Medis *Close Fraktur Collum Femur Sinistra* Di Ruang Ok
Central Rspal Dr. Ramelan Surabaya

Serta perbaikan – perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat
menyetujui karya ilmiah akhir ini guna memenuhi sebagian persyaratan untuk
memperoleh gelar:

Ners (Ns.)
Surabaya, 12 Juni 2023

Pembimbing I

Pembimbing II

Ninik Ambar Sari, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 03039

Tri Sunu Prabolaksono, S.Kep., Ns
NIP. 197306171994031005

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya
Tanggal : 12 Juni 2023

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari:

Nama : Inayatul Mauludiyah

NIM : 2230052

Program Studi : Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Ny. M Dengan
Diagnosa Medis *Close Fraktur Collum Femur Sinistra* Di Ruang Ok
Central Rspal Dr. Ramelan Surabaya

Tetap dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Ilmiah Akhir di STIKES
Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk
memperoleh gelar “NERS (Ns)” pada program studi Pendidikan Profesi Ners
STIKES Hang Tuah Surabaya.

Penguji 1 : **Iis Fatimawati, S.Kep., Ns., M.Kes** _____
NIP. 03067

Penguji 2 : **Ninik Ambar Sari, S.Kep., Ns., M.Kep** _____
NIP. 03039

Penguji 3 : **Tri Sunu Prabolaksono, S.Kep., Ns** _____
TK I III D NIP. 197306171994031005

Mengetahui,
KAPRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS
STIKES HANG TUAH SYRABAYA

Dr. Hidayatus syadiyah, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 03009

KATA PENGANTAR

Segala puji syukur peneliti panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, atas limpahan karunia dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyusun karya tulis ini dapat diselesaikan sesuai waktu yang telah ditentukan. Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Program Studi profesi Ners.

Karya tulis ini disusun dengan memanfaatkan berbagai literature serta mendapatkan banyak pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak, penulis menyadari tentang segala keterbatasan kemampuan dan pemanfaatan literatur sehingga karya tulis ini dibuat dengan sangat sederhana baik dari segi sistematika maupun isinya jauh dari sempurna.

Peneliti menyampaikan rasa terimakasih, rasa hormat dan penghargaan kepada:

1. Laksamana Pertama TNI dr. Eko P. A. W. ., Sp.OT (K) Hip and Knee., FICS selaku kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan ijin dan lahan prektik untuk penyusunan karya ilmiah akhir.
2. Dr. A. V. Sri Suhardiningsih, S.Kep., M.Kes. selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada penulis untuk menyelesaikan pendidikan Ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
3. Pembantu ketua 1, Pembantu ketua 2 dan Pembantu ketua 3 atas kesempatan yang telah diberikan kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir dengan baik.
4. Ibu Hidayatus Syadiyah, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Ketua Program Studi profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya

manusia.

5. Ibu Iis Fatimawati, S.Kep., Ns., M.Kes selaku penguji ketua saya yang telah memberikan arahan kepada saya sehingga saya bisa menyelesaikan karya ilmiah akhir ini dengan tepat waktu.
6. Ibu Ninik Ambar Sari, S.Kep., Ns., M.Kep selaku pembimbing yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
7. Bapak Tri Sunu Prabolaksono, S.Kep., Ns selaku pembimbing lahan yang telah bersedia membimbing dan memberi arahan sehingga saya dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
8. Ibu Nadia Oktiari, Amd selaku kepala perpustakaan di Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah menyediakan sumber pustaka dalam penyusunan penelitian ini.

Semoga budi baik yang telah diberikan kepada peneliti mendapatkan balasan rahmat dari Allah Yang Maha Pemurah. Akhirnya peneliti berharap bahwa skripsi ini bermanfaat bagi kita semua Amin Ya Robbal Alamin.

Surabaya, 12 Juni 2023

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
DAFTAR SINGKATAN	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan.....	5
1.3.1 Tujuan Umum	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat Karya Ilmiah.....	5
1.4.1 Secara Teoritis.....	6
1.4.2 Secara Praktis	6
1.5 Metode Penulisan	7
1.5.1 Metode.....	7
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data.....	7
1.5.3 Sumber Data.....	7
1.6 Sistematika Penulisan	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	9
2.1 Konsep Fraktur	9
2.1.1 Anatomi Fisiologi Femur	9
2.1.2 Definisi Fraktur	16
2.1.3 Klasifikasi Fraktur.....	16
2.1.4 Etiologi.....	19
2.1.5 Patofisiologi Fraktur	19
2.1.6 Manifestasi Klinis Fraktur.....	20

2.1.7	Penatalaksanaan Fraktur.....	21
2.1.8	Pemeriksaan Penunjang Fraktur.....	26
2.1.9	Komplikasi Fraktur	27
2.2	Konsep Perioperatif	30
2.2.1	Definisi Perioperatif	30
2.2.2	Indikasi dan Klasifikasi Operasi	31
2.2.3	Kondisi Medis Yang Meningkatkan Resiko	32
2.2.4	Peran Perawat dalam Asuhan Keperawatan Perioperatif.....	34
2.2.5	Persiapan Perioperatif	35
2.3	Konsep Asuhan Keperawatan.....	38
2.3.1	Pengkajian	38
2.3.2	Diagnosa Keperawatan <i>Preoperatif</i>	42
2.3.3	Diagnosa Keperawatan <i>Perioperatif</i>	43
2.3.4	Diagnosa Keperawatan <i>Postoperatif</i>	43
2.3.5	Intervensi Keperawatan.....	43
2.3.6	Implementasi Keperawatan.....	60
2.3.7	Evaluasi Keperawatan	60
2.4	WOC.....	61
BAB 3 TINJAUAN KASUS.....		62
3.1	Pengkajian	62
3.1.1	Keluhan	62
3.1.2	Riwayat Penyakit Sekarang.....	62
3.1.3	Riwayat Penyakit Dahulu.....	63
3.1.4	Keadaan Umum.....	63
3.2	Asuhan Keperawatan Perioperatif	63
3.2.1	Pengkajian	63
3.2.2	Analisa Data	64
3.2.3	Intervensi Keperawatan.....	65
3.2.4	Implementasi Keperawatan.....	66
3.3	Asuhan Keperawatan Intra Operatif	68
3.3.1	Pengkajian	68
3.3.2	Analisa Data	69
3.3.3	Intervensi Keperawatan.....	69
3.3.4	Implementasi Keperawatan.....	70

3.4	Asuhan Keperawatan Post Operatif.....	71
3.4.1	Pengkajian	71
3.4.2	Analisa Data Post Operatif.....	71
3.4.3	Invervensi Keperawatan.....	71
3.4.4	Implementasi Keperawatan.....	72
BAB 4	PEMBAHASAN	70
4.1	Pengkajian Keperawatan	70
4.1.1	Identitas	70
4.1.2	Keluhan dan Riwayat Penyakit	76
4.1.3	Pemeriksaan Fisik	76
4.2	Diagnosa Keperawatan	79
4.2.1	Diagnosa Keperawatan Pre Operatif	79
4.2.2	Diagnosa Keperawatan Intra Operatif.....	80
4.2.3	Diagnosa Keperawatan Post Operatif	80
4.3	Intervensi Keperawatan	81
4.3.1	Intervensi Keperawatan Pre Operatif.....	81
4.3.2	Intervensi Keperawatan Intra Operatif.....	83
4.3.3	Intervensi Keperawatan Post Operatif	84
4.4	Implementasi Keperawatan	84
4.5	Evaluasi Keperawatan	86
BAB 5	PENUTUP.....	87
5.1	Kesimpulan.....	87
5.2	Saran	88
DAFTAR PUSTAKA		89
LAMPIRAN.....		92

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan <i>Preoperatif</i>	43
Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan Intra Operasi.....	49
Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan Post Operasi	54
Tabel 3.1 Diagnosis Keperawatan Pre Operasi pada Ny. M dengan Diagnosis <i>Close Fraktur Collum Femur Sinistra</i>	64
Tabel 3.2 Intervensi Keperawatan Pre Operasi pada Ny. M dengan Diagnosis <i>Close Fraktur Collum Femur Sinistra</i>	65
Tabel 3.3 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Pre Operasi pada Ny. M dengan Diagnosis <i>Close Fraktur Collum Femur Sinistra</i>	66
Tabel 3.4 Diagnosis Keperawatan Intra Operasi pada Ny. M dengan Diagnosis <i>Close Fraktur Collum Femur Sinistra</i>	69
Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan Intra Operasi pada Ny. M dengan Diagnosis <i>Close Fraktur Collum Femur Sinistra</i>	69
Tabel 3.6 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Intra Operasi pada Ny. M dengan Diagnosis <i>Close Fraktur Collum Femur Sinistra</i>	70
Tabel 3.7 Diagnosis Keperawatan Post Operasi pada Ny. M dengan Diagnosis <i>Close Fraktur Collum Femur Sinistra</i>	71
Tabel 3.8 Intervensi Keperawatan Post Operasi pada Ny. M dengan Diagnosis <i>Close Fraktur Collum Femur Sinistra</i>	71
Tabel 3.9 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Post Operasi pada Ny. M dengan Diagnosis <i>Close Fraktur Collum Femur Sinistra</i>	72

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.	Os. Femur.....	8
Gambar 2.	Bentuk varus dan valgus dari collum femur.....	10
Gambar 3.	Hip Axis Length dan Neck Shaft Angle (α).....	11
Gambar 4.	Garis trabekula pada caput dan collum femur.....	12
Gambar 5.	Kapsul sendi panggul dan penebalannya (ligamen), dari sisi anterior (A), dan posterior (B).....	13
Gambar 6.	Anatomi vaskuler dari caput dan collum femur. (A) Sisi anterior, (B) Sisi Posterior. LFC : Lateral Femoral Circumflex Artery.....	14

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 <i>Curriculum Vitae</i>	93
Lampiran 2 Motto dan Persembahan	93
Lampiran 3 Lembar Konsul	94
Lampiran 4 Standar Operasional Prosedur	95

DAFTAR SINGKATAN

AGD	: Analisa Gas Darah
AIDS	: <i>Acquired Immunodeciency Sindrom</i>
CRT	: <i>Capillary Refil Time</i>
DM	: Diabetes Mellitus
DOTS	: <i>Directly Observed Threatment, Short-course</i>
EKG	: <i>Electrocardiogram</i>
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
GDA	: Gula Darah Acak
Hip	: <i>Hemiarthroplasty</i>
HIV	: <i>Human Immunodeficiency</i>
ICU	: Intensif Care Unit
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
MAP	: <i>Mean Arterial Pressure</i>
MRI	: <i>Magnestic Resonance Imaging</i>
OK	: Operasi Kamar
OREF	: <i>Open Reduction and External Fixation</i>
ORIF	: <i>Open Reduction and Internal Fixation</i>
PQRST	: <i>Provokes, Quality, Region, Scale, Time</i>
PT	: <i>Prothrombin</i>
PTT	: <i>Thromboplastin Time</i>
RNFL	: <i>Renal Nerve Fibre Layer</i>
ROM	: <i>Range Of Motion</i>
RSPAL	: Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut
TENS	: <i>Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation</i>
TGC	: Tim Gerak Cepat
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Fraktur adalah patah tulang yang biasanya disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik. Kekuatan dari tenaga tersebut, keadaan tulang itu sendiri, dan jaringan lunak di sekitar tulang akan menentukan kondisi fraktur tersebut (Suriya & Zuriati, 2019). Kebutuhan dasar manusia yang akan terganggu yaitu kebutuhan rasa aman yang meliputi rasa aman fisik, stabilitas, ketergantungan, perlindungan dan kebebasan (Mark, 2016). Jika tidak segera ditangani akan timbul nyeri gerak sehingga mobilitas fisik terganggu, kerusakan pembuluh darah kecil atau besar pada waktu terjadinya fraktur mengakibatkan terjadinya perdarahan hebat yang menyebabkan tekanan darah menjadi turun, begitu pula dengan suplay darah ke otak sehingga kesadaran pun menurun yang berakibat syok hipovolemik dan jika terjadi fraktur terbuka yang mengenai jaringan lunak sehingga terdapat luka serta kuman akan mudah masuk sehingga kemungkinan dapat terjadi infeksi. Masalah keperawatan yang muncul pada pasien fraktur adalah nyeri akut, perfusi perifer tidak efektif, gangguan integritas kulit, gangguan mobilitas fisik, dan resiko syok (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Menurut Maslow, orang-orang yang tidak aman akan bertingkah laku sama seperti anak-anak yang tidak aman. Mereka akan bertingkah laku seakan-akan selalu dalam keadaan sangat terancam. Seseorang yang tidak aman memiliki kebutuhan akan keteraturan dan stabilitas secara berlebihan serta akan berusaha keras menghindari hal-hal yang bersifat asing dan yang tidak diharapkannya (Goble, 2017).

World Health Organization (WHO) mencatat cedera lalu lintas adalah

penyebab kematian nomor 8 di dunia bagi segala usia. Jumlah kematian akibat kecelakaan lalu lintas terus meningkat, mencapai angka kematian tertinggi 1,35 juta pada tahun 2018. Tingkat kematian tertinggi terdapat di Afrika dengan angka kematian 26.600 orang dan Asia Tenggara dengan angka kematian 20.700 orang (WHO, 2018). Fraktur di Indonesia menjadi salah satu penyebab kematian terbesar ketiga setelah penyakit jantung coroner dan tuberkulosis (Susanti & Hayyu, 2020). Menurut data Riskesdas tahun 2018 menemukan ada sebanyak 92.976 kejadian terjatuh yang mengalami fraktur adalah sebanyak 5.114 jiwa. Insiden fraktur di Jawa Timur berada pada posisi tertinggi nomor 14 dengan sebanyak 297 jiwa (Depkes RI, 2018). Data *prevalensi* di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya teruntuk ruang OK Central didapatkan dari bulan Desember 2022 – Februari 2023 total pasien fraktur ada 84 orang dari total keseluruhan pasien sebanyak 1.315 (Rekam Medis RSPAL, 2022).

Penyebab dari fraktur adalah cedera/trauma/ruda paksa dimana penyebab utamanya adalah trauma langsung yang mengenai tulang seperti kecelakaan lalu lintas dengan menggunakan transportasi (Black joyce. M & Jane Hokanse Hawks, 2014). Sewaktu tulang patah perdarahan biasanya terjadi disekitar tempat patah ke dalam jaringan lunak disekitar tulang tersebut, jaringan lunak yang biasanya mengalami kerusakan. Fraktur dibagi menjadi fraktur terbuka dan fraktur tertutup. Fraktur tertutup ialah apabila tidak terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar. Sedangkan fraktur terbuka ialah apabila terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar yang mengenai perlukaan di kulit. Secara klinis fraktur femur terbuka sering didapatkan adanya kerusakan neurovaskular yang akan memberikan manifestasi peningkatan resiko syok, baik syok

hipovolemik karena kehilangan darah (pada setiap patah satu tulang femur diprediksi akan hilangnya darah 500 cc dari sistem vaskular), maupun neurogenik disebabkan rasa nyeri yang sangat hebat akibat kompresi atau kerusakan saraf yang berjalan dibawah tulang femur. Pada saat tulang patah, pendarahan biasanya terjadi disekitar area patah kedalam jaringan lunak sekitar tulang tersebut, jaringan lunak juga dapat mengalami kerusakan. Reaksi perdarahan biasanya timbul hebat setelah fraktur. Sel-sel darah putih dan sel mast berakumulasi menyebabkan peningkatan aliran darah ketempat tersebut aktivitas osteoblast terangsang dan terbentuk tulang baru matur yang disebut callus. Bekuan fibrin di reabsorpsi dan sel-sel tulang baru mengalami remodeling untuk membentuk tulang sejati. Insufisiensi pembuluh darah atau penekanan serabut saraf yang berkaitan dengan pembengkakan yang tidak ditangani dapat menurunkan asupan darah ke ekstremitas dan mengakibatkan kerusakan saraf perifer. Bila tidak terkontrol, pembengkakan akan mengakibatkan peningkatan tekanan jaringan, oklusi darah total dan berakibat anoreksia mengakibatkan rusaknya serabut saraf maupun jaringan otot, komplikasi ini dinamakan sindroma kompartmen (Ariyanti, 2020)

Penatalaksanaan fraktur tersebut dapat mengakibatkan masalah atau komplikasi seperti kesemutan, nyeri, kekakuan otot bengkak atau edema serta pucat pada anggota gerak yang di operasi (Carpintero, P., Caeiro, J., Morales, A., Carpintero, R., Mesa, M., Silva, 2016). Pada umumnya pasien yang mengalami fraktur akan dilakukan manajemen nyeri berupa kolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgetik, imobilisasi dengan pembidaian untuk mengurangi pergerakan pasien agar tidak memperparah nyeri atau kondisi tulang, selanjutnya dokter akan

melakukan tindakan bedah untuk memperbaiki struktur tulang yang mengalami kerusakan (Mediarti, 2016).

Peran perawat salah satunya adalah memberi edukasi dan penyedia layanan kesehatan karena sangat penting pasien mengetahui penatalaksanaan apa saja pada kondisi fraktur. Sehingga perawat melakukan pengkajian terhadap pasien tentang kondisinya. Sebelum melakukan operasi peran perawat memberikan edukasi agar bisa mengurangi ansietas pasien dan ketika pasien sudah masuk di kamar operasi peran perawat monitor kondisi pasien sampai pasien keluar dari kamar operasi, kemudian membentuk suatu diagnosa keperawatan tentang kondisi pasien, merencanakan tindakan yang akan dilakukan kepada pasien, mengevaluasi kondisi pasien, mendokumentasikan kondisi pasien. Berdasarkan latar belakang tersebut, maka perlu melakukan penerapan asuhan keperawatan pada Ny. M dengan diagnosa medis *Close Fraktur Collum Femur Sinistra* di ruang OK Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah, dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut :

“Bagaimanakah pelaksanaan asuhan keperawatan gawat darurat pada pasien dengan diagnosa medis *close fraktur colum femur sinistrat* di ruang OK Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya?”

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mengkaji individu secara mendalam yang dihubungkan dengan penyakitnya melalui proses asuhan keperawatan gawat darurat pada pasien dengan Close Fraktur Collum Femur Sinistra yang dilakukan tindakan Hip Bipolar di ruang OK Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian pada pasien Close Fraktur Collum Femur Sinistra yang dilakukan tindakan Hip Bipolar di ruang OK Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
2. Melakukan analisa masalah, prioritas masalah dan menegakkan diagnosa keperawatan pada pasien di ruang OK Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
3. Menyusun rencana asuhan keperawatan kegawatdaruratan pada masing-masing diagnosa Keperawatan pasien di ruang OK Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
4. Melaksanakan tindakan Asuhan keperawatan kegawatdaruratan pada pasien di ruang OK Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
5. Melakukan evaluasi asuhan keperawatan kegawatdaruratan pada pasien di ruang OK Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

1.4 Manfaat Karya Ilmiah

Berdasarkan tujuan umum maupun tujuan khusus maka karya tulis ilmiah ini diharapkan bisa memberikan manfaat baik bagi kepentingan pengembangan

program maupun bagi kepetingan ilmu pengetahuan, adapun manfaat – manfaat dari karya tulis ilmiah secara teoritis maupun praktis seperti tersebut dibawah ini:

1.4.1 Secara Teoritis

Dengan pemberian asuhan keperawatan secara cepat, tepat dan efisien akan menghasilkan keluaran klinis yang baik, menurunkan angka kejadian morbidity, disability dan mortalitas pada pasien dengan *close fraktur*

1.4.2 Secara Praktis

1. Bagi Institusi Rumah Sakit

Dapat sebagai masukan untuk menyusun kebijakan atau pedoman pelaksanaan pasien dengan *close fraktur* sehingga pelaksanaan ini bisa dilakukan dan dapat menghasilkan keluaran klinis yang baik bagi pasien yang mendapatkan asuhan keperawatan gawat darurat di institusi rumah sakit yang bersangkutan

2. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat digunakan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta meningkatkan kualitas asuhan keperawatan kegawatdaruratan pada pasien dengan *close fraktur* serta meningkatkan pengembangan profesi keperawatan

3. Bagi Keluarga Pasien

Sebagai bahan penyuluhan kepada keluarga tentang bagaimana cara perawatan pasien dengan *close fraktur* sehingga keluarga mampu menggunakan pelayanan medis gawat darurat

4. Bagi Penulis Selanjutnya

Bahan penulisan ini bisa digunakan sebagai perbandingan atau gambaran tentang asuhan keperawatan kegawatdaruratan pasien dengan *close fraktur* sehingga selanjutnya mampu mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang terbaru

1.5 Metode Penulisan

1.5.1 Metode

Studi kasus yaitu metode yang memusatkan perhatian pada satu obyek tertentu yang diangkat sebagai sebuah kasus untuk dikaji secara mendalam sehingga mampu membongkar realitas dibalik fenomena

1.5.2 Teknik Pengumpulan Data

1. Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan, reaksi, sikap dan perilaku pasien yang dapat diamati.

2. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium serta pemeriksaan penunjang lainnya yang dapat menegakkan dan penanganan selanjutnya.

3. Wawancara

Data yang didapat dari pernyataan keluarga setelah mendapat beberapa pertanyaan dari penulis.

1.5.3 Sumber Data

1. Data Primer

Data yang diperoleh dari pasien

2. Data Sekunder

Data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien, catatan medis, hasil – hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lainnya.

3. Studi Kepustakaan

Mempelajari buku dan jurnal sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

Dalam studi kasus secara keseluruhan dibagi dalam 3 bagian, yaitu:

1. Bagian awal memuat halaman judul, abstrak penulisan, persetujuan pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi, daftar gambar dan daftar lampiran dan abstraksi.
2. Bagian inti meliputi lima bab, yang masing – masing bab terdiri dari sub bab berikut ini:

BAB 1: Pendahuluan yang berisi tentang latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan manfaat penulisan dan sistematika penulisan studi kasus.

BAB 2: Landasan teori yang berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa *Fraktur*.

BAB 3: Hasil yang berisi data hasil pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan.

BAB 4: Pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi data, teori dan opini serta analisis.

BAB 5: Simpulan dan saran.

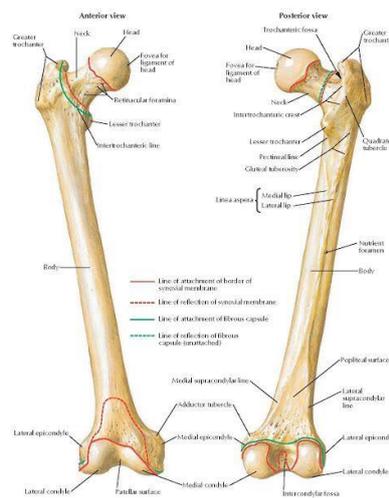
BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Fraktur

2.1.1 Anatomi Fisiologi Femur

Bagian femur dari panggul terdiri dari *caput* femur dengan kartilago artikular serta *collum* femur, yang menghubungkan antara caput femur dan diafisis femur pada daerah antara *trochanter* mayor dan minor. Membran *synovial* menempel pada seluruh permukaan *caput* femur dan *collum* femur di bagian anterior, dan hanya bagian proksimal dari posterior *collum* femur.

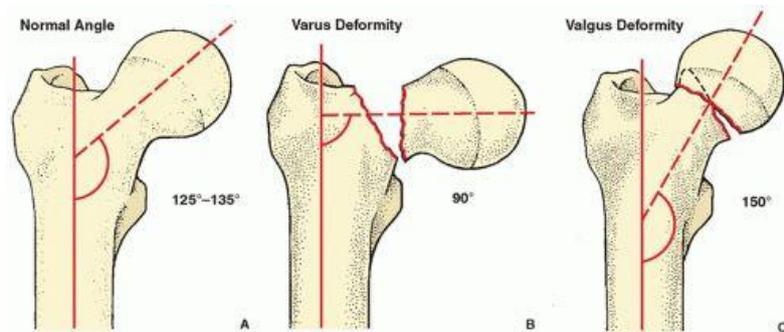


Gambar 1. Os. Femur

(Dikutip dari : Thompson J. Netter's Concise Orthopaedic Anatomy 2nded. Philadelphia : Saunders – Elsevier, 2010. P : 249)

Ukuran dan bentuk dari *collum* femur sangatlah bervariasi antar individu. Terdapat pembengkokan ke anterior dari *collum* femur (*femoral anteversion*) yaitu sekitar $10^{\circ} \pm 7^{\circ}$ pada individu normal. Diameter dari caput femur sebesar berkisar antara 40 – 60 mm tergantung dari ukuran tubuh individu. Ketebalan dari kartilago sendi bervariasi antara 4mm pada *apex caput* femur dan 3mm pada bagian perifer.

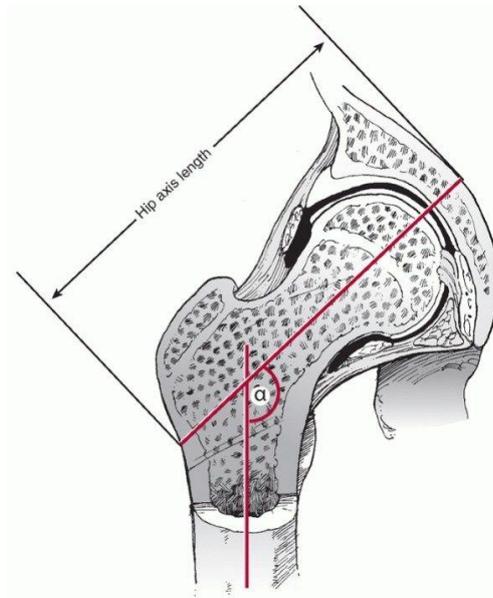
Collum femur bersudut dengan diafisis femur (*neck shaft angle*) sekitar 125 - 135° pada panggul yang normal, sudut *collum – shaft* femur yang kurang dari normal disebut *coxa vara*, dan sudut yang berukuran lebih besar dari ini disebut *coxa valga*.



Gambar 2. Bentuk varus dan valgus dari collum femur

(Sumber : Keating J. Femoral Neck Fractures In : Bucholz R, Heckman J, et al. Rockwood and Green's 7thed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 2010, p. 1563-1592)

Hip axis length adalah jarak antara sisi lateral dari regio *trochanter* sepanjang sudut dari *collum* femur hingga ke permukaan dalam dari pelvis. Peningkatan dari panjang *hip axis length*, lebar *collum* femur serta lebih kecilnya *neck shaft angle* berhubungan dengan peningkatan resiko mengalami fraktur *collum* femur.

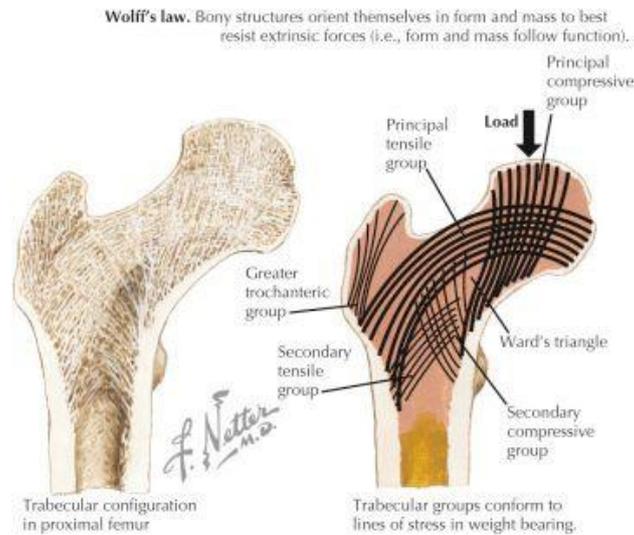


Gambar 3: Hip Axis Length dan Neck Shaft Angle (α)

(Sumber: Keating J. Femoral Neck Fractures In : Bucholz R, Heckman J. et al. Rockwood and Green's 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2010, p. 1563-1592)

Sudut *collum* femur dan *femoral neck anteversion* harus dipertimbangkan pada perencanaan pre operasi untuk menentukan rencana reduksi dan fiksasi. Peningkatan sudut anteversi femur yang ditemukan pada kasus *coxa vara* atau *coxa valga* akan mempengaruhi tempat peletakan implant.

Sistem trabekula internal dari *caput* femur – *collum* femur berorientasi sesuai dengan garis pembebanan pada tulang, bagian paling tebal berasal dari daerah *calcar* dan melebar ke bagian bawah dari *caput* femur. *Calcar femorale* adalah lempengan tulang yang tebal yang berasal dari bagian posterior sisi medial dari diafisis femur, yang kemudian akan menyatu dengan *collum* femur dan melebar ke superior mengarah ke *trochanter* mayor, kemudian akan menyatu dengan korteks sisi posteriordari *collum* femur.

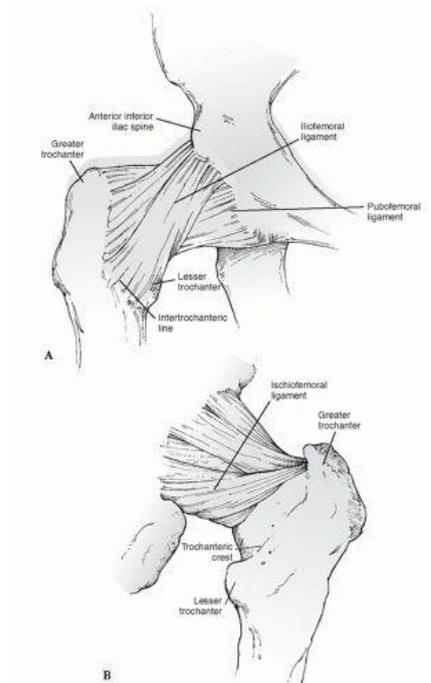


Gambar 4. Garis trabekula pada caput dan collum femur

(Sumber: Thompson J. Netter's Concise Orthopaedic Anatomy 2nd ed. Philadelphia : Saunders - Elsevier, 2010. P : 249)

Aliran darah ke caput femur berasal dari tiga sumber : (1). Pembuluh darah kapsular, pembuluh darah *intramedullary*, dan pembuluh darah dari ligamentum teres. Pada orang dewasa, sumber paling penting untuk vaskularisasi untuk caput femur adalah pembuluh darah yang berasal dari pembuluh darah kapsular. Pembuluh darah kapsular ini berasal dari arteri femoralis *circumflexa* medial dan lateral yang pada 79% dari populasi merupakan cabang dari arteri femoralis profunda, sedangkan pada 20% populasi salah satu dari cabang ini berasal dari arteri femoralis, dan sisa 1% dari populasi kedua pembuluh darah ini berasal dari arteri femoralis. A. *circumflexamedialis* dan *lateralis* membentuk cincin anastomosis ekstrakapsular pada pangkal dari leher femur, kemudian membentuk *ascending cervical capsular vessel*. Kemudian pembuluh darah ini menembus kapsul anterior pada pangkal dari leher femur setinggi garis intertrokanterika. Pada sisi posterior dari leher femur, pembuluh darah ini menembus kapsul dibawah serat *orbicularis*

menuju permukaan sendi. Didalam kapsul, pembuluh darah ini disebut sebagai pembuluh darah retinakular. Terdapat empat kelompok utama (anterior, medial, lateral, dan posterior) dimana kelompok lateral adalah kontributor utama untuk suplai darah pada caput femur.

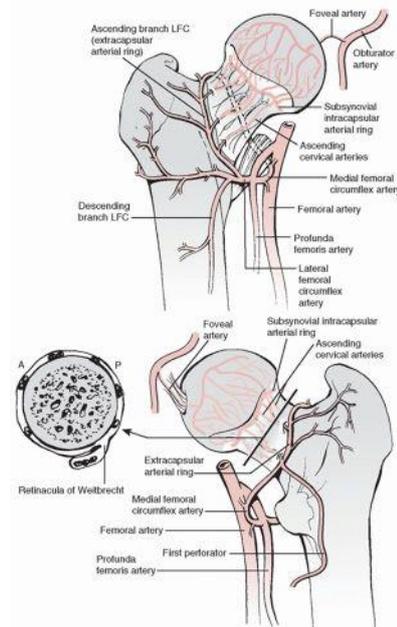


Gambar 5. Kapsul sendi panggul dan penebalannya (ligamen), dari sisi anterior (A), dan posterior (B)

(Sumber : Keating J. Femoral Neck Fractures In : Bucholz R, Heckman J, et al. Rockwood and Green's 7thed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 2010, p. 1563-1592)

Pembuluh darah retinacula yang paling penting berasal dari cabang profunda dari arteri femoralis *circumflexa* medial. Pembuluh darah ini memperdarahi daerah *weight bearing* utama dari caput femur. Peranan arteri femoralis *circumflexa* lateral dan pembuluh darah metafisis tidak begitu penting bila dibandingkan arteri femoralis *circumflexa* medial. Pada perbatasan antara permukaan sendi dari caput femur dengan *collum* femur, terdapat cincin

anastomosis kedua, yaitu *subsynovial intraarticular ring*. Ujung terminal dari arteri *circumflexa* medial profunda menembus caput femur 2-4 mm proksimal dari permukaan sendi pada sisi posterosuperior.



Gambar 6. Anatomi vaskuler dari caput dan collum femur. (A) Sisi anterior, (B) Sisi Posterior. LFC : Lateral Femoral Circumflex Artery

(Sumber : Keating J. Femoral Neck Fractures In : Bucholz R, Heckman J, et al. Rockwood and Green's 7thed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 2010, p. 1563-1592)

Kapsul dari sendi panggul meluas kebawah hingga garis intertrokanter pada sisi anterior dari *collum* femur, namun di sisi posterior, bagian lateralnya tidak ditutupi kapsul sendi (ekstra kapsular). Terdapat tiga ligamen yang merupakan penebalan dari kapsul sendi panggul dan berfungsi sebagai stabilisator dari sendi panggul, yaitu ligamen ischiofemoral yang membatasi gerakan interal rotasi pada fleksi dan ekstensi. Ligamen iliofemoral mengontrol rotasi eksterna pada fleksi, dan rotasi internal serta rotasi eksternal pada ekstensi. Ligamen pubofemoral

mengontrol rotasi eksternal pada saat ekstensi dengan bantuan ligamen iliofemoral. Peningkatan tegangan pada ligamen iliofemoral diduga berperan dalam patogenesis fraktur collum femur dan kominusi dari *collum* posterior; yang merupakan karakteristik dari cedera *injury*.

Sendi panggul mendapat persarafan dari nervus obturator, femoral, ischiadicus, dan nervus gluteus superior. Sisi anteromedial dari sendi dipersarafi oleh nervus obturatorius, sedangkan kapsul anterior mendapatkan persarafan dari nervus femoralis. Bagian posterior dari sendi panggul dipersarafi oleh nervus ischiadicus dan sedikit kontribusi oleh nervus gluteus superior.

Fleksi panggul terjadi akibat kontraksi dari otot iliopsoas yang berinsersi pada trokanter minor. Saat *collum* femur intak, kontraksi pada otot ini juga menyebabkan rotasi interna. Sedangkan saat terjadi fraktur pada *collum* femur, tarikan otot akan menyebabkan rotasi eksterna pada batang femur. Rotasi eksterna dari panggul juga diakibatkan oleh kerja otot piriformis, gemellus dan obturator internus. Sedangkan abduksi panggul akibat tarikan dari otot gluteus yang dipersarafi oleh nervus gluteus superior. Adduksi pada panggul terjadi akibat tarikan dari otot yang berada dalam kompartemen *adductor*, yang dipersarafi oleh nervus obturator. Otot-otot ini terdiri dari medulla adductor longus, adductor magnus, dan adductor brevis. Kelompok otot ini tidak begitu penting dalam fraktur collum femur, namun dapat menyebabkan pemendekan tungkai pada fraktur intrakapsular yang mengalami pergeseran (*displaced*) (Hendra Cahya Kumara, 2016).

2.1.2 Definisi Fraktur

Fraktur adalah suatu kondisi yang terjadi ketika ketuhanan dan kekuatan dari tulang mengalami kerusakan yang disebabkan oleh penyakit invasif atau suatu proses biologis yang merusak (Kenneth A. Egol, Kenneth J. Koval, 2016).

Fraktur atau patah tulang disebabkan karena trauma atau tenaga fisik, kekuatan dan sudut dari tenaga tersebut, keadaan tulang dan jaringan lunak disekitar tulang merupakan penentu apakah fraktur terjadi lengkap atau tidak lengkap (Astanti, 2017).

2.1.3 Klasifikasi Fraktur

Menurut Sulistyaningsih (2016) berdasarkan ada tidaknya hubungan antar tulang dibagi menjadi :

1. Fraktur Terbuka adalah patah tulang yang menembus kulit dan memungkinkan adanya hubungan dengan dunia luar serta menjadikan adanya kemungkinan untuk masuknya kuman atau bakteri ke dalam luka. Berdasarkan tingkat keparahannya fraktur terbuka dikelompokkan menjadi 3 kelompok besar menurut klasifikasi (Gustilo RB, 2015), yaitu:

- a. Derajat I

Kulit terbuka <1 cm tanpa kerusakan jaringan lunak yang luas, komponen penghancuran minimal sampai sedang, fraktur dengan luka terbuka melintang sederhana dengan pemecahan minimal.

- b. Derajat II

Kulit terbuka >1 cm tanpa kerusakan jaringan lunak yang luas, komponen penghancuran minimal sampai sedang, fraktur dengan luka terbuka melintang sederhana dengan pemecahan minimal.

c. Derajat III

Kerusakan jaringan lunak yang lebih luas, termasuk otot, kulit, dan struktur neurovaskuler, cedera yang disebabkan oleh energi tinggi dengan kehancuran komponen tulang yang parah.

1) Derajat IIIA

Laserasi jaringan lunak yang luas, cakupan tulang yang memadai, fraktur segmental, pengupasan periosteal minimal.

2) Derajat IIIB

Cedera jaringan lunak yang luas dengan pengelupasan periosteal dan paparan tulang yang membutuhkan penutupan jaringan lunak; biasanya berhubungan dengan kontaminasi masif.

3) Derajat IIIC

Cedera vaskular yang membutuhkan perbaikan.

2. Fraktur Tertutup adalah patah tulang yang tidak mengakibatkan robeknya kulit sehingga tidak ada kontak dengan dunia luar. Fraktur tertutup diklasifikasikan berdasarkan tingkat kerusakan jaringan lunak dan mekanisme cedera tidak langsung dan cedera langsung antara lain:

- a. Derajat 0 Cedera akibat kekuatan yang tidak langsung dengan kerusakan jaringan lunak yang tidak begitu berarti
- b. Derajat 1 Fraktur tertutup yang disebabkan oleh mekanisme energi rendah sampai sedang dengan abrasi superfisial atau memar pada

jaringan lunak di permukaan situs fraktur.

- c. Derajat 2 Fraktur tertutup dengan memar yang signifikan pada otot, yang mungkin dalam, kulit lecet terkontaminasi yang berkaitan dengan mekanisme energi sedang hingga berat dan cedera tulang, sangat beresiko terkena sindrom kompartemen.
- d. Derajat 3 Kerusakan jaringan lunak yang luas atau avulsi subkutan dan gangguan arteri atau terbentuk sindrom kompartemen (Kenneth A. Egol, Kenneth J. Koval, 2016).

Menurut Purwanto (2016) berdasarkan garis frakturnya dibagi menjadi:

1. Fraktur Komplet
Yaitu fraktur dimana terjadi patahan diseluruh penampang tulang biasanya disertai dengan perpindahan posisi tulang.
2. Fraktur Inkomplet
Yaitu fraktur yang terjadi hanya pada sebagian dari garis tengah tulang.
3. Fraktur Transversal
Yaitu fraktur yang terjadi sepanjang garis lurus tengah tulang.
4. Fraktur Oblig
Yaitu fraktur yang membentuk garis sudut dengan garis tengah tulang.
5. Fraktur Spiral
Yaitu garis fraktur yang memuntir seputar batang tulang sehingga menciptakan pola spiral.
6. Fraktur Kompresi
Terjadi adanya tekanan tulang pada satu sisi bisa disebabkan tekanan, gaya aksial langsung diterapkan diatas sisi fraktur

7. Fraktur Kominutif

Yaitu apabila terdapat beberapa patahan tulang sampai menghancurkan tulang menjadi tiga atau lebih bagian

8. Fraktur Impaksi

Yaitu fraktur dengan salah satu irisan ke ujung atau ke fragmen retak.

2.1.4 Etiologi

Fraktur dapat disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya adalah cedera, stress, dan melemahnya tulang akibat abnormalitas seperti fraktur patologis (Apleys, G. A & Solomon Louis, 2018).

Menurut Purwanto (2016) etiologi/ penyebab terjadinya fraktur adalah :

1. Trauma langsung Terjadi benturan pada tulang yang menyebabkan fraktur
2. Trauma tidak langsung Tidak terjadi pada tempat benturan tetapi ditempat lain, oleh karena itu kekuatan trauma diteruskan oleh sumbu tulang ke tempat lain
3. Kondisi patologis Terjadi karena penyakit pada tulang (degeneratif dan kanker tulang)

2.1.5 Patofisiologi Fraktur

Fraktur dibagi menjadi fraktur terbuka dan fraktur tertutup. Tertutup bila tidak terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar oleh karena perlukaan di kulit. Sewaktu tulang patah perdarahan biasanya terjadi disekitar tempat patah ke dalam jaringan lunak disekitar tulang tersebut, jaringan lunak yang biasanya mengalami kerusakan. Reaksi perdarahan biasanya timbul hebat di sekitar fraktur. Sel-sel darah putih dan sel-sel anast berkamulasi mengakibatkan peningkatan aliran darah ketempat tersebut aktifitas *osteoblast* terangsang dan

terbentuk tulang baru amatir yang disebut *callus*. Bekuan fibrin di reabsorpsi dan sel-sel tulang baru mengalami *remodelling* untuk membentuk tulang sejati. Insufisiensi pembuluh darah atau penekanan serabut saraf yang berkaitan dengan pembengkakan yang tidak ditangani dapat menurunkan asupan darah ke ekstermitas dan mengakibatkan kerusakan saraf perifer. Bila tidak terkontrol pembengkakan akan mengakibatkan peningkatan tekanan jaringan, oklusa darah total dan berakibat anoreksia mengakibatkan rusaknya serabut saraf maupun jaringan otot. Komplikasi ini dinamakan sindrom compartment (Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle, J.L., & Cheever, 2010).

2.1.6 Manifestasi Klinis Fraktur

Manifestasi klinis adalah nyeri, hilangnya fungsi, deformitas/perubahan bentuk, pemendekan ekstermitas, krepitus, pembengkakan lokal, dan perubahan warna.

1. Nyeri terus menerus akan bertambah beratnya sampai fragmen tulang diimobilisasi. Spasme otot yang menyertai fraktur merupakan bentuk bidai alamiah yang dirancang untuk meminimalkan gerakan fragmen tulang.
2. Setelah terjadi fraktur bagian yang tidak dapat digunakan cenderung bergerak secara alamiah (gerakan luar biasa) membukanya tetap rigid seperti normalnya. Pergeseran fragmen pada fraktur lengan atau tungkai menyebabkan deformitas (terlihat maupun teraba) ekstermitas dapat diketahui dengan membandingkan ekstermitas normal. Ekstermitas tidak dapat berfungsi dengan baik karena fungsi normal otot tergantung pada integritas tempat melengketnya otot.
3. Pada fraktur panjang, terjadi pemendekan tulang yang sebenarnya karena

kontraksi otot yang melekat pada atas dan bawah tempat fraktur. Fragmen sering saling melengkapi satu sama lain sampai 2,5 sama 5 cm (1 sampai 2 inchi).

4. Saat ekstermitas diperiksa dengan tangan, teraba adanya derik tulang yang dinamakan krepitus akibat gesekan antara fragmen 1 dengan yang lainnya (uji krepitus dapat mengakibatkan kerusakan jaringan lunak yang lebih berat).
5. Pembengkakan dan perubahan warna lokal pada kulit dapat terjadi sebagai akibat trauma dan perdarahan yang mengikuti fraktur. Tanda ini baru terjadi setelah beberapa jam atau hari setelah terjadi cidera.

2.1.7 Penatalaksanaan Fraktur

Prinsip penanganan fraktur adalah mengembalikan posisi patahan tulang ke posisi semula (*reposisi*) dan mempertahankan posisi itu selama masa penyembuhan patah tulang atau imobilisasi (Sjamsuhidayat & Jong, 2015). Penatalaksanaan yang dilakukan adalah:

1. Fraktur Terbuka adalah kasus *emergency* karena dapat terjadi kontaminasi oleh bakteri dan disertai perdarahan yang hebat dalam waktu 6-8 jam (*golden period*). Kuman belum terlalu jauh dilakukan : pembersihan luka, excisi, heacting situasi, antibiotic. Ada beberapa prinsipnya yaitu:
 - a. Harus ditegakkan dan ditangani terlebih dahulu akibat trauma yang membahayakan jiwa *airway, breathing* dan *circulation*.
 - b. Semua patah tulang terbuka adalah kasus gawat darurat yang memerlukan penanganan segera yang meliputi pembidaian, menghentikan perdarahan dengan bidai, menghentikan perdarahan

besar dengan klem.

c. *Life saving*

Semua penderita patah tulang terbuka diingat sebagai penderita dengan kemungkinan besar mengalami cedera ditempat lain yang serius. Hal ini perlu ditekankan bahwa terjadinya patah tulang diperlukan gaya yang cukup kuat yang sering kali dapat berakibat total dan berakibat multi organ. Untuk *life saving* prinsip dasar yaitu : *airway, breathing, and circulation*.

d. Semua patah tulang terbuka dalam kasus gawat darurat

Dengan terbukanya barrier jaringan lunak maka patah tulang tersebut terancam untuk terjadinya infeksi seperti kita ketahui bahwa periode 6 jam sejak patah tulang terbuka luka yang terjadi masih dalam stadium kontaminasi (*golden period*) dan setelah waktu tersebut luka berubah menjadi luka infeksi. Oleh karena itu penanganan patah tulang terbuka harus dilakukan sebelum *golden period* terlampaui agar sasaran terakhir penanganan patah tulang terbuka tercapai walaupun ditinjau dari segi prioritas penanganannya. Tulang secara primer menempati urutan prioritas ke 6. Sasaran akhir ini adalah mencegah sepsis, penyembuhan tulang, dan pulihnya fungsi.

e. Pemberian Antibiotik

Mikroba yang ada dalam luka patah tulang terbuka sangat bervariasi tergantung dimana patah tulang itu terjadi. Pemberian antibiotik yang tepat sukar untuk ditentukan hanya saja sebagai pemikiran sadar. Sebaliknya antibiotika dengan spectrum luas untuk kuman gram positif

maupun negatif.

f. Debridemen dan Irigasi

Debridemen untuk membuang semua jaringan mati pada daerah patah terbuka baik berupa benda asing maupun jaringan lokal yang mati.

Irigasi untuk mengurangi kepadatan kuman dengan cara mencuci luka dengan larutan fisiologis dalam jumlah banyak baik dengan tekanan maupun tanpa tekanan.

g. Stabilisasi

Untuk penyembuhan luka dan tulang sangat diperlukan stabilisasi fragmen tulang, cara stabilisasi tulang tergantung derajat patah tulang terbukanya dan fasilitas yang ada. Pada derajat 1 dan 2 dapat dipertimbangkan pemasangan fiksasi dalam secara primer, untuk derajat 3 dianjurkan fiksasi luar. Stabilisasi ini harus sempurna agar dapat segera dilakukan langkah awal dari rehabilitasi pengguna.

2. Fraktur tertutup

Penatalaksanaan fraktur tertutup yaitu dengan pembedahan, perlu diperhatikan karena memerlukan asuhan keperawatan yang komprehensif perioperatif yaitu reduksi tertutup dengan memberikan traksi secara lanjut dan counter traksi yaitu memanipulasi serta imobilisasi eksternal dengan menggunakan gips. Reduksi tertutup yaitu dengan memberikan fiksasi eksternal atau fiksasi perkuatan dengan K-wire.

Salah satu teknik operasi yang digunakan untuk tatalaksana patah tulang pangkal paha (*intertrochanter femur fracture*) adalah penggantian sendi panggul atau *hemiarthroplasty bipolar* (HA Bipolar). Pada teknik tersebut,

bagian leher (*neck*) dari tulang paha (*femur*) akan dipotong dan bagian kepala (*head*) dari tulang paha akan dilepas dan dibersihkan serta diganti dengan implant yang secara fungsi sama dengan tulang aslinya. Walaupun teknik ini dilakukan secara invasif sehingga bekas luka operasi akan tampak, di sisi lain, banyak peneliti yang mengatakan bahwa teknik ini bagus dan cepat dalam penyembuhan serta mobilisasinya. Operasi *hemiarthroplasty bipolar* juga menggunakan alat dan *implant* khusus yang menyerupai anatomi *neck femur*, sehingga targetnya menyerupai tulang paha asli sehingga diharapkan dapat mengembalikan fungsi agar kembali normal. Pasien akan diposisikan miring (*lateral decubitus*) dan dalam pengaruh obat bius. Operator akan melakukan sayatan pada area paha dan dilakukan pemotongan *neck femur* dari *greater trochanter* dan *lesser trochanter*. Lalu dilakukan pemasangan *implant* dan dipasangkan ke *acetabulum* dan evaluasi kembali pasca pemasangan *implant*.

Durasi pengerjaan operasi HA Bipolar adalah sekitar 2-3 jam. Pasien akan dipasangkan *drain* pada area operasi selama 3-5 hari pasca operasi. Pada hari ke-3 diharapkan *drain* sudah dapat dilepas dan pada pasien dapat dilakukan rawat jalan. Meski proses penyembuhan memerlukan waktu lama, setelah operasi HA Bipolar pasien disarankan untuk menghindari aktivitas berat dan beristirahat serta menjaga higienitas khususnya area luka operasi

3. Seluruh Fraktur

a. Rekognisis/Pengenalan

Riwayat kajian harus jelas untuk menentukan diagnosa dan tindakan

selanjutnya.

b. Reduksi/ Manipulasi/Reposisi

Upaya untuk memanipulasi fragmen tulang supaya kembali secara optimal seperti semula. Dapat juga diartikan reduksi fraktur (*setting* tulang) adalah mengembalikan fragmen tulang pada posisi kesejajarannya rotasi anatomis.

c. OREF (*Open Reduction and External Fixation*)

Penanganan *intraoperative* pada fraktur terbuka derajat III yaitu dengan cara reduksi terbuka di ikuti fiksasi eksternal OREF sehingga diperoleh stabilisasi fraktur yang baik. Keuntungan fiksasi eksternal adalah memungkinkan stabilisasi fraktur sekaligus menilai jaringan lunak sekitar dalam masa penyembuhan fraktur. Penanganan pasca operasi yaitu perawatan luka dan pemberian antibiotik untuk mengurangi resiko infeksi, pemberian radiologic serial, darah lengkap serta rehabilitasi berupa latihan-latihan secara teratur dan bertahap sehingga ketiga tujuan utama penanganan fraktur bisa tercapai yaitu union (penyambungan tulang kembali secara sempurna), sembuh secara otomatis (penampakan fisik organ anggota gerak baik proporsional) dan sembuh secara fungsional (tidak ada kekakuan dan hambatan lain dalam melakukan gerakan).

d. ORIF (*Open Reduction Internal Fixation*)

ORIF adalah suatu bentuk pembedahan dengan pemasangan internal fiksasi pada tulang yang mengalami fraktur. Fungsi ORIF untuk mempertahankan posisi agar fragmen tulang agar tetap menyatu dan

tidak mengalami pergeseran. Internal fiksasi ini berupa *Intra Modullary Nail* biasanya digunakan untuk fraktur tulang panjang dengan tipe fraktur transfer.

e. Retensi/Imobilisasi

Upaya yang dilakukan untuk menahan fragmen tulang sehingga kembali seperti semula secara optimal. Setelah fraktur di reduksi, fragmen tulang harus di imobilisasi atau dipertahankan keseajarannya yang benar sampai terjadi penyatuan. Imobilisasi dapat dilakukan dengan fiksasi eksternal atau internal. Metode fiksasi eksternal meliputi pembalutan gips, bidai, traksi kontinu, dan teknik gips atau fiksator eksternal. Implant logam dapat digunakan untuk fiksasi internal untuk imobilisasi fraktur.

f. Rehabilitasi

Menghindari atropi dan kontraktur dengan fisioterapi. Segala upaya diarahkan pada penyembuhan tulang dan jaringan lunak. Reduksi dan imobilisasi harus dipertahankan sesuai kebutuhan. Status neurovaskuler (Misal Pengkajian peredaran darah, nyeri, perabaan, gerakan) dipantau dan ahli bedah ortopedi diberitahu segera bila ada tanda gangguan neurovaskuler (Sjamsuhidayat & Jong, 2015).

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang Fraktur

Adapun beberapa pemeriksaan penunjang yang dilakukan untuk menegakkan diagnosa fraktur adalah sebagai berikut.

1. Pemeriksaan rontgen Menentukan lokasi/luasnya fraktur/trauma
2. Scan tulang, scan CT/MRI: Memperlihatkan fraktur juga dapat digunakan

untuk mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak

3. Arteriogram :Dilakukan bila kerusakan vaskuler di curigai
4. Hitung darah lengkap hematokrit mungkin meningkat (hemokonsentrasi) atau menurun (pendarahan bermakna pada sisi fraktur) perdarahan bermakna pada sisi fraktur atau organ jauh pada multipel
5. Kreatinin Trauma otot meningkatkan beban kreatinin untuk klirens ginjal
6. Profil kagulasi Penurunan dapat terjadi pada kehilangan darah, *transfuse multiple*, atau cedera hati (Doenges, 2016).

2.1.9 Komplikasi Fraktur

Komplikasi fraktur menurut Black joyce. M & Jane Hokanse Hawks (2014) ada beberapa komplikasi fraktur. Komplikasi tergantung pada jenis cedera , usia klien, adanya masalah kesehatan lain (komordibitas) dan penggunaan obat yang mempengaruhi perdarahan, seperti warfarin, kortikosteroid, dan NSAID.

1. Komplikasi yang terjadi setelah fraktur antara lain :
 - a. Cedera saraf, fragmen tulang dan edema jaringan yang berkaitan dengan cedera dapat menyebabkan cedera saraf. Perlu diperhatikan terdapat pucat dan tungkai klien yang sakit teraba dingin, ada perubahan pada kemampuan klien untuk menggerakkan jari-jari tangan atau tungkai. parestesia, atau adanya keluhan nyeri yang meningkat.
 - b. Sindroma kompartemen, kompartemen otot pada tungkai atas dan tungkai bawah dilapisi oleh jaringan fascia yang keras dan tidak elastis yang tidak akan membesar jika otot mengalami pembengkakan. Edema yang terjadi sebagai respon terhadap fraktur dapat menyebabkan peningkatan tekanan kompartemen yang dapat mengurangi perfusi

darah kapiler. Jika suplai darah lokal tidak dapat memenuhi kebutuhan metabolic jaringan, maka terjadi iskemia. Sindroma kompartemen merupakan suatu kondisi gangguan sirkulasi yang berhubungan dengan peningkatan tekanan yang terjadi secara progresif pada ruang terbatas. Hal ini disebabkan oleh apapun yang menurunkan ukuran kompartemen. gips yang ketat atau faktor-faktor internal seperti perdarahan atau edema. Iskemia yang berkelanjutan akan menyebabkan pelepasan histamin oleh otot-otot yang terkena, menyebabkan edema lebih besar dan penurunan perfusi lebih lanjut.

Peningkatan asam laktat menyebabkan lebih banyak metabolisme anaerob dan peningkatan aliran darah yang menyebabkan peningkatan tekanan jaringan. Hal ini akan menyebabkan suatu siklus peningkatan tekanan kompartemen. Sindroma kompartemen dapat terjadi dimana saja, tetapi paling sering terjadi di tungkai bawah atau lengan. Dapat juga ditemukan sensasi kesemutan atau rasa terbakar (*parestesia*) pada otot.

- c. Kontraktur Volkman, kontraktur volkman adalah suatu deformitas tungkai akibat sindroma kompartemen yang tak tertangani. Oleh karena itu, tekanan yang terus-menerus menyebabkan iskemia otot kemudian perlahan diganti oleh jaringan fibrosa yang menjepit tendon dan saraf. Sindroma kompartemen setelah fraktur tibia dapat menyebabkan kaki nyeri atau kebas, disfungsional, dan mengalami deformasi.
- d. Sindroma emboli lemak Emboli lemak serupa dengan emboli paru yang muncul pada pasien fraktur. Sindroma emboli lemak terjadi setelah

fraktur dari tulang panjang seperti femur, tibia, tulang rusuk, fibula, dan panggul.

2. Komplikasi jangka panjang dari fraktur antara lain:
 - a. Kaku sendi atau artritis, setelah cedera atau imobilisasi jangka panjang, kekakuan sendi dapat terjadi dan dapat menyebabkan kontraktur sendi, pergerakan ligamen, atau atrofi otot. Latihan gerak sendi aktif harus dilakukan semampunya klien. Latihan gerak sendi pasif untuk menurunkan resiko kekakuan sendi
 - b. Nekrosis avascular, nekrosis avaskular dari kepala femur terjadi utamanya pada fraktur di proksimal dari leher femur. Hal ini terjadi karena gangguan sirkulasi lokal. Oleh karena itu, untuk menghindari terjadinya nekrosis vaskular dilakukan pembedahan secepatnya untuk perbaikan tulang setelah terjadinya fraktur
 - c. Malunion, malunion terjadi saat fragmen fraktur sembuh dalam kondisi yang tidak tepat sebagai akibat dari tarikan otot yang tidak seimbang serta gravitasi. Hal ini dapat terjadi apabila pasien menaruh beban pada tungkai yang sakit dan menyalahi instruksi dokter atau apabila alat bantu jalan digunakan sebelum penyembuhan yang baik pada lokasi fraktur
 - d. Penyatuan terhambat, penyatuan menghambat terjadi ketika penyembuhan melambat tapi tidak benar-benar berhenti, mungkin karena adanya distraksi pada fragmen fraktur atau adanya penyebab sistemik seperti infeksi
 - e. Non-union, non-union adalah penyembuhan fraktur terjadi 4 hingga 6 bulan setelah cedera awal dan setelah penyembuhan spontan sepertinya

tidak terjadi. Biasanya diakibatkan oleh suplai darah yang tidak cukup dan tekanan yang tidak terkontrol pada lokasi fraktur

- f. Penyatuan fibrosa Jaringan fibrosa terletak diantara fragmen-fragmen fraktur. Kehilangan tulang karena cedera maupun pembedahan meningkatkan resiko pasien terhadap jenis penyatuan fraktur
 - g. Sindroma nyeri regional kompleks Sindroma nyeri regional kompleks merupakan suatu sindroma disfungsi dan penggunaan yang salah yang disertai nyeri dan pembengkakan tungkai yang sakit
3. Menurut Sulistyyaningsih (2016) komplikasi fraktur post Hip Bipolar yaitu:
- a. Nyeri merupakan keluhan yang paling sering terjadi setelah bedah Hip Bipolar, nyeri yang sangat hebat akan dirasakan pada beberapa hari pertama
 - b. Gangguan mobilitas pada pasien pasca bedah Hip Bipolar juga akan terjadi akibat proses pembedahan
 - c. Kelelahan sering kali terjadi yaitu kelelahan sebagai suatu sensasi. Gejala nyeri otot, nyeri sendi, nyeri kepala, dan kelemahan dapat terjadi akibat kelelahan sistem muskuloskeletal
 - d. Perubahan ukuran, bentuk dan fungsi tubuh yang dapat mengubah sistem tubuh, keterbatasan gerak, kegiatan dan penampilan juga sering kali dirasakan

2.2 Konsep Perioperatif

2.2.1 Definisi Perioperatif

Keperawatan *Perioperatif* adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan

pengalaman pembedahan pasien. *Perioperatif* adalah istilah gabungan yang mencakup tiga fase yaitu fase *pre operatif*, *intra operatif* dan *pasca operatif* dimana masing-masing fase tersebut dimulai dan berakhir pada waktu tertentu dalam urutan peristiwa yang membentuk pengalamannya bedah, dan masing-masing mencakup rentang perilaku dan aktivitas keperawatan yang luas yang dilakukan oleh perawat dengan menggunakan proses keperawatan dan standar praktik keperawatan (Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle, J.L., & Cheever, 2010).

Fase *Pre operatif* merupakan tahapan awal dalam proses pembedahan yang dimulai dari keputusan untuk informasi bedah dibuat dan berakhir ketika pasien dikirim ke meja operasi untuk dilakukan tindakan pembedahan. Aktivitas keperawatan yang termasuk dalam fase *pre operatif* antara lain mengkaji pasien, mengidentifikasi masalah keperawatan yang aktual dan potensial/berisiko terjadi masalah, merencanakan asuhan keperawatan berdasarkan kebutuhan individu, dan memberikan penyuluhan *pre operatif* pada pasien dan keluarga atau orang terdekatnya (Kozier, 2010). Hal penting yang perlu dilakukan pada fase *pre operatif* adalah menjelaskan tentang maksud dan tujuan serta dampak dari pelaksanaan pembedahan pada pasien yang dikenal dengan edukasi *pre operative*.

2.2.2 Indikasi dan Klasifikasi Operasi

Menurut Wilkinson J.M., Treas, L.S., Barnett, K.L., Smith, (2011) mengatakan operasi dilakukan untuk berbagai alasan atau indikasi. Alasan tersebut mungkin untuk diagnostik, kuratif, reparatif, rekonstruktif atau kosmetik, paliatif dan transplantasi. Operasi juga dapat di klasifikasikan sesuai dengan tingkat urgensinya diantaranya:

1. Kedaruratan, adalah suatu kondisi pasien membutuhkan perhatian segera,

gangguan mungkin mengancam jiwa, indikasi untuk operasi tanpa ditunda

2. *Urgen*, adalah kondisi pasien membutuhkan perhatian segera, indikasi untuk dilakukan operasi dalam 24 – 30 jam
3. *Diperlukan*, adalah suatu kondisi pasien harus menjalani operasi, indikasi untuk operasi direncanakan dalam beberapa minggu atau bulan
4. *Elektif*, adalah kondisi pasien harus dioperasi ketika diperlukan, indikasi untuk operasi direncanakan, apabila tidak segera dilakukan operasi tidak terlalu membahayakan
5. *Pilihan*, adalah keputusan operasi terletak pada pasien sendiri, indikasi untuk operasi adalah pilihan pribadi, misalnya bedah kosmetik

2.2.3 Kondisi Medis Yang Meningkatkan Resiko

Menurut Potter, P.A, Perry (2015) berbagai kondisi dan faktor meningkatkan risiko operasi seseorang. Pengetahuan tentang faktor risiko memungkinkan perawat untuk mengambil tindakan yang diperlukan dalam perencanaan perawatan.

1. Gangguan perdarahan (trombositopenia, hemofilia) dapat meningkatkan risiko perdarahan selama dan setelah operasi
2. Diabetes melitus, meningkatkan kerentanan terhadap infeksi dan menghambat penyembuhan luka
3. Penyakit Jantung dan penyakit vaskuler perifer, Stres operasi menyebabkan meningkatnya kebutuhan miokard untuk mempertahankan curah jantung. Efek anestesi general dapat menekan fungsi jantung. Pertahankan keseimbangan cairan yang adekuat untuk meminimalkan stres pada jantung, pastikan tingkat tekanan darah sudah cukup untuk memenuhi tuntutan

- peredaran darah. Kekakuan dinding arteri dan reduksi, simpatik dan parasimpatis, invasi ke jantung, perubahan predisposisi pasien terhadap post operatif, perdarahan dan kenaikan tekanan darah sistolik dan diastolik
4. Obstruksi jalan nafas, apnea atau tersumbatnya jalan nafas setelah operasi dapat terjadi karena pemberian opioid, ditunjukkan dengan penurunan saturasi oksigen yang terlihat pada *oxymetri* nadi
 5. Penyakit hati, perubahan dan metabolisme dan eliminasi obat yang diberikan selama operasi dapat merusak luka.
 6. Demam, predisposisi pasien terhadap ketidakseimbangan cairan dan elektrolit dan dapat mengindikasikan infeksi yang mendasarinya
 7. Infeksi pernafasan kronis, efek anestesi mengurangi fungsi pernafasan, meningkatkan risiko hipoventilasi berat
 8. Gangguan imunologi (leukemia, *acquired immunodeficiency Sindrom/AIDS*), depresi sumsum tulang, dan penggunaan obat kemoterapi dapat meningkatkan risiko infeksi dan menunda penyembuhan luka setelah operasi
 9. Penyalahgunaan obat-obatan, orang yang menyalahgunakan narkoba terkadang memiliki penyakit yang mendasari (*human immunodeficiency virus/HIV*), hepatitis) yang mempengaruhi penyembuhan
 10. Nyeri Kronis, Penggunaan obat nyeri secara teratur sering mengakibatkan toleransi yang lebih tinggi. Peningkatan dosis analgesik terkadang diperlukan untuk mencapai pengendalian nyeri *post operatif* (Potter, P.A, Perry, 2015).

2.2.4 Peran Perawat dalam Asuhan Keperawatan Perioperatif

Peran perawat adalah sebagai pelaksana pelayanan keperawatan, sebagai pengelola keperawatan, sebagai pendidik keperawatan dan sebagai peneliti keperawatan. Berdasarkan perannya sebagai pendidik, perawat mengalihkan pengetahuan, keterampilan, dan pembentukan sikap selama pembelajaran yang berfokus pada pasien. Perubahan perilaku pada pasien selama proses pembelajaran berupa pola pikir, sikap dan ketrampilan yang spesifik.

Sebagai pemberi asuhan, perawat dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien perioperatif harus memiliki pengetahuan dan ketrampilan tentang latihan pasca operasi. Perawat mempunyai peran aktif dalam persiapan psikologis maupun fisiologis pasien sebelum operasi. Tanpa memandang operasi apa yang akan dilakukan, perawat memiliki peran penting dalam mempersiapkan pasien untuk operasi, mempertahankan surveilans pasien selama operasi, mencegah komplikasi dan memfasilitasi pemulihan setelah operasi. Peran perawat dalam latihan pasca operasi penting, yaitu memberikan penjelasan, mendemonstrasikan dan memotivasi pasien demi tercapainya tujuan kesembuhan.

Peran perawat dalam memberikan latihan pasca operasi pada pasien elektif di ruang perawatan dilakukan dengan berbagai cara :

1. Menjelaskan tentang tindakan-tindakan latihan pasca operasi yang akan diajarkan
2. Menjelaskan tujuan pentingnya dilakukan latihan pasca operasi
3. Mendemonstrasikan dan membantu pasien mensimulasikan satu persatu latihan pasca operasi, yaitu : latihan nafas dalam, latihan batuk efektif, latihan berpindah/berubah posisi dan latihan gerak kaki

4. Memberi kesempatan pasien dan keluarganya untuk bertanya
5. Mengevaluasi kemampuan pasien untuk melakukan latihan secara mandiri

2.2.5 Persiapan Perioperatif

1. Persiapan Psikologis
 - a. Dukungan keluarga, sangat penting untuk menentukan sejauh mana dukungan dari anggota keluarga dan orang terdekat pasien. Biarkan pasien mengidentifikasi sumber dukungannya (Potter, P.A, Perry, 2015)
 - b. Persepsi dan pengetahuan tentang Operasi, pengalaman masa lalu pasien terhadap operasi mempengaruhi respon fisik dan psikologis terhadap prosedur pembedahan yang akan dilakukan. Mengkaji pemahaman pasien terhadap pengetahuan pasien dan keluarga, harapan dan persepsi akan memudahkan perawat untuk merencanakan edukasi dan untuk memberikan dukungan emosional (Potter, P.A, Perry, 2015)
2. Persiapan Fisiologis
 - a. Status fisik secara umum. persiapan fisik *pre operatif* bergantung pada status kesehatan pasien, operasi yang akan dilaksanakan dan pilihan dokter bedah. Perawat menjelaskan tujuan semua prosedur yang akan dilaksanakan. Pasien dengan rencana operasi elektif mayor/operasi besar akan lebih banyak mendapat perawatan suportif dalam bentuk obatobatan, terapi cairan intra vena dan pemantauan daripada pasien yang direncanakan untuk operasi elektif minor
 - b. Status nutrisi dan Keseimbangan cairan elektrolit, tindakan operasi dapat menyebabkan banyak kehilangan darah dan cairan tubuh. Respons stres akibat operasi memperburuk terjadinya ketidak seimbangan cairan

dan elektrolit. Untuk mencegah terjadinya ketidak seimbangan cairan dan elektrolit dan mengurangi risiko infeksi, perawat menentukan jumlah makan dan minum sebelum pasien berpuasa untuk memastikan bahwa asupan cairan dan nutrisi adekuat. Diet pasien harus mencakup makanan tinggi protein, disertai karbohidrat, lemak dan vitamin yang cukup

- c. Persiapan kulit, tujuan persiapan kulit *pre operatif* adalah untuk mengurangi sumber bakteri tanpa mencederai kulit. Protokol untuk persiapan kulit bervariasi, banyak ahli bedah lebih menyukai rambut dibersihkan dari area yang akan dioperasi. Perawat harus menjelaskan tentang prosedur mencukur rambut disekitar area operasi (Christensen & Kockrow, 2012)
- d. *Personal hygiene*. tindakan kebersihan dasar dapat memberikan rasa nyaman sebelum operasi. Perawat memberikan edukasi tentang pentingnya mandi dan membersihkan mulut/*oral hygiene* sebelum operasi
- e. Pencegahan inkontinensia usus dan urine, manipulasi bagian saluran gastrointestinal selama pembedahan akan menyebabkan hilangnya gerakan peristaltik usus selama 24 jam atau lebih. Enema membersihkan saluran gastrointestinal untuk mencegah inkontinensia *intra operasi* dan konstipasi *pasca operatif*. Usus yang kosong akan mengurangi risiko cedera dan mencegah kontaminasi luka operasi jika bagian usus diinsisi atau dibuka. Kandung kemih dipersiapkan pada pagi hari sebelum pembedahan, Perawat menganjurkan pasien untuk berkemih sesaat

sebelum meninggalkan kamar menuju ruang operasi. Kandung kemih yang kosong akan mencegah terjadinya inkontinensia selama operasi berlangsung

- f. Persiapan laboratorium dan pemeriksaan penunjang lainnya, pemeriksaan laboratorium dilakukan sebelum operasi, selain pemeriksaan darah lengkap juga analisis urine, peofil kimia darah untuk mengetahui fungsi hepar, endokrin dan kardiovaskuler. Hasil foto thoraks/rontgen dada dan *elektrokardiogram/EKG* atau rekam jantung digunakan untuk mengidentifikasi penyakit yang telah terdiagnosa, adakah gangguan pernafasan atau gangguan jantung sebelumnya. Perawat berkewajiban menjelaskan tujuan pemeriksaan tersebut (Christensen & Kockrow, 2012)
- g. Pemasangan *stocking antioemboli*, *stocking antiemboli* digunakan untuk menyangga ekstremitas bawah dan mempertahankan kompresi vena kecil dan kapiler. *Stocking antiemboli* dengan ukuran yang tepat dan terpasang dengan baik, dapat mengurangi risiko terjadinya trombus (Dougherty, L., & Lister, 2015)
- h. Edukasi dan Latihan *Post Operatif*, edukasi merupakan proses interaktif yang mendorong terjadinya pembelajaran. Edukasi merupakan suatu upaya untuk memberikan informasi yang diharapkan meningkatkan pengetahuan pasien dan akan meningkatkan keyakinan dan kemampuan pasien untuk melaksanakan program yang akan diberikan. Selanjutnya apabila pasien sudah mempunyai keyakinan dan kemampuan yang baik akan mampu meningkatkan aktifitas latihan pasien pada *post operatif*.

Edukasi *pre operatif* mempunyai beberapa manfaat dan mempengaruhi kondisi *post operatif*. Edukasi efektif menurunkan kecemasan sebelum pembedahan, selain itu edukasi dan informasi yang didapatkan individu sebelum operasi mampu meningkatkan pemulihan terutama pada individu yang membutuhkan support atau yang tidak dapat melakukan pergerakan dengan baik (Mc Closkey, J. C. & Bulechek, 2014). Sementara itu edukasi juga mampu meningkatkan kemampuan pasien untuk melakukan nafas dalam, batuk efektif dan meningkatkan kemampuan pasien melakukan ambulasi lebih awal, serta mampu mempersingkat waktu rawat. Ambulasi, mobilisasi dini atau disebut juga dengan latihan *post operatif* idealnya diberikan pada pasien *pre operatif* elektif sebelum pasien dilakukan operasi. Edukasi dan latihan *post operatif* akan lebih baik dilakukan sejak 1 atau 2 hari sebelum pembedahan

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian adalah langkah pertama yang paling penting dalam proses keperawatan. Jika langkah ini tidak di tangani dengan baik, perawat akan kehilangan kontrol atas langkah-langkah selanjutnya dari proses keperawatan. Tanpa pengkajian keperawatan yang tepat, tidak ada diagnosa keperawatan, dan tanpa diagnosa keperawatan, tidak ada tindakan keperawatan mandiri (Herdman, T . H., & Kamitsuru, 2015) Pengkajian meliputi:

1. Identitas Pasien

Jenis kelamin, usia, pekerjaan. Menurut data prevalensi fraktur banyak

terjadi pada usia produktif, jenis pekerjaan juga mempengaruhi karena semakin berat jenis pekerjaan yang dilakukan individu akan semakin memperbesar risiko mengalami fraktur/kecelakaan.

2. Pengkajian Primer

Menurut Paul (2016) setelah pasien sampai di Instalasi Gawat Darurat (IGD) yang pertama kali harus dilakukan adalah mengamankan dan mengaplikasikan prinsip: *Airway, Breathing, Circulation, Disability Limitation, Exposure*.

- a. *Airway* : Penilaian kelancaran airway pada pasien yang mengalami fraktur meliputi, pemeriksaan adanya obstruksi jalan nafas yang dapat disebabkan benda asing, fraktur wajah, fraktur mandibula atau maksila, fraktur laring atau trachea. Usaha untuk membebaskan jalan nafas harus melindungi vertebral servikal karena kemungkinan patahnya tulang servikal harus selalu diperhitungkan. Dalam hal ini dapat dilakukan chin lift, tetapi tidak boleh melibatkan hiperektensi leher.
- b. *Breathing* : Setelah melakukan *airway* kita harus menjamin ventilasi yang baik. Ventilasi yang baik meliputi fungsi yang baik dari paru, dinding dada dan diafragma. Dada pasien harus dibuka untuk melihat pernapasan yang baik.
- c. *Circulation* : Kontrol perdarahan vena dengan menekan langsung sisi area perdarahan bersamaan dengan tekanan jari pada arteri paling dekat dengan perdarahan. Curiga hemoragi internal (*pleural, parasardial*, atau abdomen) pada kejadian syok lanjut dan adanya cedera pada dada dan abdomen. Atasi syok, dimana pasien dengan fraktur biasanya

mengalami kehilangan darah. Kaji tanda- tanda syok yaitu penurunan tekanan darah, kulit dingin, lembab dan nadi halus.

- d. *Disability* : Kaji keadaan neurologis secara cepat yang dinilai adalah tingkat kesadaran, ukuran dan reaksi pupil. Penurunan kesadaran dapat disebabkan penurunan oksigen dan penurunan perfusi ke otak, atau disebabkan perlukaan pada otak. Perubahan kesadaran menuntut dilakukannya pemeriksaan terhadap keadaan ventilasi, perfusi dan oksigenasi.
- e. *Exposure* : Jika exposure dilakukan di Rumah Sakit, tetapi jika perlu dapat membuka pakaian, misalnya membuka baju untuk melakukan pemeriksaan fisik thoraks. Di Rumah Sakit pasien harus di buka seluruh pakaiannya, untuk evaluasi pasien. Setelah pakain dibuka, penting agar pasien tidak kedinginan pasien harus diberikan selimut hangan, ruangan cukup hangat dan diberikan cairan intravena.

3. Pengkajian Sekunder

- a. *Breathing*, pada umumnya individu yang mengalami mengalami nyeri dada dan pernapasan paradoksial, nafas pendek, dada seperti jungkat – jungkit (mainan), terdapat krepitasi.
- b. *Blood*, pada umumnya individu yang mengalami fraktur tidak akan terganggu pada sistem ini, namun apabila individu mengalami fraktur terbuka sehingga tulang merusak sebagian otot sampai terjadi perdarahan aktif selama beberapa saat sehingga akan mengganggu sirkulasi.
- c. *Brain*, pada pasien fraktur daya rabanya berkurang terutama pada bagian

distal fraktur, sedang pada indra yang lain tidak timbul gangguan. begitu juga pada kognitifnya tidak mengalami gangguan.

- d. *Bowel*, pada pasien fraktur harus mengkonsumsi nutrisi melebihi kebutuhan sehari-harinya seperti kalsium, zat besi, protein, vitamin C dan lainnya untuk membantu proses penyembuhan.
- e. *Bladder*, pada umumnya pasien dengan fraktur tertutup tidak akan mengalami masalah pada perkemihan, namun pasien dengan *open fraktur* yang disertai perdarahan aktif akan mengalami gangguan pada sistem perkemihan dikarenakan adanya ketidakseimbangan cairan sehingga produksi urine menurun.
- f. *Bone*, pada pasien dengan fraktur akan merasa nyeri pada bagian yang terjadi fraktur, terdapat pembengkakan dan perubahan warna, kresipitasi pada bagian fraktur, pada beberapa jenis fraktur akan terjadi pemendekan tulang yang sebenarnya karena kontraksi otot.

4. Keluhan Utama

Pada umumnya keluhan utama pada pasien fraktur adalah rasa nyeri. Nyeri tersebut bisa akut atau kronik tergantung dan lama serangan. Untuk memperoleh pengkajian yang lengkap tentang rasa nyeri di gunakan:

- a. *Provoking Incident* : Apakah ada peristiwa yang menjadi faktor presitasi nyeri.
- b. *Quality of Pain* : Seperti apa rasa nyeri yang dirasakan. Apakah seperti terbakar, berdenyut atau menusuk.
- c. *Region* : Apakah rasa sakit bisa reda, apakah rasa sakit menjalar atau menyebar, dan dimana rasa sakit terjadi.

- d. *Severity (scale) of Pain* : Seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan pasien, bisa berdasarkan skala nyeri atau menerangkan seberapa jauh rasa sakit mempengaruhi kemampuan fungsinya.
- e. *Time* : Berapa lama nyeri berlangsung, kapan, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari.

5. Riwayat Penyakit Sekarang

Pengumpulan data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari fraktur, yang nantinya membantu dalam membuat rencana tindakan terhadap pasien. Ini biasa kronologi terjadinya penyakit tersebut sehingga nantinya bisa ditentukan kekuatan yang terjadi dan bagian tubuh mana yang terkena.

6. Riwayat Penyakit Dahulu

Pengkajian ini ditemukan kemungkinan penyebab fraktur dan memberi petunjuk berapa lama tulang tersebut akan menyambung. Penyakit – penyakit tersebut seperti kanker tulang dan penyakit pagets yang menyebabkan fraktur patologis yang sulit untuk menyambung.

7. Riwayat Penyakit Keluarga

Penyakit keluarga yang berhubungan dengan penyakit tulang merupakan salah satu faktor predisposisi terjadinya fraktur, seperti diabetes, *osteoporosis* yang sering terjadi pada beberapa keturunan dan kanker tulang yang cenderung diturunkan secara genetik.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan *Preoperatif*

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (fraktur)
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang

3. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

2.3.3 Diagnosa Keperawatan *Perioperatif*

1. Risiko syok
2. Ketidakseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan pembedahan
3. Risiko hipotermia

2.3.4 Diagnosa Keperawatan *Postoperatif*

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (tindakan pembedahan)
2. Risiko perdarahan
3. Risiko jatuh

2.3.5 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan *Preoperatif*

No	Diagnosa	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (fraktur) D.0077 (SDKI, 72)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kontrol nyeri meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Melaporkan nyeri terkontrol meningkat 2. Kemampuan menggunakan teknik non farmakologis meningkat 3. Keluhan nyeri menurun 4. Penggunaan analgesic menurun L.08063 (SLKI, 58)	Manajemen Nyeri Observasi 1. Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi	Observasi 1. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Untuk mengetahui skala nyeri 3. Untuk mengetahui respon nyeri non verbal 4. Untuk mengetahui faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Untuk mengetahui pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Untuk mengetahui pengaruh budaya terhadap respon

			<p>pengaruh budaya terhadap respon nyeri</p> <p>7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</p> <p>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>9. Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</p> <p>2. Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>4. Pertimbangkan</p>	<p>nyeri</p> <p>7. Untuk mengetahui pengaruh nyeri pada kualitas hidup</p> <p>8. Untuk mengetahui keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>9. Untuk mengetahui reaksi efek samping penggunaan analgetik</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>2. Untuk memberikan rasa nyaman</p> <p>3. Untuk memenuhi kebutuhan istirahat dan tidur</p> <p>4. Pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Untuk mengetahui penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>2. Untuk mengetahui strategi meredakan nyeri</p> <p>3. Untuk mengetahui nyeri secara mandiri</p> <p>4. Untuk mengetahui penggunaan analgetik secara tepat</p> <p>5. Untuk mengetahui teknik nonfarmakologis untuk mengurangi</p>
--	--	--	---	--

			<p>jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i> <p>I. 08238 (SIKI, 51)</p>	<p>rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengurangi nyeri
2.	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang</p> <p>D.0054 (SDKI, 124)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak 	<p>Pembidaian</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebutuhan dilakukan pembidaian (mis. fraktur, dislokasi) 2. Monitor bagian distal area cedera (mis. pulsasi nadi, pengisian 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk meminimalisir pergerakan yang terjadi di daerah cedera 2. Untuk mengetahui perfusi pada daerah cedera terganggu/tidak 3. Untuk memantau perdarahan 4. Untuk

	<p>meningkat</p> <p>4. Nyeri menurun</p> <p>L.05042 (SLKI, 65)</p>	<p>kapiler, gerakan motorik dan sensasi) pada bagian tubuh yang cedera</p> <p>3. Monitor adanya perdarahan pada area cedera</p> <p>4. Identifikasi material bidai yang sesuai (mis. lurus dan keras, panjang bidai melewati dua sendi)</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Tutup luka terbuka dengan balutan</p> <p>2. Atasi perdarahan sebelum bidai dipasang</p> <p>3. Minimalkan pergerakan, terutama pada bagian yang cedera</p> <p>4. Berikan bantalan (padding) pada bidai</p> <p>5. Imobilisasi sendi di atas dan dibawah area cedera</p> <p>6. Topang kaki menggunakan penyangga kaki (footboard), jika tersedia</p> <p>7. Tempatkan ekstremitas yang cedera dalam posisi fungsional, jika memungkinkan</p>	<p>meminimalisir cedera yang berlanjut setelah pemasangan bidai</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Untuk menghindari kontaminasi</p> <p>2. Untuk meminimalisir perdarahan yang terjadi pada pasien</p> <p>3. Agar tidak memperburuk keadaan bagian cedera</p> <p>4. Untuk memberikan kenyamanan dan menghindari luka baru akibat bidai</p> <p>5. Mengurangi keparahan daerah cedera</p> <p>6. Meminimalisir mobilisasi pasien</p> <p>7. Agar tidak memperparah daerah cedera</p> <p>8. Meminimalisir pergerakan yang dapat memperburuk keadaan lokasi cedera</p> <p>9. Untuk mempertahankan posisi awal saat cedera</p> <p>10. Untuk meningkatkan keamanan pasien selama pembedahan</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Untuk mengetahui tujuan dan langkah – langkah pemasangan bidai</p>
--	---	--	--

			8. Pasang bidai pada posisi tubuh seperti saat ditemukan 9. Gunakan kedua tangan untuk menopang area cedera 10. Gunakan kain gendong (sling) secara tepat Edukasi 1. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur sebelum pemasangan bidai 2. Jelaskan tanda dan gejala sindrom kompartemen (5P: pulseless, parestesia, pain, paralysis, palor) 3. Anjurkan membatasi gerak pada area cedera I.05180 (SIKI, 269)	2. Untuk mengetahui tanda – tanda sindrom kompartemen dan dapat melaporkan saat merasakan sindrom kompartemen 3. Agar tidak memperburuk keadaan cedera
3.	Ansietas berhubungan dengan krisis situasional D.0080 (SDKI, 180)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat ansietas menurun, dengan kriteria hasil: 1. Verbalisasi kebingungan tentang keadaan yang dihadapi menurun 2. Perilaku	Reduksi Ansietas Observasi 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stressor) 1. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 2. Monitor tanda ansietas (verbal dan non verbal)	Observasi 1. Untuk mengetahui perubahan tingkat ansietas 2. Untuk mengetahui kemampuan pasien dalam mengambil keputusan 3. Untuk mengetahui tanda ansietas Terapeutik

		<p>tegang dan gelisah menurun</p> <p>3. Tanda – tanda vital dalam batas normal</p> <p>L.09093 (SLKI, 132)</p>	<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan 3. Pahami situasi yang membuat anxiety 4. Dengarkan dengan penuh perhatian 5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 6. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 7. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 2. Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 3. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk meningkatkan hubungan saling percaya antara perawat dan pasien 2. Untuk mengurangi kecemasan pasien 3. Untuk mengetahui penyebab anxiety 4. Meningkatkan rasa nyaman pasien 5. Untuk membiun hubungan saling percaya 6. Untuk mengurangi tingkat anxiety pasien 7. Untuk memberikan pandangan yang positif dan mengurangi rasa cemas yang dirasakan pasien <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui gambaran prosedur yang akan dilakukan pasien guna mengurangi kecemasan 2. Untuk menambah pengetahuan pasien dan keluarga mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis 3. Untuk mengurangi tingkat anxiety
--	--	--	--	---

			<p>pasien, jika perlu</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan 5. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 6. Latih kegiatan pengalihan, untuk mengurangi ketegangan 7. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat 8. Latih teknik relaksasi <p>I.09314 (SIKI, 378)</p>	<p>pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Untuk mengalihkan focus pasien 5. Untuk mengetahui apa yang dirasakan oleh pasien 6. Membuat pasien merasa nyaman dan mengurangi ketegangan 7. Untuk memperkuat coping yang dimiliki pasien 8. Untuk meningkatkan kenyamanan pasien
--	--	--	---	--

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan *Perioperatif*

No	Diagnosa	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	<p>Risiko syok</p> <p>D.0039 (SDKI, 92)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat syok menurun, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan nadi meningkat 2. Output urine meningkat 3. Akral dingin dan pucat menurun 4. Tanda – tanda vital membaik 	<p>Manajemen syok</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, TD, MAP) 2. Monitor status oksigenasi 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui status kardiopulmonal 2. Untuk mengetahui status oksigenasi 3. Untuk mengetahui status cairan 4. Untuk mengetahui tingkat kesadaran dan respon pupil 5. Untuk mengetahui apakah ada luka terbuka atau perdarahan <p>Terapeutik</p>

		<p>L.03032 (SLKI, 148)</p>	<p>(oksimetri nadi, AGD)</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Monitor status cairan (masukan dan haluaran, turgor kulit, CRT) 4. Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil 5. Periksa seluruh permukaan tubuh terhadap adanya DOTS (deformity/deformitas, open wound/luka terbuka, tenderness/nyeri tekan, swelling/bengkak) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan jalan napas paten 2. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% 3. Persiapkan Intubasi dan ventilasi mekanis, jika perlu 4. Berikan posisi syok (modified Trendelenberg) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mempertahankan kepatenan jalan napas 2. Untuk mempertahankan saturasi oksigen dalam darah 3. Untuk mengantisipasi apabila pasien memerlukan intubasi dan ventilasi mekanis 4. Untuk mempertahankan suplay darah ke jantung agar tetap stabil 5. Untuk memberi obat atau cairan melalui vena 6. Untuk mengetahui produksi urine 7. Untuk memonitor produksi lambung <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mempertahankan cairan dalam tubuh 2. Untuk mempertahankan cairan dalam tubuh 3. Untuk mencukupi suplay darah keseluruhan tubuh dan agar pasien tidak mengalami syok
--	--	-----------------------------------	--	---

			<p>5. Pasang jalur IV Pasang kateter urine untuk menilai produksi urine</p> <p>6. Pasang selang nasogastrik untuk dekompresi lambung</p> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian infus cairan, kristaloid 1 – 2 L pada dewasa 2. Kolaborasi pemberian infus cairan kristaloid 20 mL/kgBB pada anak 3. Kolaborasi pemberian transfusi darah, jika perlu <p>I.02048 (SIKI, 221)</p>	
2.	<p>Risiko ketidakseimbangan cairan</p> <p>D.0036 (SDKI, 87)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan keseimbangan cairan meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Haluaran urin meningkat 2. Dehidrasi menurun 3. Tanda – tanda vital membaik 4. Turgor kulit membaik 	<p>Pencegahan Syok Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan hadi, frekuensi napas, TD, MAP) 2. Monitor status oksigen (oksimetri nadi, AGD) 3. Monitor status cairan 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui status kardiopulmonal 2. Untuk mengetahui status oksigen 3. Untuk mengetahui status cairan 4. Untuk mengetahui tingkat kesadaran dan respon pupil 5. Untuk mengetahui riwayat energi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. untuk mempertahankan

		<p>L.03020 (SLKI, 41)</p>	<p>(masuk dan haluaran, turgor kulit, CRT)</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil 5. Periksa riwayat energi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen > 94% 2. Persiapkan intubasi dan ventilasi mekanis, jika perlu 3. Pasang jalur IV, jika perlu 4. Pasang kateter urin untuk menilai reproduksi urin, jika perlu 5. Lakukan skin test untuk mencegah reaksi alergi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab/faktor or resiko syok 2. Jelaskan tanda dan gejala awal syok 3. Anjurkan melapor jika menemukan/merasakan tanda dan gejala awal syok 4. Anjurkan memperbanya 	<p>saturasi oksigen</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. untuk mempersiapkan bila pasien memelerlukan dilakukan tindakan intubasi dan ventilasi mekanis 3. untuk mempermudah pemberian obat ataupun cairan melalui vena 4. untuk menilai reproduksi urin, jika perlu 5. untuk mencegah reaksi alergi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui penyebab/faktor resiko syok 2. Untuk mengetahui tanda dan gejala awal syok 3. Agar mendapatkan penanganan secara cepat dan tepat apabila mengalami syok 4. Untuk memenuhi kebutuhan cairan 5. Agar tidak mengalami reaksi alergi <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2 Untuk memenuhi kebutuhan cairan 3 Untuk memenuhi kebutuhan darah dalam tubuh agar supplay darah dan oksigen normal 4 Untuk mengatasi peradangan yang terjadi di dalam tubuh
--	--	----------------------------------	--	---

			<p>k asupan cairan oral</p> <p>5. Anjurkan menghindari alergen</p> <p>Kolaborasi</p> <p>3 Kolaborasi pemberian IV, jika perlu</p> <p>4 Kolaborasi pemberian transfusi darah, jika perlu</p> <p>5 Kolaborasi pemberian antiinflamasi, jika perlu</p> <p>I.02068 (SIKI,285)</p>	
3.	<p>Risiko Hipotermia</p> <p>D.0140 (SDKI, 302)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan termoregulasi membaik, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menggigil menurun 2. Pucat menurun 3. Hipoksia menurun 4. Suhu tubuh membaik 5. Kadar glukosa mebaik 6. Tekanan darah membaik <p>L14234 (SLKI, 129)</p>	<p>Manajemen Hipotermia Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor suhu tubuh 2. Identifikasi penyebab hipotermia 3. Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan yang hangat 2. Ganti pakaian dan/ atau linen yang basah 3. Lakukan penghangatan pasif 4. Lakukan penghangatan aktif eksternal 5. Lakukan 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui suhu tubuh pasien selama tindakan berlangsung 2. Untuk mengetahui penyebab hipotermia agar bisa mengobati sebelum terjadi komplikasi 3. Untuk mengetahui tanda dan gejala agar bisa mencegah komplikasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk meminimalisir hipotermia terjadi 2. Untuk pasien agar tetap dalam suhu tubuh normal 3. Untuk pasien agar tetap dalam suhu tubuh normal 4. Untuk pasien agar

			<p>penghangatan aktif internal</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Anjurkan makan/ minum hangat</p> <p>I.14507 (SIKI, 183)</p>	<p>tetap dalam suhu tubuh normal eksternal</p> <p>5. Untuk pasien agar tetap dalam suhu tubuh normal</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Untuk mencegah hipotermia berlanjut</p>
--	--	--	---	--

Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan *Postoperatif*

No	Diagnosa	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (tindakan pembedahan)</p> <p>D.0077 (SDKI, 72)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 2. Keluhan nyeri menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Tanda – tanda vital membaik 5. Perilaku membaik <p>L.08066 (SLKI, 145)</p>	<p>Manajemen Nyeri</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Untuk mengetahui skala nyeri 3. Untuk mengetahui respon nyeri non verbal 4. Untuk mengetahui faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Untuk mengetahui pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Untuk mengetahui pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Untuk mengetahui pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Untuk mengetahui keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Untuk mengetahui

			<p>kualitas hidup</p> <p>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>9. Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</p> <p>2. Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>4. Pertimbangan jenis dan sumber nyeri dalam</p>	<p>reaksi efek samping penggunaan analgetik</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>2. Untuk memberikan rasa nyaman</p> <p>3. Untuk memenuhi kebutuhan istirahat dan tidur</p> <p>4. Pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Untuk mengetahui penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>2. Untuk mengetahui strategi meredakan nyeri</p> <p>3. Untuk mengetahui nyeri secara mandiri</p> <p>4. Untuk mengetahui penggunaan analgetik secara tepat</p> <p>5. Untuk mengetahui teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Untuk mengurangi nyeri</p>
--	--	--	--	---

			<p>pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i> <p>I.08238 (SIKI, 201)</p>	
2.	<p>Risiko perdarahan</p> <p>D.0012 (SDKI, 42)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan penyembuhan luka meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penyatuan kulit meningkat 2. Penyatuan tepi luka meningkat 3. Jaringan granulasi 	<p>Pencegahan Perdarahan Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala perdarahan 2. Monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui tanda dan gejala perdarahan 2. Untuk mengetahui nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah 3. Untuk mengetahui tanda-tanda vital ortostatik

		<p>meningkat</p> <p>4. Edema dan nyeri pada luka menurun</p> <p>5. Drainase menurun</p> <p>L.14130 (SLKI, 78)</p>	<p>3. Monitor tanda-tanda vital ortostatik</p> <p>4. Monitor koagulasi (mis. prothrombin time (PT), partial thromboplastin time (PTT), fibrinogen, degradasi fibrin dan atau platelet)</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Pertahankan bed rest selama perdarahan</p> <p>2. Batasi tindakan invasif, jika perlu</p> <p>3. Gunakan kasur pencegahan dekubitus</p> <p>4. Hindari pengukuran suhu rektal</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan</p> <p>2. Menggunakan kaus kaki saat ambulasi</p> <p>3. Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi</p> <p>4. Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan</p>	<p>4. Untuk mengetahui koagulasi</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Agar darah yang keluar selama perdarahan tidak melebihi batas</p> <p>2. Agar pasien dapat beristirahat</p> <p>3. Untuk mencegah terjadinya dekubitus</p> <p>4. Untuk meningkatkan kenyamanan pasien</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Untuk mengetahui tanda dan gejala perdarahan</p> <p>2. Mencegah perlukaan pada kaki</p> <p>3. Untuk menghindari konstipasi</p> <p>4. Supaya apabila terjadi perdarahan, perdarahan dapat segera berhenti</p> <p>5. Untuk mencegah perdarahan</p> <p>6. Agar segera mendapat pertolongan atau penanganan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Untuk menghentikan perdarahan</p> <p>2. Untuk mengganti jubah yang keluar saat perdarahan</p> <p>3. Untuk menghindari pasien mengejan</p>
--	--	--	---	--

			<p>5. Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K</p> <p>6. Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan</p> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu 2. Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu 3. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu <p>I.02067 (SIKI, 283)</p>	
3.	<p>Risiko Jatuh</p> <p>D.0143 (SDKI, 306)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat jatuh menurun, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5 Jatuh dari tempat tidur menurun 6 Jatuh saat dipindahkan 7 Jatuh saat duduk menurun <p>L.14138 (SLKI, 140)</p>	<p>Pencegahan Jatuh Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi faktor risiko jatuh 2. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh 3. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala 4. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mencegah faktor risiko jatuh 2. Untuk mencegah faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh 3. Untuk mengevaluasi skala risiko jatuh pasien 4. Untuk memonitor risiko jatuh pasien minimal <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk menimalisir risiko jatuh pasien 2. Untuk memastikan roda tempatv tidur

			<p>ke kursi roda dan sebaliknya</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga 2. Pastikan roda tempat tidur dalam kondisi terkunci 3. Atur tempat tidur mekanis pada posisi rendah 4. Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station 5. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 2. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh 3. Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat 	<p>aman dan terkunci</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Untuk membuat pasien posisi aman 4. Untuk mengetahui dan mempermudah monitor pasien risiko jatuh 5. Untuk memudahkan pasien memanggil perawat <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga Pastikan roda tempat tidur
--	--	--	---	---

			I.14540 (SIKI, 279)	
--	--	--	--------------------------------	--

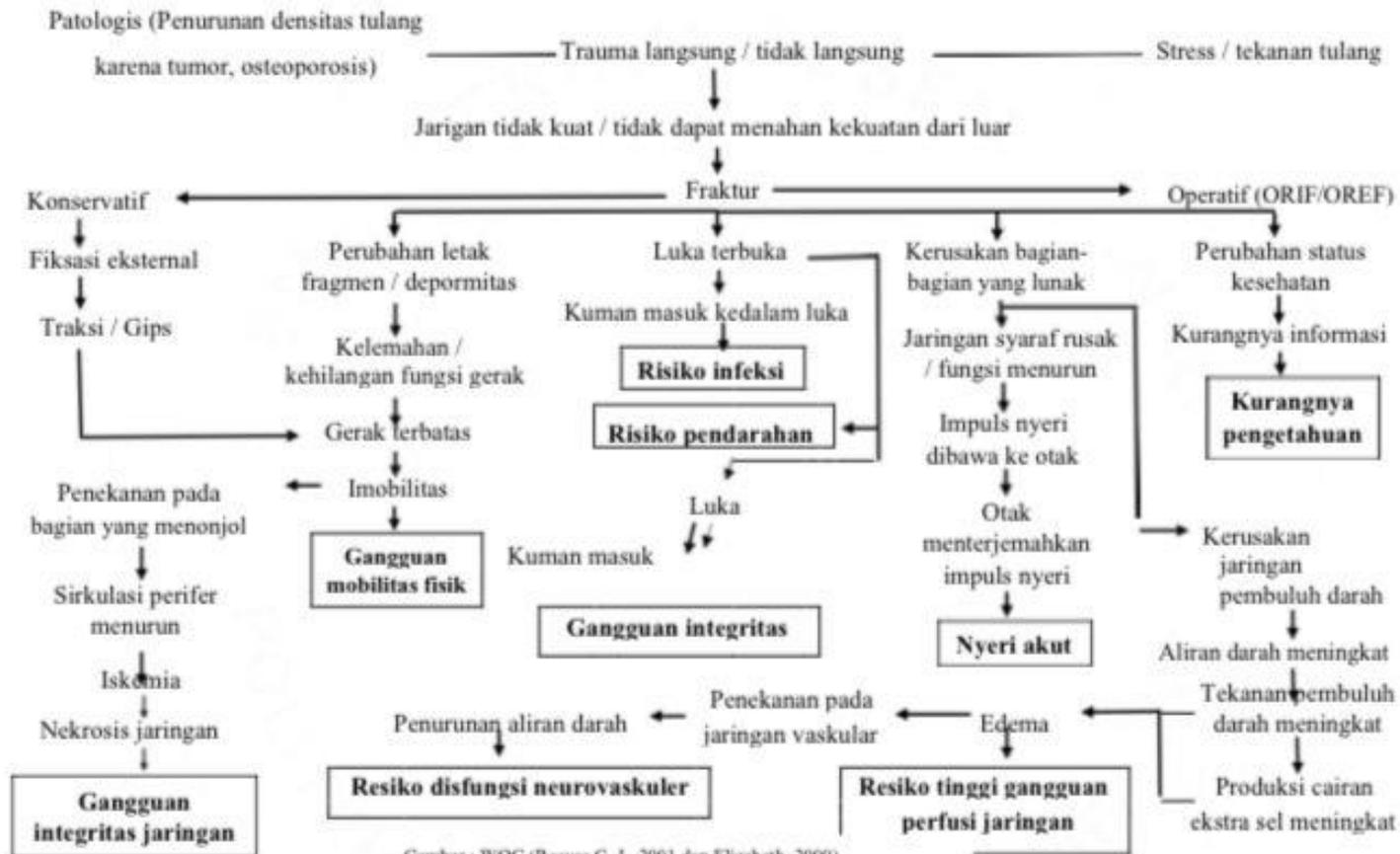
2.3.6 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat dalam membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi menuju kesehatan yang lebih baik yang sesuai dengan intervensi atau rencana keperawatan yang telah dibuat sebelumnya (Potter, P.A, Perry, 2015).

2.3.7 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah perbandingan sistemik dan terperinci mengenai kesehatan pasien dengan tujuan yang ditetapkan, evaluasi dilakukan berkesinambungan yang melibatkan pasien dan tenaga medis lainnya. Evaluasi dalam keperawatan yaitu kegiatan untuk menilai tindakan keperawatan yang telah dipilih untuk memenuhi kebutuhan pasien secara optimal dan mengukur dari proses keperawatan (Potter, P.A, Perry, 2015).

2.4 WOC



BAB 3

TINJAUAN KASUS

Bab ini membahas mengenai asuhan keperawatan pada Ny. M dengan diagnose medis *close fraktur collum femur sinistra*, meliputi: 1) Pengkajian, 2) Diagnosa Keperawatan, 3) Intervensi Keperawatan, 4) Implementasi Keperawatan dan Evaluasi Keperawatan

3.1 Pengkajian

3.1.1 Keluhan

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak sadarkan diri setelah jatuh dari kamar mandi

3.1.2 Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien berjenis kelamin perempuan berusia 66 tahun, beragama Katolik yang bertempat tinggal di Surabaya dengan nomor register 712XXX. Pasien dirawat karena akan melakukan tindakan hip bipolar sinistra setelah jatuh di kamar mandi dan tidak sadarkan di rumahnya. Pasien datang ke IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya pada hari Rabu tanggal 25 Januari 2023 dan atas advis dokter pasien masuk rumah sakit di ruang B2 dan akan dilakukan operasi pada hari Selasa tanggal 7 Februari 2023.

Pasien ditemukan tidak sadar setelah jatuh dari kamar mandi sekitar 05.30 kemudian keluarga pasien memanggil TGC dan dilakukan cek gula darah ternyata rendah. Dengan segera oleh pihak TGC dipasang infus dan beberapa menit kemudian pasien terbangun. Pasien dibawa oleh TGC ke IGD pada jam 10.00 WIB dengan tingkat kesadaran baik. Di IGD pasien diberikan terapi infus D10 dan

diberikan obat injeksi Ranitidine 50mg. Saat dikaji pasien terlihat lemah, nafsu makan menurun sejak 2 minggu yang lalu, mual namun tidak muntah, tidak ada demam, batuk, pilek dan sesak, pasien bisa di ajak bicara.

3.1.3 Riwayat Penyakit Dahulu

Hasil pengkajian yang didapatkan dari keluarga pasien bahwa pasien memiliki riwayat penyakit Diabetes Melitus (*Metformin*) dan Ca paru belum ada rencana chemo maupun radiasi. Pasien tidak memiliki riwayat alergi sebelumnya pada makanan atau obat – obatan

3.1.4 Keadaan Umum

Keadaan umum Ny. M lemah, tingkat kesadaran composmentis dengan GCS E4 V5 M6, tekanan darah 123/63 mmHg, nadi 98x/menit, pernapasan 22x/menit, suhu 36,5°C, kadar SpO₂ 97% tanpa bantuan oksigen

3.2 Asuhan Keperawatan *Perioperatif*

3.2.1 Pengkajian

Saat pasien datang ke ruang operasi dan dilakukan anamnesis pada pasien serta pengkajian pre operasi sehingga didapatkan data bahwa pasien masuk ruang operasi dan akan dilakukan tindakan Hip Bipolar Sinistra dari ruang B2 karena *close fraktur collum femur*. Pada anamnesis didapatkan pasien tampak bingung dan cemas karena akan melaksanakan tindakan operasi, pasien mengeluhkan nyeri pada panggul kiri. Pada pengkajian fisik didapatkan ekstremitas sinistra terpasang traksi skin 4 kg. Nyeri yang dirasakan pasien karena *close fraktur* seperti cekot-cekot pada panggul kiri, nyeri terus – menerus dengan skala 7 (0 – 10). Sebelum

dilakukan operasi pasien diberikan antibiotic *Cefazoline* 2gr dalam 100cc NaCl 0,9%. Pasien telah berpuasa selama 6 jam sebelum operasi.

3.2.2 Analisa Data

Tabel 3.1 Diagnosis Keperawatan *Preoperatif* pada Ny. M dengan Diagnosis *Close Fraktur Collum Femur Sinistra*

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	<p>DS: Pasien mengatakan nyeri pada panggul kiri P: patah tulang setelah jatuh Q: seperti cekot-cekot R: pada panggul kiri S: skala 7 (0-10) T: terus – menerus DO: - Tampak menyeringai kesakitan saat bergerak - Kekuatan otot menurun - ROM menurun - Ektremitas bawah kiri terpasang skin traksi 4kg</p>	Kerusakan integritas struktur tulang	<p>Gangguan mobilitas fisik</p> <p>(SDKI D.0054 Hal.124)</p>
2.	<p>DS: Pasien mengatakan sedikit cemas dan bingung karena akan operasi DO: - Pasien tampak tegang dan gelisah - Tanda – tanda vital TD: 123/63 mmHg HR: 98x/menit RR: 22 x/menit Suhu : 36,5°C</p>	Krisis Situasional	<p>Ansietas</p> <p>(SDKI D.0080 Hal.180)</p>

3.2.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.2 Intervensi Keperawatan *Preoperatif* pada Ny. M dengan Diagnosis *Close Fraktur Collum Femur Sinistra*

No	Diagnosa	Tujuan	Intervensi	Rasional
1.	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang</p> <p>(SDKI D.0054 Hal.124)</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 1x30 menit diharapkan tingkat nyeri membaik, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Frekuensi nadi membaik <p>Tingkat Nyeri (SLKI L.08066 Hal. 145)</p>	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, skala nyeri 2. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri (pembatasan gerak dengan bidai) <p>Manajemen Nyeri (SIKI I.08238 Hal. 201)</p>	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, skala nyeri 2. Untuk mengetahui faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. untuk mengurangi nyeri
2.	<p>Ansietas berhubungan dengan krisis situasional</p> <p>(SDKI D.0080 Hal.180)</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x30 menit diharapkan tingkat ansietas membaik, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi khawatir akibat 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi teknik relaksasi yang penuh efektif digunakan 2. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui teknik relaksasi yang penuh efektif digunakan 2. Untuk mengetahui ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk menciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan

		<p>kondisi yang dihadapi menurun.</p> <p>2. Perilaku gelisah menurun</p> <p>3. Perilaku tegang menurun.</p> <p>Tingkat Ansietas (SLKI L.090930 Hal. 132)</p>	<p>Terapeutik</p> <p>1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan</p> <p>Terapi Relaksasi (SIKI I.09326 Hal. 436)</p>	<p>dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman</p>
--	--	---	---	---

3.2.4 Implementasi Keperawatan

Tabel 3.3 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan *Preoperatif* pada Ny. M dengan Diagnosis *Close Fraktur Collum Femur Sinistra*

No	Tgl/ Jam	Implementasi	Paraf	Tgl/ Jam	Evaluasi
1.	7/2/23 06.00	<p>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, skala nyeri</p> <p>- P: patah tulang setelah jatuh di kamar mandi</p> <p>Q: seperti ceko-cekot</p> <p>R: pada panggul kiri</p> <p>S: 7 (0-10)</p> <p>T: terus – menerus</p>	Nyh	7/2/23 06.30	<p>S:</p> <p>Pasien mengatakan nyeri pada panggul kiri</p> <p>P: patah tulang setelah jatuh di kamar mandi</p> <p>Q: seperti ceko-cekot</p> <p>R: pada panggul kiri</p> <p>S: 7 (0-10)</p> <p>T: terus – menerus</p> <p>O:</p> <p>- Tampak menyeringai kesakitan</p> <p>- Ektremitas bawah kiri terfiksasi bidai</p> <p>A:</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dihentikan pasien masuk ke ruang operasi</p>
	06.05	<p>2. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>- Tidak ada yg memperberat atau memperingan nyeri</p>	Nyh		
	06.10	<p>3. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri</p> <p>- Meminimalisir gerakan dengan terpasang skin</p>	Nyh		

	06.20	traksi 4. Memberikan hasil kolaborasi pemberian antibiotic - Cefazoline 2gr dalam 100cc NaCl 0,9%	Nyh		
2.	7/2/23 06.33	1. Memberikan teknik relaksasi yang penuh efektif digunakan - Teknik nafas dalam dan support keluarga	Nyh	7/2/23 07.00	S: Pasien mengatakan sedikit cemas dan bingung karena akan operasi
	06.35	2. Mengobservasi ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu pasien - Tanda – tanda vital sesudah: TD: 123/63 mmHg HR: 98x/menit RR: 22x/menit	Nyh		O: - Pasien tampak tegang dan gelisah - Tanda – tanda vital TD: 123/63 mmHg HR: 98x/menit RR: 22x/menit Suhu: 36,5°C
	06.40	3. Menciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman,	Nyh		A: Masalah belum teratasi
	06.45	4. Mengajak pasien berdo'a 5. Menganjurkan mengambil posisi yang nyaman - Pasien telah nyaman dengan posisinya	Nyh		P: Intervensi dihentikan pasien masuk ke ruang operasi

Berdasarkan pada standart diagnosa keperawatan yang ada dan stase yang sedang dijalankan dalam keperawatan kegawatdaruratan maka kami hanya berfokus pada sistem terkait keperawatan kegawatdaruratan. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang didasarkan dengan keluhan nyeri pasien. Dengan perolehan data subjektif yang menunjukkan bahwa pasien mengeluh nyeri yang dirasakan pasien karena *close fraktur* seperti cekot-cekot pada panggul kiri, nyeri terus – menerus dengan skala 7 (0 – 10) dengan data

objektif pasien tambak menyeringai kesakitan ekstremitas bawah kiri terpasang skin traksi 4 kg. Pada diagnosa ansietas berhubungan dengan krisis situasional didasarkan dengan keadaan pasien yang cemas. Dengan perolehan data subjektif yang menunjukkan bahwa pasien mengatakan sedikit cemas dan bingung karena akan operasi, pasien tampak tegang dan gelisah disertai Tekanan Darah : 123/68 mmHg Nadi : 98x/menit.

3.3 Asuhan Keperawatan *Perioperatif*

3.3.1 Pengkajian

Ny. M dipindahkan ke dalam kamar operasi dan dilakukan *subarachnoid blok* dan diberikan obat Spinocan 25 x 1 tusuk, Regivel 0,5 ml, Adrenalin, pasien dipasang masker O₂ 6 lpm dan terhubung dengan ventilator dengan tekanan FiO₂ 0, Vte 378, PEAK 11, PEEP 0. Dilakukan desinfeksi dengan *povidone iodine* 10% lalu menggunakan alcohol dan dipersempit dengan menggunakan duk steril. Setelah persiapan selesai pasien dilakukan tindakan Hip Bipolar oleh dokter spesialis orthopedic selama 2 jam (07.30 – 09.30 WIB) pada *collum femur sinistra*, selama tindakan operasi berlangsung pasien diberi cairan NaCl 0,9% 1000 cc, paracetamol 100ml dan Morfin 1ml/jam dalam 20cc pump, obat Cefazoline 2 ml, Ondancetron 4 mg, Ketorolac 30 mg, Dexamethason 5 mg. Setelah tindakan pasien dilakukan operasi berlangsung selama 2 jam dengan jumlah perdarahan 100 cc tanpa irigasi, jumlah kassa yang digunakan 20 buah. Jumlah cairan yang masuk selama operasi yakni 700 cc Nacl 0,9%, pengeluaran urine pasien selama operasi - sebanyak 400 cc. Tanda -tanda vital pasien : tekanan darah 103/ 63 mmHg, nadi 74x/ menit, frekuensi napas: 16x/ menit, suhu tubuh pasien: 35,8°C, SPO₂: 100%

3.3.2 Analisa Data

Tabel 3.4 Diagnosis Keperawatan *Perioperatif* pada Ny. M dengan Diagnosis *Close Fraktur Collum Femur Sinistra*

No	Data	Etiologi	Problem
1.	DS: Factor risiko: - Efek agen farmakologis (pembedahan/ anastesi) - Suhu lingkungan yang rendah Kondisi klinis terkait: Kurang mobilitas fisik		Risiko hipotermia (SDKI D.0140 Hal. 302)

3.3.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan *Perioperatif* pada Ny. M dengan Diagnosis *Close Fraktur Collum Femur Sinistra*

No	Diagnosa	Tujuan	Intervensi	Rasional
1.	Risiko hipotermia (SDKI D.0140 Hal. 302)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 1x2jam termoregulasi membaik, dengan kriteria hasil: 1. Menggigil menurun 2. Pucat menurun 3. Suhu tubuh membaik 4. Tekanan darah membaik Termoregulasi (SLKI, L14234, Hal 129)	Observasi 1. Monitor suhu tubuh 2. Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia Terapeutik 1. Lakukan penghangatan pasif 2. Lakukan penghangatan aktif eksternal 3. Lakukan penghangatan aktif internal Manajemen Cairan (SIKI, I.14507, Hal 183)	Observasi 1. Untuk mengetahui suhu tubuh pasien selama tindakan berlangsung 2. Untuk mengetahui tanda dan gejala agar bisa mencegah komplikasi Terapeutik 1. Untuk meminimalisir hipotermia terjadi 2. Untuk pasien agar tetap dalam suhu tubuh normal eksternal

				3. Untuk pasien agar tetap dalam suhu tubuh normal
--	--	--	--	--

3.3.4 Implementasi Keperawatan

Tabel 3.6 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan *Perioperatif* pada Ny. M dengan Diagnosis *Close Fraktur Collum Femur Sinistra*

No	Tgl/ Jam	Implementasi	Paraf	Tgl/ Jam	Evaluasi	Paraf
1.	07/2/ 23 07.30 08.10 08.45 09.10 09.20	1. Monitor suhu tubuh pasien - Suhu : 35,8°C 2. Monitor tanda dan gejala akibat hipotermi - TD: 103/63 mmHg, N: 74x/menit RR: 16x/menit SpO2: 100% MAP: 74 Hg 3. Melakukan penghangatan pasif - Menutup kepala 4. Melakukan penghangatan aktif eksternal - Selimutan hangat 5. Melakukan penghangatan aktif internal - Nacl 0,9% 1000cc - Paracetamol 100 ml	Nyh Nyh Nyh Nyh Nyh	07/2/ 23 09.30	S: Factor risiko: - Efek agen farmakologis - Suhu lingkungan rendah O: - TD: 103/63 mmHg N: 73x/menit RR: 16x/menit SpO2: 100% MAP: 69Hg A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan di ICU anesthesi	Nyh

Pada saat *perioperatif* banyak kemungkinan yang terjadi seperti pada halnya risiko hipotermia dengan faktor risiko efek agen farmakologis dan suhu lingkungan rendah yang dimana standar suhu kamar operasi 19°C-22°C. Pada intra operasi

sangat diminimalkan untuk terjadinya hipotermia karena mencegah terjadinya kelainan jantungm infeksi luka operasi dan syok

3.4 Asuhan Keperawatan *Postoperatif*

3.4.1 Pengkajian

Operasi selesai dilakukan pada pukul 09.30 WIB setelah operasi pasien terpasang *masker* O₂ 6 lpm, RR 20x/menit, SPO₂ 98%, terpasang infus periper Tutosol 1500 cc/ 24 jam dan terpasang folley chateter, pasien langsung dipindahkan di ruang ICU dengan keadaan masih tersedasi dengan tekanan darah 118/64 mmHg, nadi 88x/menit atas advis dokter dilakukan pemeriksaan darah lengkap post operasi.

3.4.2 Analisa Data *Postoperatif*

Tabel 3.7 Diagnosis Keperawatan *Postoperatif* pada Ny. M dengan Diagnosis *Close Fraktur Collum Femur Sinistra*

No	Data	Etiologi	Problem
1.	DS: Factor risiko: - Efek agen farmakologis (sedasi/ anastesi) - Kondis pasca operasi Kondisi klinis terkait: Glaukoma		Risiko Jatuh (SDKI D.0142, Hal. 304)

3.4.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.8 Intervensi Keperawatan *Postoperatif* pada Ny. M dengan Diagnosis *Close Fraktur Collum Femur Sinistra*

No	Diagnosa	Tujuan	Intervensi	Rasional
1.	Risiko jatuh (SDKI, D.0142. Hal 304)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat jatuh menurun, dengan kriteria hasil:	Observasi 1. Identikasi faktor risiko jatuh 2. Identikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh	Observasi 1. Untuk mencegah faktor risiko jatuh 2. Untuk mencegah

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Jatuh dari tempat tidur menurun 2. Jatuh saat dipindahkan menurun 3. Jatuh saat duduk menurun <p>Tingkat Jatuh (SLKI L.14138, Hal 140)</p>	<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pastikan roda tempat tidur dalam kondisi terkunci 2. Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station 3. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan 2. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh <p>Pencegahan Jatuh (SIKI, I.14540. Hal 279)</p>	<p>faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk memastikan roda tempat tidur aman dan terkunci 2. Untuk mengetahui dan mempermudah monitor pasien risiko jatuh 3. Untuk memudahkan pasien memanggil
--	--	--	---	---

3.4.4 Implementasi Keperawatan

Tabel 3.9 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan *Postoperatif* pada Ny. M dengan Diagnosis *Close Fraktur Collum Femur Sinisitra*

No	Tgl/ Jam	Implementasi	Paraf	Tgl/ Jam	Evaluasi	Paraf
1.	07/02 /23 09.30	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi faktor risiko jatuh - Pasien masih dalam kondisi tersedasi 2. Mengidentifikasi faktor 	Nyh Nyh	07/02 /23 09.45	<p>S: Pasien masih dalam keadaan tersedasi</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terpasang O₂ 6 lpm - RR 20x/menit, SPO₂ 98% 	Nyh

		lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh - Pasien berada di ruangan ICU			- Pasien langsung dipindahkan di ruang ICU dengan keadaan masih tersedasi	
09.33						
09.35	3.	Memastikan roda tempat tidur dalam kondisi terkunci - Roda dan pagar tempat tidur pasien terkunci	Nyh		A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan di ICU anestesi	
09.38	4.	Menempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari <i>nurse station</i>	Nyh			
09.40		- Pasien berada dekat di samping kanan <i>nurse station</i>				
09.42	5.	Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan - Pasien dalam pemanatuan khusus	Nyh			
	6.	Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh - Pasien masih dalam kondisi tersedasi	Nyh			

Pada saat *Postoperatif* ditemukan diagnose risiko jatuh didasarkan pasien masih dalam keadaan tersedasi post op *close fraktur femur sinistra* dan dilakukan tindakan Hip Bipolar Sinsistra, pasien langsung dipindahkan di ruang ICU dengan

keadaan masih tersedasi. Untuk observasi lebih lanjut pasien dipindahkan di ruang ICU

BAB 4

PEMBAHASAN

Bab ini akan membahas asuhan keperawatan kegawatdaruratan pada Ny. M dengan diagnosa medis *close fraktur collum femur sinistra* di OK Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang dilaksanakan 07 Februari 2023 sesuai dengan pelaksanaan asuhan keperawatan kegawatdaruratan dengan pendekatan proses keperawatan dari tahap pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

4.1 Pengkajian Keperawatan

Penulis melakukan pengkajian pada Ny. M dengan melakukan anamnesa kepada pasien, melakukan pemeriksaan fisik, dan mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang medis

4.1.1 Identitas

Pasien berjenis kelamin perempuan berusia 66 tahun, hal ini sejalan dengan data prevalensi pada kelompok usia 60 tahun ke atas, kejadian fraktur karena peristiwa patologis lebih sering terjadi karena berkurangnya massa tulang yang disebabkan oleh proses degeneratif seiring dengan pertambahan usia peristiwa terjatuh yang terjadi pada lansia juga dapat disebabkan oleh kelemahan fisik, penurunan penglihatan, penurunan pendengaran, dan penurunan refleks karena proses penuaan. Menurut penulis pasien mengalami fraktur karena kecelakaan yang disebabkan oleh kaburnya penglihatan karena pasien memiliki riwayat penyakit diabetes mellitus.

4.1.2 Keluhan dan Riwayat Penyakit

Pasien dibawa ke IGD dengan keadaan tidak sadarkan di rumahnya setelah jatuh di kamar mandi rumahnya sekitar 10 menit. Menurut penulis hal tersebut yang menyebabkan pasien mengalami penurunan kesadaran, karena ada indikasi benturan pada kaki saat terjatuh. Hal tersebut sesuai dengan (Makkiyah, 2016) bahwa pasien datang dengan keadaan emergensi dengan penurunan kesadaran dan gula darah yang rendah. Pemeriksaan klinis mengindikasikan adanya fraktur di daerah femur kiri pasien. Menurut penulis pasien mengalami *suspect close fraktur femur* karena pada hasil *CT Scan* didapatkan hasil *close fraktur collum femur sinistra*.

Pasien memiliki riwayat penyakit diabetes mellitus (*metformin*) dan Ca paru. Menurut penulis pasien mengalami gangguan penglihatan yang disebabkan oleh riwayat penyakit diabetes mellitus yang dimiliki oleh pasien karena ketidakstabilan kadar glukosa darah, hal ini sesuai dengan (Fadhil et al., 2019) semua pasien glaukoma yang ditemukan pada penelitian ini adalah DM tipe II. Untuk DM, baik tipe I ataupun DM tipe II keduanya merupakan faktor resiko untuk terkena komplikasi retinopati diabetikum, katarak, maupun glaucoma. DM tipe II menyebabkan penipisan RNFL (*Renal Nerve Fibre Layer*) lebih awal daripada orang yang tidak menderita diabetes sehingga beresiko tinggi untuk terjadinya glaukoma.

4.1.3 Pemeriksaan Fisik

Pada anamnesis didapatkan pasien tampak bingung dan cemas karena akan melaksanakan tindakan operasi, menurut penulis pasien mengalami ansietas karena akan melakukan operasi mayor, hal tersebut sesuai dengan penelitian yang

dilakukan oleh (Mayor, 2018) bahwa tingkat ansietas pasien pre operasi mayor sebagian besar mengalami ansietas sedang. Ansietas sedang adalah persepsi terhadap lingkungan menurun, individu lebih menfokuskan pada hal penting saat itu dan mengesampingkan hal lain. Sehingga pasien mengalami perhatian yang elektif namun dapat melakukan sesuatu yang terarah. Pasien mengeluhkan nyeri pada seluruh tubuhnya, pengkajian fisik didapatkan skin traksi 4 kg *collum femur sinistra* pasien. Nyeri yang dirasakan pasien karena *close fraktur collum femur sinistra* seperti cekot-cekot pada panggul kiri, nyeri terus – menerus dengan skala 7 (0 – 10). Menurut penulis pasien merasakan nyeri karena *close fraktur collum femur sinistra* yang dialami pasien saat jatuh, hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh (Aini & Reskita, 2017) bahwa nyeri fraktur disebabkan terputusnya kontinuitas jaringan sehingga mengirimkan impuls ke hipotalamus. Nyeri yang dirasakan sebelum dilakukan teknik relaksasi nafas dalam yang sering muncul adalah rata-rata pada skala sedang disebabkan fraktur yang dialami cukup kompleks, dengan ciri-ciri responden meringis, menyeringai, dapat mendeskripsikan nyeri nya dan menunjukkan lokasi nyeri serta dapat mengikuti perintah dengan baik. Sebelum dilakukan operasi pasien diberikan antibiotic *Cefazoline* 2gr dalam 100cc NaCl 0,9%, hal ini sesuai dengan (Makani & Andayani, 2021) bahwa pemberian *Cefazoline* sebagai profilaksis berarti pencegahan infeksi dengan obat, pajanan adalah peristiwa yang menimbulkan risiko penularan. Jadi profilaksis prapajanan berarti penggunaan obat untuk mencegah infeksi sebelum terjadi peristiwa yang berisiko. Pasien telah berpuasa selama 6 jam sebelum operasi, menurut penulis puasa dilakukan untuk mencegah aspirasi selama operasi hal tersebut sesuai dengan (Yulianti, 2012) bahwa puasa merupakan pencegahan aspirasi yang paling efektif.

Pada pasien elektif memiliki waktu yang cukup untuk dilakukan untuk puasa sebelum dilakukannya prosedur anestesi. Sedangkan pada pasien emergensi sangat sulit untuk dilakukan puasa sebelum dilakukannya anestesi karena memiliki waktu yang terbatas.

Pasien dipindahkan ke dalam kamar operasi dan dilakukan *general anasthesi*, pasien dipasang O₂ dan terhubung dengan ventilator. Sejak awal diberikan paracetamol sebagai preemptive analgesia untuk mengurangi kebutuhan opioid saat operasi dan *post-operatif*. Setelah persiapan selesai pasien dilakukan tindakan Hip Bipolar oleh dokter spesialis orthopedic pada *collum femur sinistra*. Operasi berlangsung selama 2 jam dengan jumlah perdarahan 100 cc tanpa irigasi. Menurut Fardian & Muji Laksono (2014) selama operasi berlangsung terlihat bahwa tidak terjadinya gejala hemodinamik yang berarti pada saat awal insisi maupun selama pembedahan. Hal ini menunjukkan bahwa blok epidural memberikan analgesia yang kuat dan paten dibandingkan dengan obat analgetik lain seperti golongan opioid. Penatalaksanaan anestesi pada pasien yang menjalani bedah nonkardiak dengan komorbid seperti ini adalah pada prinsipnya adalah mengoptimalkan suplai oksigen dan mengurangi kebutuhan oksigen ke jantung.

Operasi selesai dilakukan pada pukul 09.30 WIB setelah operasi pasien terpasang masker O₂ 6 lpm, SPO₂ 98%, pasien langsung dipindahkan di ruang ICU dengan keadaan masih tersedasi, menurut Huang, C. C., Yen, S. W., Liu, C. Y., & Chang (2014) bahwa tanda yang penting seperti kesulitan bernapas dan distres pernapasan merupakan standar, apalagi jika diikuti oleh penurunan saturasi oksigen dan hemodinamik yang tidak stabil. Jika didapati pasien mengalami hal-hal tersebut, maka pasien harus ditangani secara cepat dan tepat

4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada Ny. M dengan diagnosis *close fraktur collum femur sinistra* disesuaikan dengan diagnosa keperawatan menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

4.2.1 Diagnosa Keperawatan *Preoperatif*

1. Gangguan Mobilitas Fisik

Diagnosa gangguan mobilitas fisik diangkat berdasarkan pengkajian berdasarkan data subjektif nyeri yang dirasakan pasien karena *close fraktur collum femur sinistra* seperti cekot-cekot pada panggul kiri, nyeri terus – menerus dengan skala 7 (0 – 10) dengan data objektif pasien tampak menyeringai kesakitan, panggul kiri terpasang skin traksi 4 kg. Menurut Airiska et al., (2020) Gangguan mobilitas fisik (immobilisasi) didefinisikan oleh *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) sebagai suatu keadaan dimana individu yang mengalami atau beresiko mengalami keterbatasan gerakan fisik. Gangguan mobilitas fisik atau imobilitas ini disebabkan oleh: persendian yang kaku, pergerakan yang terbatas, waktu beraksi yang lambat, keadaan tidak stabil bila berjalan, keseimbangan tubuh yang jelek, gangguan peredaran darah, gangguan penglihatan, gangguan pendengaran, gangguan pada perabaan.

2. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

Diagnosa ansietas diangkat berdasarkan pasien mengatakan sedikit cemas dan bingung karena akan operasi dengan data objektif pasien tampak tegang dan gelisah, tekanan darah: 123/63 mmHg, nadi: 98x/menit, respiratory rate: 22x/menit. Hasil ini sesuai dengan penelitian (Stuart, 2013) yang menunjukkan bahwa

mayoritas seseorang berusia 60-74 tahun, dimana pada usia tersebut lansia lebih banyak mengalami ansietas karena memasuki tahap awal sebagai lansia sehingga memerlukan penyesuaian yang lebih terhadap perubahan baik fisik maupun kognitif. Usia 60 tahun keatas banyak mengalami kemunduran fisik dan psikis, yang artinya mengalami perubahan-perubahan yang mengarah pada perubahan cenderung negatif baik secara fisik, psikologis, maupun sosial, sehingga akan mempengaruhi fungsi dan kemampuan tubuh secara keseluruhan

4.2.2 Diagnosa Keperawatan *Perioperatif*

1. Risiko Hipotermia

Diagnosa risiko hipotermia adalah berisiko mengalami kegagalan termoregulasi yang dapat mengakibatkan suhu tubuh berada dibawah rentang normal Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2017). Diagnosa risiko hipotermia diangkat oleh penulis berdasarkan faktor risiko hipotermia berhubungan dengan kondisi klinis terkait kurang mobilitas fisik diakibatkan oleh pasien dalam tindakan operasi Hip Bipolar. Menurut Naviati, et al., (2013) risiko hipotermia dapat disebabkan oleh suhu lingkungan yang rendah dan tindakan pembedahan. Sedangkan risiko mengalami kegagalan termoregulasi yang dapat mengakibatkan suhu tubuh berada dibawah rentang normal. Artinya, risiko hipotermia mengacu pada kegagalan termoregulasi rentang normal .

4.2.3 Diagnosa Keperawatan *Postoperatif*

1. Risiko Jatuh

Pasien langsung dipindahkan di ruang ICU dengan keadaan masih tersedasi. Menurut (Afrianti et al., 2020) risiko jatuh merupakan risiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan Kesehatan akibat terjatuh.

4.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan dibuat berdasarkan dengan diagnosa keperawatan yang muncul setiap diagnosa keperawatan yang muncul memiliki tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan sebagai penilaian keberhasilan implementasi yang telah diberikan

4.3.1 Intervensi Keperawatan *Preoperatif*

1. Gangguan Mobiltas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang

Pada diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan struktur tulang diharapkan tingkat nyeri membaik dengan kriteria hasil : keluhan nyeri menurun, meringis menuru, gelisah menurun, frekuensi nadi membaik. Intervensi yang akan dilakukan yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, lokasi, skala, kualitas nyeri, mengobservasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri, memberikan teknik non farmakologi dengan pemasangan skin traksi.

Menurut penulis pengkajian nyeri secara umum dilakukan untuk mengetahui seberapa berat nyeri yang dirasakan pasien menggunakan beberapa skala yang menjadi parameter. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Azkiyah et al., 2021) mendapatkan data subjektif dan objektif dari pasien untuk menilai seberapa berat pengaruh nyeri yang dirasakan oleh pasien tersebut.

Pengkajian nyeri dapat diperoleh dengan cara menanyakan kepada pasien skala nyeri, kapan nyeri mulai dirasakan, apa yang menyebabkan nyerinya bertambah parah, nyeri yang dirasakan seperti apa (tersayat – sayat, tertusuk – tusuk, panas, tertimpa benda berat), pada bagian mana yang merasakan nyeri, skala nyeri yang dirasakan dari 1 – 10, kapan nyeri timbul, nyeri timbul karena apa, harapan pasien terhadap nyeri.

Menurut penulis memberikan teknik non farmakologi berupa pemasangan skin traksi akan mengurangi nyeri yang dirasakan pasien karena dapat meminimalisir pergerakan pada area cidrera, hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh (Wirawan et al., 2017) bahwa pemasangan skin traksi lebih efektif karena secara signifikan dapat menurunkan intensitas nyeri pada pasien fraktur ekstremitas bawah.

2. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

Pada diagnosa keperawatan ansietas berhubungan dengan krisis situasional diharapkan tingkat ansietas membaik, dengan kriteria hasil: verbalisasi terhadap kondisi yang dihadapi menurun, perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun. Intervensi yang akan dilakukan yaitu memberikan dukungan keluarga kepada pasien, periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu, ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman.

Menurut penulis dukungan keluarga sangat berpengaruh terhadap tingkat ansietas pasien, hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh (Mayor, 2018) bahwa terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat ansietas pasien

pre operasi mayor disebabkan bahwa dukungan keluarga dari pihak keluarga sangat dibutuhkan terhadap penderita sakit, anggota keluarga sangat penting, sehingga anggota keluarga tersebut merasa nyaman dan dicintai apabila dukungan keluarga tersebut tidak adekuat maka merasa diasingkan atau tidak dianggap oleh keluarga, sehingga seseorang akan mudah mengalami ansietas dalam menjalani operasi.

4.3.2 Intervensi Keperawatan *Perioperatif*

Pada diagnosa keperawatan risiko hipotermia diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil: asupan menggigil menurun, pucat menurun, suhu tubuh membaik dan tekanan darah membaik. Intervensi yang akan dilakukan yaitu memonitor suhu tubuh, mengidentifikasi penyebab hipotermia, monitor tanda dan gejala hipotermia, melakukan penghangatan pasif, melakukan penghangatan aktif eksternal dan internal.

Menurut penulis mengetahui status suhu tubuh pasien selama operasi sangat diperlukan karena untuk mencegah terjadinya syok dan kelainan jantung selama operasi dan apabila terjadi hipotermia selama operasi dapat segera ditangani dengan tepat, hal tersebut sesuai penelitian yang dilakukan oleh (Dewi & Rahayu, 2010) bahwa kemungkinan besar yang dapat mengancam nyawa pada syok, berasal dari penurunan suhu tubuh, yang menyebabkan kelainan jantung peningkatan infeksi luka pada operasi, gangguan penyembuhan luka, menggigil dan perdarahan. Pengkajian yang didapatkan meliputi: pasien menggigil, kuli pucat, hipoksia, takikardia, takipnea, bradikardi, suhu tubuh memburuk, kadar glukosa darah memburuk dan tekanan darah memburuk..

4.3.3 Intervensi Keperawatan *Postoperatif*

Pada diagnosa keperawatan risiko jatuh diharapkan jatuh dari tempat tidur menurun, jatuh saat berdiri menurun, jatuh saat duduk menurun, jatuh saat berjalan menurun, jatuh saat dipindahkan menurun, jatuh saat naik tangga menurun, jatuh saat di kamar mandi menurun. Intervensi yang akan dilakukan yaitu identifikasi faktor risiko jatuh, identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh, monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya, pastikan roda tempat tidur terkunci, tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari *nurse station*, dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien, anjurkan pasien memanggil perawat jika membutuhkan bantuan, anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh.

Menurut penulis perlu memonitor risiko jatuh pasien agar meminimalisir komplikasi yang akan terjadi. Memonitor risiko jatuh pasien yang terjadi pada pasien post operasi sangat penting, sesuai penelitian yang dilakukan oleh (Sudirman et al., 2019) bahwa risiko jatuh dapat terjadi karena pasien usia >65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan dan bisa juga dari lingkungan pasien misal lantai licin dan penerangan kurang.

4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana (intervensi) keperawatan yang telah disusun mencakup tindakan mandiri, dan kolaborasi. Tindakan mandiri merupakan tindakan keperawatan berdasarkan analisis dan kesimpulan perawat, bukan atas petunjuk dari tenaga medis lainnya. Sedangkan tindakan kolaborasi adalah tindakan keperawatan yang didasarkan oleh hasil keputusan bersama dengan dokter atau petugas kesehatan lain. Implementasi

dokumentasi selama 1x2 jam dan evaluasi dilakukan setiap pergantian shift. SOAP didokumentasikan sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan dalam intervensi keperawatan.

Pada diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan struktur tulang dilakukan tindakan mengidentifikasi lokasi, karakteristik, lokasi, skala, kualitas nyeri, mengobservasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, memberikan teknik non farmakologi dengan pemasangan skin traksi.

Pada diagnosa keperawatan ansietas berhubungan dengan krisis situasional dilakukan tindakan memberikan dukungan keluarga kepada pasien, memeriksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu, menciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman.

Pada diagnosa keperawatan risiko hipotermia dilakukan memonitor suhu tubuh, mengidentifikasi penyebab hipotermia, memonitor tanda dan gejala hipotermia, melakukan penghangatan pasif, melakukan penghangatan aktif eksternal dan internal.

Pada diagnosa keperawatan risiko jatuh dilakukan tindakan mengidentifikasi faktor risiko jatuh, mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh, memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya, memastikan roda tempat tidur terkunci, menempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari *nurse station*, mendekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien, menganjurkan pasien

memanggil perawat jika membutuhkan bantuan, menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh .

4.5 Evaluasi Keperawatan

Pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (fraktur) dengan keluhan yang dirasakan pasien seperti cekot-cekot dengan skala 7 (0-10) di panggul. Setelah dilakukan asuhan keperawatan teknik distraksi nafas dalam dan menganjurkan pasien tidur dengan posisi yang nyaman, masalah belum teratasi pasien dipindahkan ke kamar operasi.

Saat dilakukan evaluasi pada diagnosa keperawatan ansietas berhubungan dengan krisis situasional pasien mengatakan kecemasan berkurang dan pasien sudah tidak cemas setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam, pasien berdoa dan optimis bahwa tindakan operasinya berjalan dengan lancar.

Pada diagnosa keperawatan risiko hipotermia berdasarkan factor risiko suhu lingkungan rendah berhubungan dengan kondisi klinis terkait kurang mobilitas fisik karena tindakan pembedahan. Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan termoregulasi mendapatkan hasil termoregulasi membaik dan pasien dipindahkan di ruang ICU.

Pada diagnosa keperawatan risiko jatuh berdasarkan faktor risiko efek agen farmakologis (sedasi/ anastesi) berhubungan dengan kondisi nklinis terkait glaucoma, masalah belum teratasi dan pasien dipindahkan ke ruang ICU dengan keadaan pasien masih tersedasi.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa *Close Fraktur Collum Femur Sinistra* di ruang OK Centrak RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis bisa menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

5.1 Kesimpulan

1. Hasil pengkajian didapatkan pasien terjadi *Close Fraktur Collum Femur Sinistra* karena jatuh di kamar mandi, pasien memiliki riwayat penyakit diabetes mellitus yang membuat penglihatan menjadi kabur.
2. Dari diagnosa *Close Fraktur Collum Femur Sinistra* penulis mengangkat masalah keperawatan pre operasi: ansietas dan gangguan mobilitas fisik, intra operasi: risiko hipotermia, post operasi: risiko jatuh.
3. Intervensi Keperawatan pada Ny. M dengan diagnosa medis *Close Fraktur Collum Femur Sinistra* disesuaikan dengan diagnosa keperawatan dengan kriteria hasil : tingkat nyeri membaik, tingkat ansietas menurun, termoregulasi membaik dan tingkat jatuh menurun.
4. Implementasi keperawatan pada Ny. M dengan diagnosa medis *Close Fraktur Collum Femur Sinistra* disesuaikan dengan diagnosa keperawatan yang ada : ansietas berhubungan dengan krisis situasional dilakukan reduksi ansietas, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan struktur integritas tulang dilakukan manajemen nyeri, risiko hipotermia berdasarkan faktor risiko efek agen farmakologis dengan kondisi klinis terkait kurang mobilitas fisik dilakukan manajemen hipotermia dan risiko jatuh

berdasarkan faktor risiko kondisi pasca operasi dengan kondisi klinis terkait glaucoma dilakukan pencegahan jatuh.

5. Evaluasi Keperawatan pada Ny. M dengan diagnosa *Close Fraktur Collum Femur Sinistra* disesuaikan dengan diagnosa keperawatan yaitu : ansietas, gangguan mobilitas fisik, risiko hipotermia dan risiko jatuh dapat teratasi sebagian. Evaluasi pada ruang operasi akan berakhir di ICU.

5.2 Saran

Sesuai dari simpulan diatas, penulis memberikan saran sebagai berikut:

1. Bagi pasien dan keluarga hendaknya lebih memperhatikan dalam gerak pasien yang sedang dianjurkan untuk pembatasan gerak guna mengurangi tingkat nyeri
2. Bagi Rumah Sakit hendaknya meningkatkan kualitas pelayanan yaitu dengan memberikan kesempatan perawat untuk mengikuti pendidikan berkelanjutan baik formal maupun informal. Pada ruangan juga sangat diperlukan komunikasi efektif sehingga meminimalisir terjadinya ketidaktepatan pemahaman informasi
3. Bagi perawat OK Central hendaknya lebih bisa mengestimasi waktu penjadwalan yang telah disesuaikan dengan list pembedahan harian
4. Bagi penulis selanjutnya dapat menggunakan karya ilmiah akhir ini sebagai salahsatu sumber data untuk penelitian selanjutnya

DAFTAR PUSTAKA

- Aini, L., & Reskita, R. (2017). Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Derajat Nyeri. *Pengaruh Tehnik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Nyeri Pasien Fraktur*, 9(2013), 8–19.
- Airiska, M., Winarni, L. M., & Ratnasari, F. (2020). Hubungan Pengetahuan Kesehatan Terhadap Peran Keluarga Dalam Perawatan Lansia Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Di Ruang Perawatan Rsud Pakuhaji Kabupaten Tangerang. *Menara Medika*, 3(1), 32–39. <https://jurnal.umsb.ac.id/index.php/menaramedika/index> JMM
- Apleys, G. A & Solomon Louis. (2018). *System of Orthopaedic and Trauma. 10th edition, New York: Taylor & Francis Group, CRC Press.*
- Astanti, feni yuni. (2017). Pengaruh Rom Terhadap Perubahan Nyeri Pada Pasien Ekstermitas Atas. *Skripsi Pengaruh Rom Terhadap Perubahan Nyeri Pada Pasien Ekstermitas Atas*. <http://repo.stikesicme-jbg.ac.id/96/1/FENI YUNI ASTANTI.pdf>
- Azkiyah, R. N., Sukmaningtyas, W., & Sumarni, T. (2021). Asuhan Keperawatan Nyeri Akut Pada Ny. J dengan Carsinoma Mammae di Ruang Edelweis di RSUD dr. R. Goeteng Taroenadibrata. *Seminar Nasional Penelitian Dan Pengabdian Kepada Masyarakat (SNPPKM)*, 1105–1112. <http://repository.poltekkes-denpasar.ac.id/id/eprint/7579>
- Black joyce. M & Jane Hokanse Hawks. (2014). *Medical Surgical Nursing vol 2*. Salemba Medika.
- Carpintero, P., Caeiro, J., Morales, A., Carpintero, R., Mesa, M., Silva, S. (2016). *Complications of Hip Fractures: A Review. World Journal of Orthopedics. Vol. 5 (4), 402 – 411.*
- Christensen & Kockrow. (2012). . *Foundations And Adult Health Nursing. Nort Plate, Nebraska; Mosby Elsevier.*
- Depkes RI. (2018). *Profil Kesehatan Indonesia 2018 Jakarta : Departemen Kesehatan Republik Indonesia diakses dari.*
- Dewi, E., & Rahayu, S. (2010). Kegawatdaruratan syok hipovolemik. *Berita Ilmu Keperawatan*, 2(2), 93–96. <https://journals.ums.ac.id/index.php/BIK/article/download/3799/2459>
- Doenges, M. E. (2016). *Manual Diagnosis Keperawatan Rencana, Intervensi, & Dokumentasi Asuhan Keperawatan. (P. E. Karyuni, E. A. Mardella, E. Wahyuningsih, & M. Mulyaningrum, Eds.) (Edisi 3)*. EGC.
- Dougherty, L., & Lister, S. (2015). *The Royal Marsden Manual of Clinical Nursing Procedures, ed. 9. Inggris :NHS Foundation.*
- Fadhil, M., Hidayat, M., & Illahi, F. (2019). Gambaran Glaukoma Pada Pasien Diabetes Mellitus di RSUP Dr. M. Djamil Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*,

8(2S), 54. <https://doi.org/10.25077/jka.v8i2s.959>

- Fardian, D., & Muji Laksono, R. (2014). Anestesi Epidural Thorakal pada Operasi Shapp Plate pada Pasien dengan Fraktur Kosta Tertutup Multipel. *Anesthesia & Critical Care*, 32(2), 134–139.
- Goble, F. (2017). A. *Supratiknya, ed. Mazhab Ketiga, Psikologi Humanistik Abraham Maslow. Kanisius. hlm. 71.*
- Gustilo RB, A. J. (2015). *Prevention of infection in the treatment of one thousand and twenty-five open fractures of long bones; retrospective and prospective analyses. J Bone Joint Surg Am.*
- Herdman, T . H., & Kamitsuru, S. (2015). *Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2015-2017 Edisi 10.* EGC.
- Huang, C. C., Yen, S. W., Liu, C. Y., & Chang, T. P. (2014). *The Relationship Among Brand Equity, Customer Satisfaction, And Brand Resonance to Repurchase Intention of Cultural and Creative Industries in Taiwan. The International Journal of Organizational Innovation.*
- Kenneth A. Egol, Kenneth J. Koval, J. D. Z. (2016). *Handbook of Fractures 5th Edition. New York. Wolters Kluwer.*
- Kozier, B. (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan (Alih bahasa : Esty Wahyu ningsih, Devi yulianti, yuyun yuningsih. Dan Ana lusyana).* EGC.
- Makani, M., & Andayani, T. M. (2021). Pengaruh Pemberian Antibiotik Profilaksis Terhadap Infeksi Luka Operasi pada Pasien Bedah Obstetri dan Ginekologi di RSUP Dr. Sardjito. *Majalah Farmaseutik*, 17(1), 29. <https://doi.org/10.22146/farmaseutik.v17i1.48170>
- Makkiyah, F. A. (2016). *Laporan Kasus Laporan Kasus : Kejadian Hydrocephalus Communicans pada Kasus Fraktur Basis Kranii Fossa Media dengan Meningitis dan Pneumosefalus The Incidence of Hydrocephalus Communicans in The Fracture of Bases Cranii Fossa Media with Meningitis and Pne. 22(60), 76–78.*
- Mark. (2016). *Rediscovering the later version of Maslow's hierarchy of needs: Self-transcendence and opportunities for theory, research, and unification. Review of General Psychology 10.4: 302.*
- Mayor, P. R. E. O. (2018). *The Relationship Karakteristik And Family Support With Anxiety Levels Of Patients Pre Major Surgery. 2011, 116–120.*
- Mc Closkey, J. C. & Bulechek, G. M. (2014). *Nursing Intervention Classification 4th Ed. St. Louis: Mosby- Year Book.*
- Mediarti, dkk. (2016). *“Pengaruh Pemberian Kompres Dingin Terhadap Nyeri pada Pasien Fraktur Ekstermitas Tertutup di IGD RSMH.*
- Naviati, E., Rustina, Y., & Waluyanti, F. T. (2013). Penerapan Konservasi Energi Dalam Memenuhi Kebutuhan Cairan Anak Post Operasi Di Ruang Pediatric Intensive Care Unit RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo. *Keperawatan Anak,*

1(2), 57–64.

- Paul, K. (2016). *Asuhan keperawatan Gawat Darurat*. TransInfo Medika.
- Potter, P.A, Perry, A. G. (2015). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses dan Praktik. Edisi 4. Volume 1*. EGC.
- Purwanto. (2016). *Evaluasi Hasil Belajar*. Pustaka Pelajar.
- Rekam Medis RSPAL. (2022). *Data Pasien Fraktur*.
- Sjamsuhidayat & Jong. (2015). *Buku Ajar Ilmu Bedah. Edisi 3*. EGC.
- Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle, J.L., & Cheever, K. H. (2010). *Brunner And Suddarth's Text Book Of Medical Surgical Nursing. 11th ed. Lippincott Williams & Wilkins, Inc.*
- Stuart, G. W. (2013). *Buku Saku Keperawatan jiwa*. EGC.
- Sudirman, J., Lubuk, N., Deli, K., & Sumut, S. (2019). *The Effect Of Endotracheal Tube (ETT) Suction Measures On Our Saturation Levels In Failed Patients In ICU Grandmed Hospital*. Fakultas Keperawatan dan Fisioterapi Program Studi Keperawatan S1 respiratory failure is a blockage in the airway including a blo. 2(1).
- Sulistyaningsih. (2016). *Gambaran kualitas hidup pada pasien pasca open reduction internal fixation (orif) ekstermitas bawah di poli ortopedi rs ortopedi prof. dr. r. soeharso surakarta*.
- Suriya, M., & Zuriati. (2019). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Gangguan pada Sistem Muskuloskeletal Aplikasi NANDA, NIC, & NOC*.
- Susanti, E. F., & Hayyu, R. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Multiple Fraktur Dalam*.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Definisi dan Indikator Diagnostik*. Dewan Pengurus PPNI.
- WHO. (2018). *Global status report on road*.
- Wilkinson J.M., Treas, L.S., Barnett, K.L., Smith, M. H. (2016). (2011). *Fundamentals of Nursing: Theory, Concept, and Application (Third Edition: Volume 1)*. Philadelphia: F.A Davis.
- Wirawan, G. P. A., Azis, A., & Witarsa, I. M. S. (2017). Efektifitas pembidaian back slab cast dan spalk terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien fraktur ekstremitas bawah. *Coping: Community of Publishing in Nursing*, 5(3), 135–140.
- Yulianti Bisri, D., & Bisri, T. (2012). Strategi untuk Mencegah Aspirasi Isi Lambung pada Operasi Cedera Otak Otak Traumatika Emergensi. *Jurnal Neuroanestesi Indonesia*, 1(1), 51–58. <https://doi.org/10.24244/jni.vol1i1.82>

LAMPIRAN

LAMPIRAN 1

CURRICULUM VITAE

Nama : Inayatul Mauludiyah
NIM : 2230052
Program Studi : Profesi Ners
Tempat/Tanggal Lahir : Pasuruan, 03 Mei 2000
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Alamat : Jl. Kolursari Gg. Margorejo Rt. 06 Rw. 02
Kecamatan Bangil Kabupaten Pasuruan
No. Hp : 081553542203
Email : inayatulmauludiyah1@gmail.com

Riwayat Pendidikan

1. SDN Kolursari 2 : Tamat Tahun 2012
2. SMP Unggulan Al-yasini : Tamat Tahun 2015
3. SMK Kesehatan Al-yasini : Tamat Tahun 2018
4. STIKES Hang Tuah Surabaya : Tamat Tahun 2022

LAMPIRAN 2**MOTTO DAN PERSEMBAHAN****MOTTO****“TERIMAKASIH BANYAK, DIRI SENDIRI.”****PERSEMBAHAN**

Dengan memanjatkan puji syukur kehadiran Allah Subhanahu Wata'ala saya mempersembahkan karya ini kepada:

1. Terima kasih kepada Allah SWT yang telah memebrikan nikmat serta hidayah bagi saya untuk dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.
2. Ibu saya yang senantiasa tidak pernah putus mendoakan, memberikan semangat, motivasi dan selalu ada buat saya.
3. Keluarga saya yang selalu menghibur saya ketika saya kebingungan mengerjakan tugas akhir.
4. Teman teman kos 17 yang sudah bersedia mendengarkan keluh kesah, memberikan dukungan, serta membantu dan menemani saya dalam segala hal termasuk mengerjakan tugas akhir ini.
5. Idola saya Seventeen yang selalu memberikan dukungan sekaligus membantu memberikan semangat kepada saya dalam mengerjakan tugas akhir.
6. Teman – teman sekelompok bimbingan yang memberikan banyak dukungan dan bersedia haha hihi untuk menyelesaikan tugas akhir ini.
7. Teman – teman angkatan 13 yang membantu saya dalam pengerjaan tugas akhir

LAMPIRAN 3

**LEMBAR KONSUL/ BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR
MAHASISWA PRODI NERS KEPERAWATAN STIKES HANG TUAH
SURABAYA
TA. 2023**

Nama : INAYATUL MAULUDIYAH

NIM : 2230052

Judul KIA : ASUHAN KEPERAWATAN KEGAWATDARURATAN PADA NY. M DENGAN DIANGNOSA MEDIS *CLOSE FRAKTUR COLLUM FEMUR SINISTRA* DIRUANG OK CENTRAL RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA

NO	HARI/ TANGGAL	BAB/ SUBBAG	KONSUL BIMBINGAN	TANDA TANGAN
1	Senin, 15 Mei 2023	Koordinasi pengambilan data di Ok Central	Bu Ninik Ambar Sari	
2	Selasa, 16 Mei 2023	Koordinasi pengambilan data di Ok Central	Pak Tri Sunu	
3	Jumat, 19 Mei 2023	Pembahasan BAB 3	Bu Ninik Ambar Sari	
4	Senin, 22 Mei 2023	Pembahasan BAB 3	Pak Tri Sunu	
5	Selasa, 23 Mei 2023	Pembahasan BAB 1,2,3,4	Bu Ninik Ambar Sari	
6	Kamis, 01 Juni 2023	Pembahasan Acc BAB 3	Pak Tri Sunu	
7	Jumat, 02 Juni 2023	Revisi BAB 1,2,3,4	Bu Ninik Ambar Sari	
8	Senin, 05 Juni 2023	Konsul Hasil Revisi	Bu Ninik Ambar Sari	
9	Selasa, 08 Juni 2023	Konsul Hasil Revisi	Pak Tri Sunu	

LAMPIRAN 4
STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)
TEKNIK RELAKSASI NAPAS DALAM

1. Pengertian

Merupakan metode efektif untuk mengurangi kecemasan pada pasien yang mengalami kecemasan yang berujung ketegangan ketegangan otot, rasa jenuh, kecemasan sehingga mencegah menghebatnya stimulasi. Ada tiga hal yang utama dalam teknik relaksasi :

- a. Posisikan pasien dengan tepat
- b. Pikiran beristirahat
- c. Lingkungan yang tenang

2. Tujuan :

- a. Mengurangi stress baik stress fisik maupun emosional yaitu menurunkan intensitas nyeri dan menurunkan kecemasan..
- b. Meningkatkan ventilasi alveoli dan meningkatkan kapasitas paru-paru
- c. Memelihara pertukaran gas
- d. Mencegah atelektasi paru
- e. Meningkatkan efisiensi batuk

3. Prosedur pelaksanaan :

- a. Tahap prainteraksi
 - Membaca status pasien
 - Mencuci tangan
 - Menyiapkan alat
- b. Tahap orientasi

- Memberikan salam teraupetik
 - Validasi kondisi pasien
 - Menjaga privacy pasien
 - Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan kepada pasien dan keluarga
- c. Tahap kerja
- Ciptakan lingkungan yang tenang
 - Usahakan tetap rileks dan tenang
 - Menarik nafas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan 1,2,3
 - Perlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulut sambil merasakan ekstrimitas atas dan bawah rileks
 - Anjurkan bernafas dengan irama normal 3 kali
 - Menarik nafas lagi melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan
 - Membiarkan telapak tangan dan kaki rileks
 - Usahakan agar tetap konsentrasi
 - Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga nyeri terasa berkurang
 - Latihan dilakukan dalam 2 sesi yaitu pada pagi hari pukul 09.00 dan siang hari pukul 13.00. setiap sesi latihan nafas dalam dilakukan sebanyak 3 kali.
- d. Tahap terminasi
- Evaluasi hasil kegiatan
 - Lakukan kontrak untuk kegistsn selanjutnya

- Akhiri kegiatan dengan baik
- Cuci tangan
- e. Dokumentasi
 - Catat waktu pelaksanaan tindakan
 - Catat respon pasien
 - Paraf dan nama perawat juga