

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. M DENGAN DIAGNOSIS
MEDIS *FRAKTUR COLLUM FEMUR* DI RUANG OK SENTRAL
RSPAL Dr. RAMELAN
SURABAYA**



Oleh :
ADITYA HADI ALBID, S.Kep.
NIM. 203.0004

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
SURABAYA
2021**

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. M DENGAN DIAGNOSIS
MEDIS *FRAKTUR COLLUM FEMUR* DI RUANG OK SENTRAL
RSPAL Dr. RAMELAN
SURABAYA**

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



**Oleh :
ADITYA HADI ALBID, S.Kep.
NIM. 203.0004**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
SURABAYA
2021**

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa, karya ilmiah akhir ini adalah ASLI hasil karya saya dan daya 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 adanya plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 22 Juli 2021
Penulis,



Aditya Hadi Albid, S.Kep.
NIM. 203.0004

HALAMAN PERSETUJUAN UJIAN SIDANG

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Aditya Hadi Albid, S.Kep.
NIM. : 203.0004
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny. M Dengan Diagnosis Medis *Fraktur Collum Femur* di Ruang OK Sentral RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

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

NERS (Ns.)

Surabaya, 22 Juli 2021

Pembimbing



Ceria Nurhayati, S.Kep., Ns., M.Kep.
NIP. 03.049

**Mengetahui,
Stikes Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners**



Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB.
NIP. 03.020

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya
Tanggal : 22 Juli 2021

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : Aditya Hadi Albid, S.Kep.
NIM : 203.0004
Program Studi : Profesi Ners
Judul : Asuhan Keperawatan PADA Ny. M Dengan Diagnosis Medis
Fraktur Collum Femur di Ruang OK Sentral RSPAL
Dr. Ramelan Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji karya ilmiah di Stikes Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “NERS” pada Prodi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya.

Penguji I : **Dr. Setiadi, S.Kep.,Ns.,M.Kep**
NIP. 03001

Penguji II : **Ceria Nurhayati, S.Kep., Ns., M.Kep.**
NIP. 03049

Penguji III : **Nisha Dharmayanti R, S.Kep.,Ns.,M.Si**
NIP. 03045



**Mengetahui,
Stikes Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners**



Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB.
NIP. 03.020

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 23 Juli 2021

KATA PENGANTAR

Peneliti memanjatkan puji dan syukur kehadiran Allah SWT Yang Maha Esa, atas limpahan dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyusun karya ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pasien *Fraktur Collum Femur* di Ruang OK Sentral RSPAL Dr. Ramelan Surabaya” dapat diselesaikan sesuai waktu yang ditentukan.

Karya Ilmiah ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ners (Ns.) di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya. Selama penyusunan Karya Ilmiah ini, penulis telah banyak mendapatkan bantuan dari berbagai pihak yang sangat memberikan inspirasi dan motivasi sehingga terselesainya karya ilmiah ini. Dalam kesempatan ini, perkenankanlah penulis menyampaikan rasa terima kasih, rasa hormat dan penghargaan kepada :

1. Laksamana Pertama TNI dr. Radito Soesanto, Sp.THT-KL., Sp.KL selaku Kepala RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan izin dan lahan praktik untuk penyusunan karya ilmiah akhir pendidikan Profesi Ners.
2. Laksamana Pertama (Purn) Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp.,M.Kes. selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Puket 1, Puket 2, Puket 3 Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberi kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan program studi Profesi Ners.
4. Bapak Ns. Nuh Huda, M.Kep.,Sp.Kep.MB. selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

yang telah memberikan kesempatan dan dorongan moral kepada saya untuk menyelesaikan program studi Profesi Ners.

5. Dr. Setiadi, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku penguji 1 yang telah memberikan saran dan arahan dalam penyusunan karya ilmiah yang lebih baik.
6. Ibu Nisha Dharmayanti R, S.Kep.,Ns.,M.Si. selaku penguji 3 yang senantiasa memberikan arahan, semangat, dalam penyusunan karya ilmiah ini.
7. Ibu Ceria Nurhayati, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku dosen pembimbing yang senantiasa memberikan ilmu, arahan, inspirasi sehingga peneliti dapat termotivasi dalam menyelesaikan penyusunan karya ilmiah ini.
8. Seluruh dosen, staf dan karyawan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah membantu kelancaran proses belajar di Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
9. Ibu Irma Zuhlifah, S.Kep.,Ns. selaku Kepala Ruang OK Sentral RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang telah mengizinkan dan memfasilitasi saya untuk melakukan pengambilan data di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
10. Pasien selaku responden yang telah mengizinkan melakukan pengkajian asuhan keperawatan.
11. Kedua orang tua, adik beserta seluruh keluarga saya yang telah memberikan doa, motivasi dan dukungan dalam menempuh pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya sehingga karya ilmiah ini dapat terselesaikan.
12. Seluruh rekan Profesi Ners Angkatan 11 di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan motivasi dalam terselesainya karya ilmiah ini.

Penulis berusaha untuk dapat menyelesaikan karya ilmiah ini dengan sebaik-baiknya. Penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan sehingga mengharapkan adanya kritik dan saran dari semua pihak agar dapat menyempurnakan dan bermanfaat terutama bagi masyarakat dan perkembangan ilmu keperawatan.

Surabaya, 23 Juli 2021

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN UJIAN SIDANG.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	viii
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	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah.....	5
1.5 Metoda Penulisan.....	6
1.6 Sistematika Penulisan	7
BAB 2 TINJAUAN TEORI.....	9
2.1 Anatomi Ekstremitas Bawah.....	9
2.1.1 Sendi Panggul	9
2.2 Konsep Fraktur Collum Femur	12
2.2.1 Definisi Fraktur Collum Femur	12
2.2.2 Etiologi.....	13
2.2.3 Manifestasi Klinis	13
2.2.4 Klasifikasi	14
2.2.5 Pemeriksaan Penunjang	16
2.2.6 Penatalaksanaan	16
2.2.7 Komplikasi.....	17
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Perioperatif Fraktur Collum Femur	18
2.3.1 Definisi Asuhan Keperawatan Perioperatif	18
2.3.2 Pengkajian Keperawatan Perioperatif.....	18
2.3.3 Diagnosis Keperawatan Perioperatif.....	21
2.3.4 Intervensi Keperawatan Perioperatif.....	22
2.3.5 Implementasi Keperawatan Perioperatif.....	28
2.3.6 Evaluasi Keperawatan Perioperatif.....	29
2.4 Konsep Map (Pathflow).....	30
BAB 3 TINJAUAN KASUS	31
3.1 Pengkajian Pre Operatif.....	31
3.1.1 Pengkajian Awal Pre Operatif	31
3.1.2 Diagnosis Keperawatan Pre Operatif.....	34

3.1.3	Intervensi Keperawatan Pre Operatif.....	36
3.1.4	Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Pre Operatif	37
3.2	Pengkajian Intra Operatif.....	38
3.2.1	Pengkajian Awal Intra Operatif	38
3.2.2	Diagnosis Keperawatan Intra Operatif.....	39
3.2.3	Intervensi Keperawatan Intra Operatif.....	41
3.2.4	Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Intra Operatif	42
3.3	Pengkajian Post Operatif.....	43
3.3.1	Pengkajian Awal Post Operatif.....	43
3.3.2	Diagnosis Keperawatan Post operatif	44
3.3.3	Intervensi Keperawatan Post Operatif	46
3.3.4	Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Post Operatif	47
BAB 4	PEMBAHASAN.....	48
4.1	Pengkajian.....	48
4.1.1	Pengkajian Pre Operatif	48
4.1.2	Pengkajian Intra Operatif.....	51
4.1.3	Pengkajian Post operatif	54
4.2	Diagnosis Keperawatan	57
4.2.1	Diagnosis Pre Operatif.....	57
4.2.2	Diagnosis Intra Operatif.....	58
4.2.3	Diagnosis Post Operatif	60
4.3	Intervensi Keperawatan	62
4.3.1	Intervensi Pre operatif.....	62
4.3.2	Intervensi Intra Operatif.....	63
4.3.3	Intervensi Post Operatif	65
4.4	Implementasi.....	67
4.4.1	Implementasi Pre Operatif	68
4.4.2	Implementasi Intra Operatif.....	69
4.4.3	Implementasi Post Operatif.....	72
4.5	Evaluasi Keperawatan.....	75
4.5.1	Evaluasi Pre Operatif	75
4.5.2	Evaluasi Intra Operatif.....	76
4.5.3	Evaluasi Post Operatif.....	76
BAB 5	PENUTUP.....	78
5.1	Simpulan	78
5.2	Saran	80
5.2.1	Institusi Rumah Sakit.....	80
5.2.2	Perawat di Ruang Peroperatif	81
5.2.3	Penulis.....	81
	DAFTAR PUSTAKA	82
	LAMPIRAN.....	86

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Diagnosis Keperawatan Pre Operatif	34
Tabel 3.2 Intervensi Keperawatan Pre Operatif	36
Tabel 3.3 Implementasi dan Evaluasi Pre Operatif	37
Tabel 3.4 Diagnosis Keperawatan Intra Operatif	39
Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan Intra Operatif	41
Tabel 3.6 Implementasi dan Evaluasi Intra Operatif.....	42
Tabel 3.7 Diagnosis Keperawatan Post operatif.....	44
Tabel 3.8 Intervensi Keperawatan Post Operatif.....	46
Tabel 3.9 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Post Operatif	47

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Batas Atas Ekstemitas Bawah	9
Gambar 2.2 Accetabulum.....	10
Gambar 2.3 Anatomi Tulang Femur.....	11
Gambar 2.4 Anatomi Sendi Panggul dan Pergerakan Sendi Panggul	12
Gambar 2.5 Lokasi Anatomi <i>Fraktur Collum Femur</i>	14
Gambar 2.6 Klasifikasi Fraktur Femur Menurut Pauwel	15
Gambar 2.7 <i>Garden's Classification Of Femoral Neck Fractures</i>	15
Gambar 2.8 <i>Pathflow</i> Asuhan Keperawatan Dengan Diagnosis Medis <i>Fraktur Collum Femur</i>	30
Gambar 3.1 Genogram Keluarga Ny. M	33

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Curriculum Vitae	86
Lampiran 2	Motto dan Persembahan	87
Lampiran 3	Bromage Score	88
Lampiran 4	SPO Latihan Napas Dalam	89
Lampiran 5	SPO Pemberian Oksigen	91
Lampiran 6	SPO Balance Cairan	94
Lampiran 7	SPO Memasang Infus	96
Lampiran 8	SPO Mengganti Botol / Cairan Infus.....	99

DAFTAR SINGKATAN

SINGKATAN

AC	: <i>Air Conditioner</i>
BB	: Berat Badan
BCIS	: <i>Bone Cemented Implantation Syndrome</i>
BHA	: <i>Bipolar Hemiarthroplasty</i>
BHSP	: Bina Hubungan Saling Percaya
Br	: Bruder (Perawat Laki)
Cc	: <i>Centimeter Cubic</i>
CT	: <i>Computed Tomography</i>
DEPKES RI	: Departemen Kesehatan Republik Indonesia
Dr	: Dokter
GCS	: <i>Glassgow Coma Scale</i>
HB	: Hemoglobin
HCT	: Hematokrit
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
Inj	: Injeksi
IV	: Intravena
IWL	: <i>Insensible Water Loss</i>
LCS	: <i>Lumbar Canal Stenosis</i>
Lpm	: Liter per menit
MAP	: <i>Mean Arterial Pressure</i>
mmHg	: Milimeter Hidragyrum
N	: Nadi
Ns	: Ners
NS	: Normal Saline
Ny	: Nyonya
O ₂	: Oksigen
OK	: Kamar Operasi
ORIF	: <i>Over Reduction and Internal Fixation</i>
PPMA	: <i>Polimetil Metakrilat</i>
RISKESDAS	: Riset Kesehatan Dasar
RL	: Ringer Laktat
RR	: <i>Respiratory Rate</i>
RS	: Rumah Sakit
RSPAL	: Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut
S	: Suhu
SAB	: <i>Sub Arachnoid Block</i>
SC	: Sub Cutan
SDKI	: Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia
SIKI	: Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
SLKI	: Standar Luaran Keperawatan Indonesia
TD	: Tekanan Darah
THA	: <i>Total Hip Arthroplasty</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>
WIB	: Waktu Indonesia Barat

SIMBOL

%	: Persen
/	: Tanda Tanya
=	: Sama dengan
-	: Sampai
(+)	: Plus
(-)	: Minus
<	: Kurang daari
>	: Lebih dari
\leq	: Kurang dari sama dengan
X	: Kali
\wedge	: Pangkat
$^{\circ}$: Derajat

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Fraktur adalah suatu diskontinuitas susunan tulang yang disebabkan oleh trauma atau keadaan patologis (Sagaran et al., 2018). Fraktur atau patah tulang merupakan suatu gangguan pada diskontinuitas tulang, tulang rawan atau sendi, dan lempeng epifisis. Diskontinuitas tulang tersebut dapat terjadi karena tekanan dari luar yang datang lebih besar dari yang dapat ditahan tulang (Taradita et al., 2018).

Fraktur Collum Femur merupakan fraktur yang terjadi antara ujung permukaan artikuler caput femur dan regio interthrocanter (Perwiraputra et al., 2017). Fraktur leher femur adalah keadaan rusaknya atau terputusnya hubungan leher femur yang disebabkan oleh trauma. Trauma pada daerah trokanter dengan panggul pada posisi fleksi dan rotasi, baik karena kecelakaan lalu lintas ataupun jatuh terpeleset dan terduduk merupakan penyebab tersering pada usia lanjut (Taradita et al., 2018). Tetapi fraktur juga bisa terjadi akibat faktor lain seperti proses degeneratif dan patologi (Noorisa et al., 2017). Insidensi fraktur ini meningkat seiring dengan usia dan merupakan fraktur paling sering pada usia lanjut terutama pada usia 70-80 tahun (Perwiraputra et al., 2017). Fraktur merupakan ancaman potensial atau aktual kepada integritas seseorang dimana akan mengalami gangguan fisiologis maupun psikologis yang dapat menimbulkan respon berupa nyeri (Y. Widyastuti, 2013). Kecemasan merupakan kondisi emosional yang ditandai dengan kekhawatiran yang berlebihan terhadap berbagai peristiwa kehidupan sehari-hari (Vellyana et al., 2017).

Global Health Observatory tahun 2016 - 2019 menunjukkan sekitar 5,1 juta orang meninggal akibat kecelakaan lalu lintas (WHO, 2020). Angka ini diperkirakan terus meningkat hingga 4 juta kasus pada tahun 2023 dan menjadi 6,3 juta pada tahun 2050. Dimana lebih dari separuhnya merupakan fraktur pada collum femur (Hutagalung et al., 2019). Menurut Depkes RI 2018, dari sekian banyak kasus fraktur di Indonesia, fraktur pada ekstremitas bawah akibat kecelakaan memiliki prevalensi yang paling tinggi diantara fraktur lainnya yaitu sekitar 67,9% (Riskesdas, 2018). Di Indonesia sendiri, distribusi data dari fraktur femur belum tersedia. Bila situasi ini terus terjadi, maka akan mengakibatkan lemahnya pencegahan patah tulang paha di masyarakat (Noorisa et al., 2017). Hasil data studi pendahuluan bulan April - Juni 2021 di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya terdapat 14 jumlah kasus kejadian *Fraktur Collum Femur*.

Fraktur dapat disebabkan oleh keadaan patologis selain dari faktor traumatik. Fraktur pada tulang lemah yang disebabkan oleh trauma minimal disebut dengan fraktur patologis. Penyebab tersering fraktur patologis pada femur proksimal adalah osteoporosis (Sagaran et al., 2018). Mekanisme tersebut antara lain, trauma langsung dengan energi tinggi (high energy trauma) yang mengenai tulang leher femur pada pasien sehat dan trauma dengan energi yang relatif rendah (low energy trauma) pada pasien dengan penyakit predisposisi, alkoholisme atau hasil awal dari demineralisasi terkait kerapuhan tulang (Taradita et al., 2018). Pada orang dewasa yang lebih tua, jatuh energi rendah adalah penyebab paling umum sekitar 65 persen dari patah tulang (Noorisa et al., 2017). Jenis fraktur femur mempunyai insiden yang tinggi diantara fraktur tulang lain dan fraktur femur paling sering terjadi pada batang femur 1/3 tengah. Fraktur femur lebih sering terjadi pada laki-laki daripada perempuan dengan umur dibawah 45 tahun dan sering berhubungan dengan olahraga, pekerjaan atau

kecelakaan (Sagaran et al., 2018). manifestasi klinik dari fraktur ini berupa nyeri. Nyeri pada penderita fraktur bersifat tajam dan menusuk. Penanganan nyeri dengan melakukan teknik relaksasi merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengurangi nyeri (Aini & Reskita, 2018). Kecemasan pada masa preoperasi merupakan hal yang wajar. Beberapa pernyataan yang biasanya terungkap misalnya, ketakutan munculnya rasa nyeri setelah pembedahan, ketakutan terjadi perubahan fisik (menjadi buruk rupa dan tidak berfungsi secara normal), takut keganasan (bila diagnosis yang ditegakkan belum pasti), takut/cemas mengalami kondisi yang sama dengan orang lain yang mempunyai penyakit yang sama, takut memasuki ruang operasi, menghadapi peralatan bedah dan petugas, takut mati saat dilakukan anestesi, serta ketakutan apabila operasi akan mengalami kegagalan (Larasati, 2009). Kecemasan yang dirasakan sulit dikendalikan dan berhubungan dengan gejala somatic, seperti ketegangan otot, iritabilitas, kesulitan tidur dan kegelisahan (Vellyana et al., 2017). Preoperative teaching adalah salah satu komponen dari perioperative care yang bertujuan untuk menurunkan tingkat kecemasan pasien melalui pemenuhan kebutuhan informasi mengenai pembedahan (Larasati, 2009).

Penatalaksanaan *Fraktur Collum Femur* meliputi: terapi konservatif dan operatif. Terapi operatif menjadi pilihan pada hampir semua kasus *Fraktur Collum Femur* (Hutagalung et al., 2019). Pilihan operasi yang sering dipertimbangkan dalam mengelola *Fraktur Collum Femur* adalah reduksi dan fiksasi internal, hemiarthroplasty, atau total hip arthroplasty (Perwiraputra et al., 2017). Tindakan hemiarthroplasty secara teoritis sangat menguntungkan dimana risiko terjadinya komplikasi berupa nekrosis avaskular dan gagal penyambungan (nonunion) tulang dapat dihindari (Hutagalung et al., 2019). Berdasarkan latar belakang dan data diatas,

maka diperlukan untuk melakukan asuhan keperawatan dengan diagnosis medis *Fraktur Collum Femur* di Ruang OK Sentral RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah, dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut “Bagaimanakah pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien *Fraktur Collum Femur* di ruang OK Sentral RSPAL Dr. Ramelan Surabaya?”

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu melaksanakan asuhan keperawatan diagnosis medis, mengkaji individu secara mendalam yang dihubungkan dengan penyakitnya melalui asuhan keperawatan pada pasien dengan *Fraktur Collum Femur* di ruang OK Sentral RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian pada pasien dengan *Fraktur Collum Femur* di ruang OK Sentral RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
2. Menegakkan diagnosis keperawatan pada pasien dengan *Fraktur Collum Femur* di ruang OK Sentral RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
3. Menyusun rencana asuhan keperawatan pada masing-masing diagnosis keperawatan pada pasien dengan *Fraktur Collum Femur* di ruang OK Sentral RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan tindakan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Fraktur Collum Femur* di ruang OK Sentral RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

5. Melakukan evaluasi asuhan keperawatan pada pasien dengan *Fraktur Collum Femur* di ruang OK Sentral RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
6. Melakukan dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien dengan *Fraktur Collum Femur* di ruang OK Sentral RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah

Berdasarkan tujuan umum maupun tujuan khusus maka karya tulis ilmiah ini diharapkan bisa memberikan manfaat baik bagi kepentingan pengembangan program maupun bagi kepentingan ilmu pengetahuan, adapun manfaat-manfaat dari karya tulis ilmiah secara teoritis maupun praktis seperti tersebut dibawah ini:

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 *Fraktur Collum Femur* di ruang OK Sentral RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

2. Secara Praktis

- a. Bagi Institusi Rumah Sakit

Dapat sebagai masukan untuk menyusun kebijakan atau pedoman pelaksanaan pada pasien dengan *Fraktur Collum Femur* sehingga penatalaksanaan dapat menghasilkan keluaran klinis yang baik bagi pasien yang mendapatkan asuhan keperawatan di institusi rumah sakit yang bersangkutan.

b. Bagi Profesi Keperawatan

Dapat digunakan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan pembaruan teknologi guna meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada pasien dengan *Fraktur Collum Femur*.

c. Bagi Penulis Selanjutnya

Bahan penulisan ini bisa dipergunakan sebagai rujukan atau gambaran tentang asuhan keperawatan pasien dengan fraktur collum femoris sehingga penulis selanjutnya mampu mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang terbaru.

1.5 Metoda Penulisan

1. Metoda

Studi kasus yaitu metoda yang memusatkan perhatian pada satu objek tertentu yang diangkat sebagai sebuah kasus untuk dikaji secara mendalam sehingga mampu membongkar realitas di balik fenomena.

2. Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara

Data diambil atau diperoleh melalui percakapan dengan pasien dan tim kesehatan lain.

b. Observasi

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

c. Pemeriksaan

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

3. Sumber Data

a. Data Primer

Adalah data yang diperoleh dari pasien.

b. Data Sekunder

Adalah data yang diperoleh dari catatan medis perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

c. Studi Kepustakaan

Yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis ilmiah dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

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

1. Bagian Awal, memuat halaman judul, pernyataan keaslian laporan, persetujuan ujian sidang, kata pengantar, daftar isi, daftar gambar, daftar lampiran, daftar singkatan dan simbol.

2. Bagian Inti, meliputi 5 bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut :

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

- Bab 2 : Tinjauan Pustaka : yang berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosis *Fraktur Collum Femur*.
- Bab 3 : Tinjauan Kasus : Hasil yang berisi tentang data hasil pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.
- Bab 4 : Pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi data fakta, teori dan opini serta analisis.
- Bab 5 : Penutup : Simpulan dan Saran.

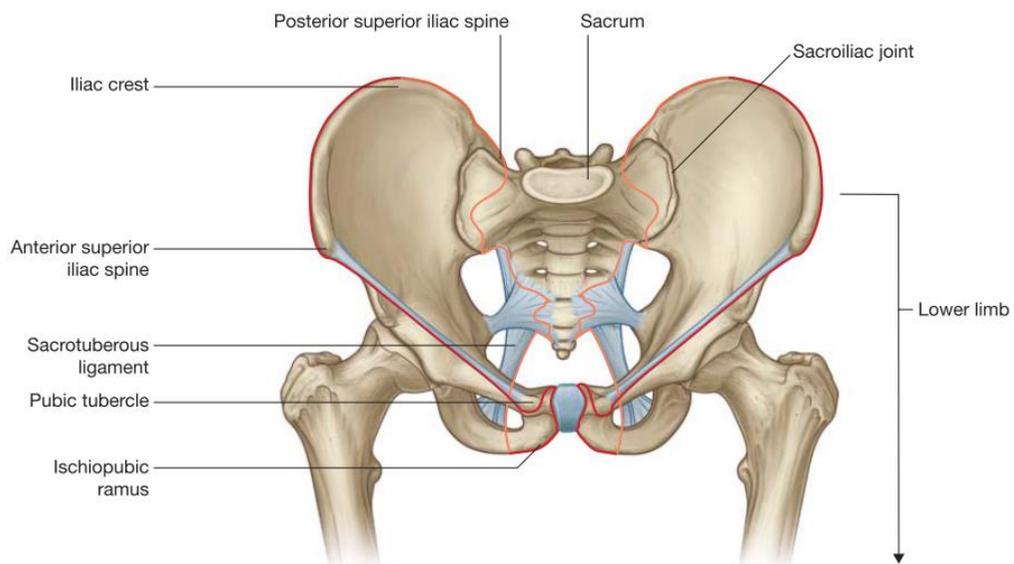
BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini membahas mengenai konsep, landasan teori dan berbagai aspek, meliputi : 1) Anatomi Ekstremitas Bawah, 2) Konsep *Fraktur Collum Femur*, 3) Konsep Keperawatan Perioperatif, 4) Konsep Map (Pathflow).

2.1 Anatomi Ekstremitas Bawah

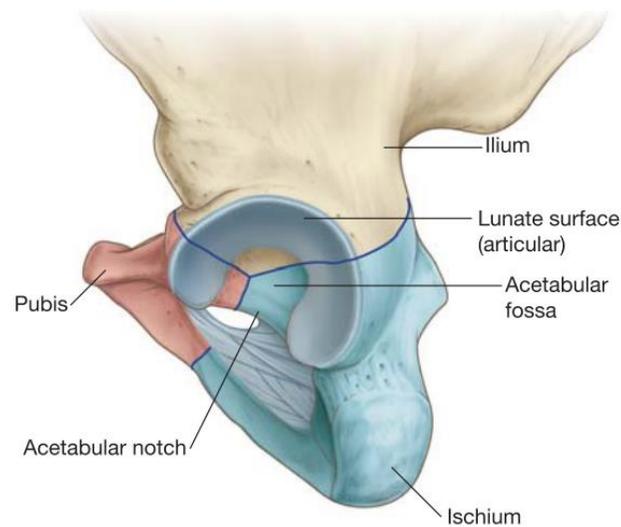
2.1.1 Sendi Panggul



Gambar 2.1 Batas Atas Ekstemitas Bawah (Drake et al., 2015)

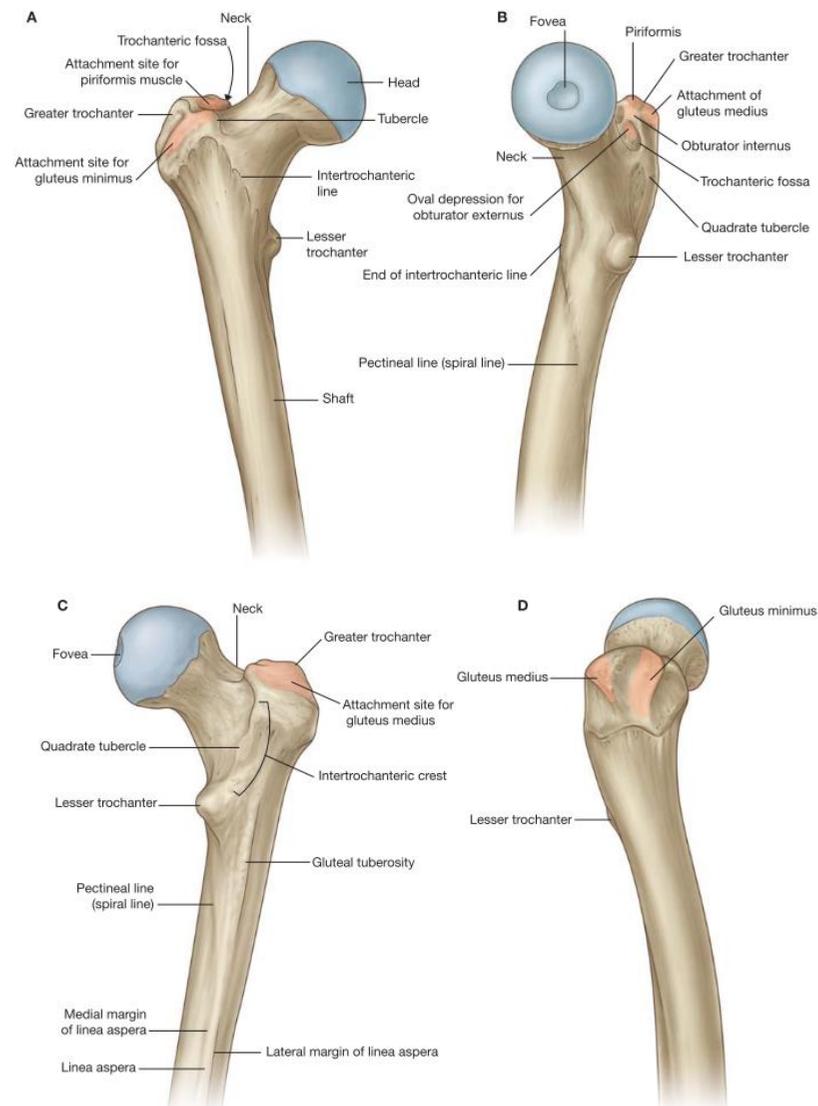
Sendi panggul adalah persendian yang dibentuk oleh caput femoris dengan acetabulum dari os coxae. Sendi panggul merupakan jenis persendian enarthrosis (synovial ball and socket joint). Berdasarkan gerakan, sendi panggul termasuk persendian multiaxial sehingga memungkinkan gerakan fleksi, ekstensi, abduksi, adduksi dan rotasi. Sendi panggul memiliki banyak gambaran anatomis yang cocok

untuk stabilitas dan penyangga berat badan selama berdiri, berjalan, dan berlari (Al-Muqsith, 2017).



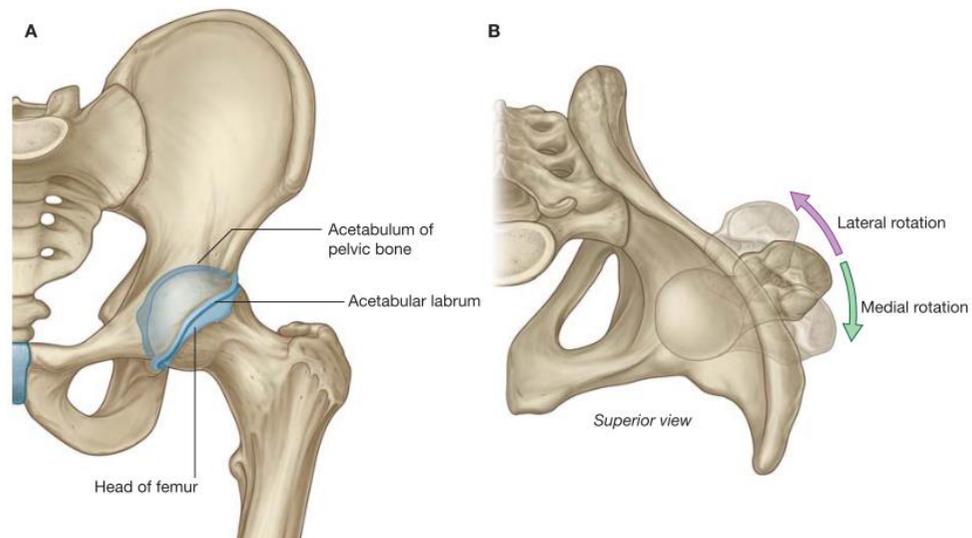
Gambar 2.2 Acetabulum (Drake et al., 2015)

Acetabulum (dari bahasa Latin, yang berarti “cangkir cuka”) adalah socket/cekungan yang dalam dan berbentuk cangkir setengah bulat. Sekitar 60° - 70° dari tepi acetabulum, tidak melingkar lengkap di dekat inferiorinya, terbentuk incisura acetabuli. Caput ossis femoris kontak dengan acetabulum hanya di sepanjang permukaan yang berbentuk tapal kuda (facies lunata) (Al-Muqsith, 2017). Permukaan artikular yang halus dan berbentuk bulan sabit paling luas di bagian superior dimana sebagian besar berat tubuh ditransmisikan melalui panggul ke tulang paha. Permukaan bulan sabit tidak memiliki bagian inferior takik acetabular. Fossa acetabular menyediakan perlekatan untuk ligamen kepala femur, sedangkan pembuluh darah dan saraf melewati takik acetabular (Drake et al., 2015).



Gambar 2.3 Anatomi Tulang Femur (Drake et al., 2015)

Femur adalah tulang paha dan tulang terpanjang di tubuh. Ujung proksimalnya ditandai dengan kepala dan leher, dan dua tonjolan besar (trochanter besar dan kecil) di bagian atas batang (Drake et al., 2015). Caput tulang femur berbentuk seperti bola dan akan berartikulasi dengan tulang pelvis. Pada pertengahan dari caput femur terdapat bentukan seperti cekungan (fossa) untuk tempat menempelnya ligamen caput femur (Al-Muqsith, 2017).



Gambar 2.4 Anatomi Sendi Panggul dan Pergerakan Sendi Panggul (Drake et al., 2015)

Bentukan *ball and socket* pada sendi panggul berfungsi untuk pergerakan antara lain fleksi, ekstensi, abduksi, rotasi medial, rotasi lateral, serta sirkumduksi. Hal ini dirancang untuk stabilitas dan menahan beban dengan mengorbankan mobilitas. Oleh karena itu dibutuhkan pengikat antara tulang pelvis dan tulang femur agar tidak terpisah dikarenakan pergerakan sendi panggul yang luas, itu sebabnya pada sendi ini banyak diikat oleh otot ligamen (Drake et al., 2015).

2.2 Konsep *Fraktur Collum Femur*

2.2.1 Definisi *Fraktur Collum Femur*

Fraktur Collum Femur merupakan fraktur yang terjadi antara ujung permukaan artikuler caput femur dan regio interthrocanter (Perwiraputra et al., 2017). Secara umum *Fraktur Collum Femur* merupakan fraktur intrakapsular dimana suplai

pembuluh darah arterial ke lokasi fraktur dan caput femur terganggu dan dapat menghambat proses penyembuhan. Cabang *Cervical Ascenden Lateralis* dari arteri *Sircumflexa Femoralis Medialis* adalah pembuluh yang memiliki risiko tinggi yang terkena (Abdulkarim et al., 2013). *Fraktur Collum Femur* merupakan jenis fraktur panggul (hip fracture) yang sering ditemukan pada usia tua di atas 60 tahun (Hutagalung et al., 2019).

2.2.2 Etiologi

Peningkatan usia, massa tulang rendah, dan riwayat fraktur sebelumnya dapat berpengaruh terhadap kejadian fraktur, terutama tulang panggul (Taradita et al., 2018). Fraktur dapat disebabkan oleh keadaan patologis selain dari faktor traumatik. Fraktur pada tulang lemah yang disebabkan oleh trauma minimal disebut dengan fraktur patologis. Penyebab tersering fraktur patologis pada femur proksimal adalah osteoporosis (Sagaran et al., 2018). Pada usia muda, penyebab terjadinya fraktur adalah jatuh dari ketinggian atau trauma dalam kecelakaan di jalan. Multipel cedera sering ditemukan pada kondisi ini sekitar 20% terdapat fraktur pada batang femur (Solomon et al., 2010).

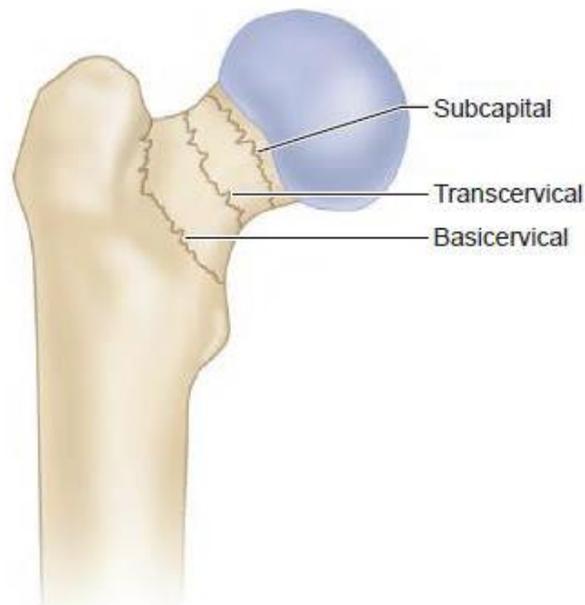
2.2.3 Manifestasi Klinis

Riwayat jatuh, diikuti dengan rasa sakit di pinggul. Dapat terlihat ketika pasien berbaring dalam rotasi lateral kaki akan terlihat lebih pendek. Perlu diperhatikan, tidak semua patah tulang pinggul begitu jelas. Dengan fraktur impaksi, pasien mungkin masih dapat berjalan, dan pasien yang lemah atau cacat mental mungkin tidak merasakan sama sekali jika terjadi fraktur (Egol et al., 2015). Sebaliknya, *Fraktur Collum Femur* pada dewasa bisa diakibatkan oleh kecelakaan lalu lintas atau jatuh dari

ketinggian. Hal ini bisa dilihat jika pasien mengalami sakit pinggul atau tidak, jika ya perlu dicurigai mengalami *Fraktur Collum Femur* (Solomon et al., 2010).

2.2.4 Klasifikasi

1. Lokasi Anatomi : (Egol et al., 2015)
 - a. Subcapital (paling sering terjadi)
 - b. Transcervical
 - c. Basicervical

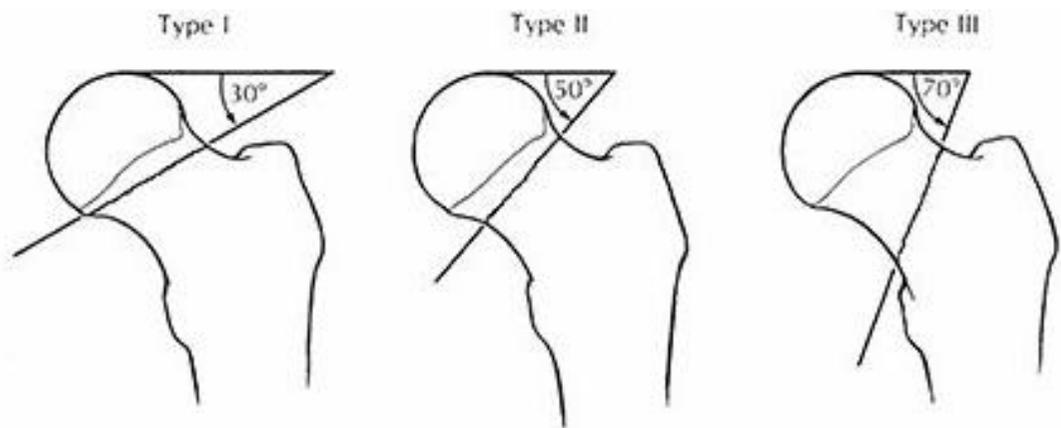


Gambar 2.5 Lokasi Anatomi *Fraktur Collum Femur* (Miller et al., 2019)

2. Klasifikasi Pauwel

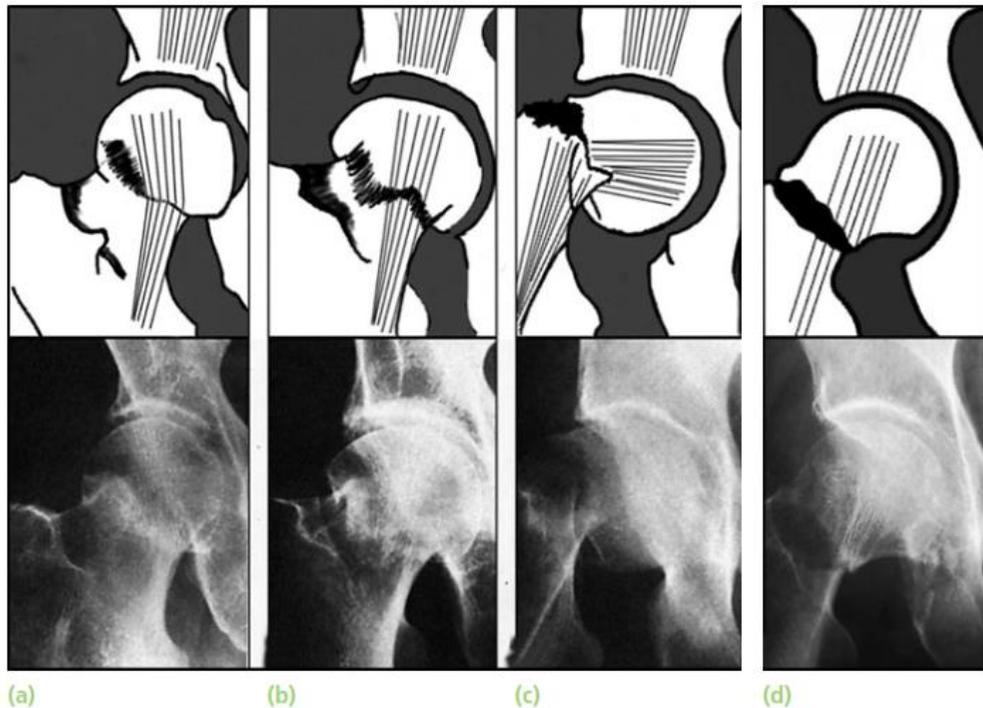
Berdasarkan sudut fraktur dari garis horizontal : (Egol et al., 2015)

- a. Tipe I : > 30 derajat
- b. Tipe II : 50 derajat
- c. Tipe III : >70 derajat



Gambar 2.6 Klasifikasi Fraktur Femur Menurut Pauwel (Egol et al., 2015)

3. Klasifikasi Garden



Gambar 2.7 Garden's Classification Of Femoral Neck Fractures (Solomon et al., 2010)

Klasifikasi *Fraktur Collum Femur* Menurut Garden :

1. (a) Stage 1 : Tidak Komplit
2. (b) Stage II : Komplit, tanpa pergeseran pada foto anteroposterior dan lateral
3. (c) Stage III : Komplit, pergeseran parsial
4. (d) Stage IV : Pergeseran Komplit

2.2.5 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang untuk memastikan *Fraktur Collum Femur* :

1. Foto X-ray

2.2.6 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan *Fraktur Collum Femur* : (Egol et al., 2015)

1. Perawatan Operatif
 - a. Fiksasi Internal : *Multiple screw fixation*
 - b. *Sliding-screw* dan alat *side plate* : Jika digunakan, pin atau sekrup kedua harus dimasukkan secara superior untuk mengontrol rotasi selama penyisipan sekrup. Meningkatkan ketahanan terhadap gaya geser pada patahan sudut Pauwel yang tinggi.
 - c. Penggantian Prostetik :
 - 1) Keuntungan ORIF (Over Reduction and Internal Fixation) :
 - a) Memungkinkan bantalan beban penuh lebih cepat
 - b) Menghilangkan non-union, osteonekrosis, dan risiko kegagalan fiksasi (>205 hingga 40% kasus dengan ORIF memerlukan operasi sekunder)
 - 2) Kekurangan : Potensi perdarahan lebih besar (*blood loss*)
 - 3) Implan bipolar *versus* unipolar :

- a) Tidak ada manfaat yang terbukti dari implan bipolar dibandingkan implan unipolar.
 - b) Seiring waktu, implan bipolar dapat kehilangan gerakan pada bantalan bagian dalamnya dan secara fungsional menjadi unipolar.
 - c) Implan unipolar lebih terjangkau.
- 4) *Cemented versus Non-Cemented* :
- a) Kejadian lebih rendah dari fraktur intraoperatif dan nyeri paha yang lebih sedikit.
 - b) Ada risiko hipotensi intraoperatif dan kematian dengan tekanan semen.
- 5) *Primary Total Hip Replacement*

2.2.7 Komplikasi

1. Non-union (ORIF) : Hal ini biasanya terlihat setelah 12 bulan, ditandai dengan nyeri paha atau pantat, nyeri pada ekstensi pinggul, atau nyeri dengan menahan beban.
2. *Osteonecrosis* (ORIF) : Hal ini dapat muncul disertai nyeri pergelangan, pantat, atau paha proksimal.
3. Kegagalan Fiksasi (Pemasangan implan yang buruk)
4. Dislokasi (*Replacement*) : *Total hip arthroplasty* memiliki risiko lebih besar daripada *hemiarthroplasty* yaitu 1% hingga 2% kejadian.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Perioperatif *Fraktur Collum Femur*

2.3.1 Definisi Asuhan Keperawatan Perioperatif

Keperawatan Perioperatif termasuk dalam ilmu medis yang berkaitan dengan ilmu bedah. Keperawatan perioperatif terdiri dari beberapa fase, diantaranya pre, intra, dan post operatif. Asuhan keperawatan perioperatif merupakan proses yang berkesinambungan, dimulai dari praoperatif dibagian rawat inap, poliklinik, instalasi gawat darurat yang kemudian proses berlanjut di kamar operasi oleh perawat perioperatif, hingga pasien di operasi (intraoperatif), setelah itu pemulihan dilakukan di ruang pemulihan sampai dengan pemantauan kondisi pasien membaik dapat dilakukan diruang rawat inap (post operasi) (Muttaqin & Sari, 2009).

2.3.2 Pengkajian Keperawatan Perioperatif

1. Pengkajian Praoperatif

Pengkajian dilakukan untuk menggali data awal atau permasalahan paada pasien sehingga intrvensi dan evaluasi dapat dilakukan dengan cepat dan tanggap, serta sebuah proses keperawatan yang disusun agar mendapatkan hasil perawatan yang optimal (HIPKABI, 2014).

Pengkajian praoperatif terdiri dari :

a. Identitas Klien

Meliputi nama, jenis kelamin, umur, alamat, agama, bahasa yang digunakan, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, rekam medis, diagnosis medis.

b. Keluhan Utama

Keluhan pada pasien fraktur adanya rasa nyeri akut. Selain itu klien juga akan kesulitan beraktivitas. Pengkajian nyeri yang digunakan :

Primary Survey kurang

- 1) *Provoking incident* : Apakah ada peristiwa yang menjadi faktor presipitasi nyeri.
- 2) *Quality of Pain* : Seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan klien. Apakah terasa seperti tertusuk, terbakar, atau berdenyut.
- 3) *Region* : Apakah rasa sakit bisa berkurang, apakah rasa sakit menjalar atau menyebar, dan dimana lokasi nyeri terjadi.
- 4) *Severity (scale) of pain* : Seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan klien, dapat diukur dengan skala nyeri (gambar, angka, maupun mimik wajah).
- 5) *Time* : Berapa lama nyeri berlangsung, kapan, apakah nyeri bertambah buruk pada malam hari atau siang hari, terus menerus atau hilang timbul.

c. Riwayat Penyakit Sekarang

Kaji apakah klien pernah mengalami trauma (kecelakaan, jatuh dari ketinggian) yang mengakibatkan terjadinya cedera.

d. Riwayat Penyakit Dahulu

Kaji apakah klien memiliki riwayat penyakit sebelumnya yang dapat mempengaruhi proses terjadinya *Fraktur Collum Femur*.

e. Riwayat Penyakit Keluarga

Kaji apakah klien memiliki riwayat penyakit keluarga.

f. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

- (a) Kesadaran klien : GCS, Komposmentis, Apatis, Sopor, Koma.
- (b) Tanda-tanda vital : Kaji adanya potensial masalah yang berkaitan dengan pembedahan (Tekanan darah).

2) Muskuloskeletal

(a) *Look* (Inspeksi)

Jaringan parut atau luka bekas operasi, tanda lahir, pembengkakan atau benjolan yang abnormal, posisi dan bentuk ekstremitas apakah mengalami deformitas, cara jalan, side marking.

(b) *Feel* (Palpasi)

Perubahan suhu sekitar, CRT \leq 2 detik, apakah terdapat oedem sekitar persendia, ada nyeri tekan, krepitasi atau tidak

(c) *Move* (pergerakan sendi)

Pergerakan aktif dan pasif, apakah terdapat gangguan gerak (mobilitas).

2. Pengkajian Intraoperatif

Prosedur pemberian anestesi, pengatur posisi pembedahan, manajemen asesis, dan prosedur bedah tulang akan memberikan implikasi pada masalah keperawatan yang akan muncul. Anestesi akan mempengaruhi respons depresi atau iritabilitas kardiovaskuler, depresi pernapasan. Penurunan suhu tubuh akibat suhu rendah ruang operasi, terapi cairan, luka terbuka, aktivitas otot menurun, usia lanjut, terapi medikasi yang digunakan mengakibatkan penurunan laju metabolisme. Kelengkapan pembedahan terdiri atas hal-hal sebagai berikut: (Muttaqin & Sari, 2009)

- a. Data laboratorium dan temuan yang abnormal
- b. Data Radiologis area yang akan dilakukan pembedahan (Foto *X-ray*)
- c. Persiapan transfusi darah

d. Kaji kelengkapan arena pembedahan (suhu ruang, benang, pisau, cairan intravena, medikasi) sesuai kebijakan institusi.

3. Pengkajian Post Operatif

Pengkajian dilakukan saat pasien mulai dipindahkan dari kamar operasi ke ruang pemulihan. Pengkajian Post operatif meliputi keadaan umum, tanda–tanda vital, airway, breathing, circulation, kesadaran (Bromage score, aldrete score dan steward score) : (Muttaqin & Sari, 2009)

a. Pengkajian Awal

Diagnosis medis dan Jenis pembedahan yang dilakukan beserta anestesi, terapi cairan yang diberikan, terpasang alat bantu atau tidak, Tanda-tanda vital.

b. Respirasi

Kepatenan jalan napas, frekuensi, irama, kedalaman napas, kesimetisan pergerakan dada, bunyi napas, efek obat anestesi terhadap pernapasan (depresi).

c. Pengkajian Sirkulasi

Efek samping anestesi berisiko mengalami komplikasi kardiovaskuler akibat kehilangan darah berlebih, ketidakseimbangan elektrolit.

d. Keamanan Peralatan

Proses transfer pasien.

2.3.3 Diagnosis Keperawatan Perioperatif

1. Diagnosis Keperawatan Preoperatif (PPNI, 2017)

- a) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional D. 0080 Hal. 180
- b) Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis D. 0077 Hal. 172

2. Diagnosis Keperawatan Intraoperatif (PPNI, 2017)

- a) Risiko Syok dibuktikan dengan Hipotensi D. 0039 Hal. 92
- b) Risiko Hipovolemia dibuktikan dengan D. 0034 Hal. 85

3. Diagnosis Keperawatan Post Operatif (PPNI, 2017)

- a) Risiko Perdarahan dibuktikan dengan tindakan pembedahan D. 0012 Hal. 42
- b) Risiko Hipotermia Perioperatif dibuktikan dengan suhu lingkungan rendah D. 0140 Hal. 302

2.3.4 Intervensi Keperawatan Perioperatif

Perencanaan keperawatan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan pasien (Setiadi, 2012).

1. Intervensi Keperawatan Preoperatif

- a) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional D. 0080 Hal. 180
 - (1) Luaran (PPNI, 2019)
 - Luaran Utama : Tingkat Ansietas L.09093
 - (2) Intervensi (PPNI, 2018)
 - Intervensi Utama : Reduksi Ansietas 1.09314
 - Observasi
 - (a) Monitor saat tingkat ansietas berubah
 - Rasional : Mengetahui faktor psikologis klien
 - (b) Monitor kemampuan mengambil keputusan
 - Rasional : Mengetahui cara klien mengatasi faktor psikologis
 - (c) Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal)

Rasional : Mengetahui tanda-tanda ansietas yang ada pada pasien.

Terapeutik

- (a) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan

Rasional : Mengetahui suasana untuk menumbuhkan kepercayaan pada pasien dengan perawat

- (b) Pahami situasi yang membuat ansietas

Rasional : Mengetahui situasi yang dapat membuat tingkat ansietas pasien meningkat

- (c) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan

Rasional : Mengetahui situasi yang dapat mengakibatkan ansietas

Edukasi

- (a) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi

Rasional : Mengetahui perasaan dan persepsi pasien tentang psikologis yang dirasakan.

- (b) Latih teknik relaksasi

Rasional : Dapat membuat faktor psikologis pasien lebih tenang.

Kolaborasi

- (a) Berikan hasil kolaborasi obat anti ansietas, *jika perlu*

b) Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis D. 0077 Hal. 172

(1) Luaran (PPNI, 2019)

Luaran Utama : Tingkat Nyeri L. 08066

(2) Intervensi (PPNI, 2018)

Intervensi Utama : Pemberian Analgesik 1.08243

Observasi

(a) Observasi karakteristik nyeri

Rasional : Mengetahui karakteristik nyeri

(b) Monitor riwayat alergi obat

Rasional : Mengetahui riwayat alergi obat pada pasien.

(c) Monitor kesesuaian jenis analgesik

Rasional : Mengetahui jenis analgesik yang sesuai pada pasien.

Terapeutik

(a) Dokumentasikan respon terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan

Rasional : Sebagai catatan tentang respon terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan.

Edukasi

(a) Jelaskan efek terapi dan efek samping obat

Rasional : Mengetahui efek terapi dan efek samping obat pada pasien.

Kolaborasi

- (a) Berikan hasil kolaborasi dosis dan jenis analgesik sesuai indikasi

Rasional : Mengetahui hasil kolaborasi dosis dan jenis analgesik yang sesuai indikasi pasien.

2. Intervensi Keperawatan Intraoperatif

- a) Risiko Syok dibuktikan dengan Hipotensi D. 0039 Hal. 92

- (1) Luaran (PPNI, 2019)

Luaran Utama : Tingkat Syok L. 03032

- (2) Intervensi (PPNI, 2018)

Intervensi Utama : Pencegahan Syok 1.2068

Observasi

- (a) Monitor status oksigenasi

Rasional : mengetahui kebutuhan oksigen pada pasien.

Terapeutik

- (a) Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%

Rasional : Mempertahankan saturasi oksigen >94%, untuk mencegah hipoksia.

- (b) Pasang Jalur IV, *jika perlu*

Rasional : Mempertahankan kebutuhan cairan dan mencegah hipovolemia.

- (c) Pasang kateter urine untuk menilai produksi urine, *jika perlu*

Rasional : Mengetahui dan menilau output urine.

Kolaborasi

(a) Berikan hasil kolaborasi pemberian IV, *jika perlu*

(b) Kolaborasi hasil pemberian tranfusi darah, *jika perlu*

b) Risiko Hipovolemia dibuktikan dengan Kehilangan cairan secara aktif D.

0034 Hal. 85

(1) Luaran (PPNI, 2019)

Luaran Utama : Status Cairan L. 03028

(2) Intervensi (PPNI, 2018)

Intervensi Utama : Pemantauan Cairan 1.03121

Observasi

(a) Monitor frekuensi dan kekuatan nadi

Rasional : Mengetahui frekuensi dan kekuatan nadi dalam batas normal.

(b) Monitor Tekanan darah

Rasional : Mengetahui status hemodinamik tubuh pasien.

(c) Monitor intake dan output cairan

Rasional : Mengetahui balance cairan pada pasien.

Terapeutik

(d) Dokumentasikan hasil pemantauan

Rasional : Sebagai data asuhan keperawatan

3. Intervensi Keperawatan Post Operatif

a) Risiko Perdarahan dibuktikan dengan tindakan pembedahan D. 0012 Hal.

42

(1) Luaran (PPNI, 2019)

Luaran Utama : Tingkat Perdarahan L.02017

(2) Intervensi (PPNI, 2018)

Intervensi Utama : Manajemen Perdarahan 1.02040

Observasi

(a) Monitor penyebab perdarahan

Rasional : Mengetahui penyebab perdarahan pada pasien.

(b) Monitor terjadinya perdarahan (sifat dan jumlah)

Rasional : Mengetahui terjadinya (sifat dan jumlah) perdarahan pada pasien.

(c) Monitor tekanan darah dan parameter hemodinamik

Rasional : Mengetahui tekanan darah dan parameter hemodinamik pada pasien.

(d) Monitor intake dan output cairan

Rasional : Monitor intake dan output pada pasien.

Terapeutik

(a) Lakukan penekanan atau balut tekan, *jika perlu*

Rasional : Dapat mengurangi risiko perdarahan yang terjadi

(b) Pertahankan akses IV

Rasional : Dapat mengurangi risiko hipovolemia akibat perdarahan.

Kolaborasi

(a) Berikan hasil kolaborasi pemberian cairan, *jika perlu*

Rasional : Mengetahui hasil kolaborasi pemberian cairan

(b) Berikan hasil kolaborasi pemberian tranfusi darah, *jika perlu*

Rasional : Mengetahui kolaborasi pemberian tranfusi darah.

b) Risiko Hipotermia Perioperatif dibuktikan dengan suhu lingkungan rendah

D. 0140 Hal. 302

(1) Luaran (PPNI, 2019)

Luaran Utama : Termoregulasi L.14134

(2) Intervensi (PPNI, 2018)

Intervensi Utama : Hipotermia 1.14507

Observasi

(a) Monitor suhu tubuh

Terapeutik

(a) Sediakan lingkungan yang hangat

(b) Lakukan penghangatan pasif (selimut)

Edukasi

(a) Anjurkan makan/minum hangat

2.3.5 Implementasi Keperawatan Perioperatif

Implementasi keperawatan adalah bagian dari komponen proses keperawatan, sebagai pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Setiadi, 2012).

Panduan implementasi keperawatan : (Dermawan, 2012)

1. Konsisten dengan tindakan yang dilakukan sesuai dengan perencanaan serta memvalidasi rencana.
2. Kompeten dan efisien di lingkungan yang sesuai.
3. Melindungi keamanan baik fisik maupun psikologis klien.

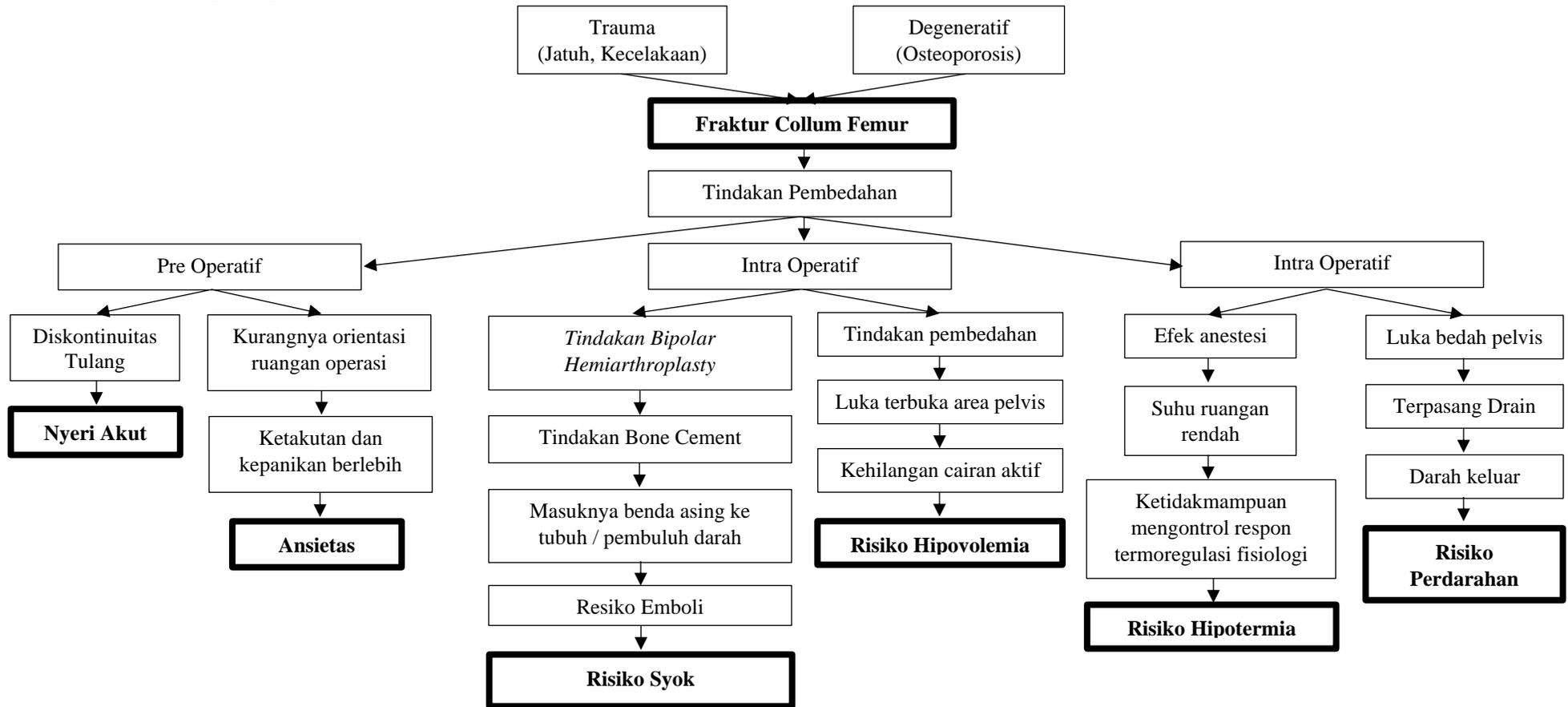
4. Dokumentasi tindakan serta respon klien, harus dicantumkan dalam catatan asuhan keperawatan.

2.3.6 Evaluasi Keperawatan Perioperatif

Evaluasi keperawatan dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan yang telah disusun efektif atau tidak dan bagaimana rencana keperawatan selanjutnya dilaksanakan, apakah ada revisi rencana maupun terminasi rencana keperawatan (Dermawan, 2012).

1. Kembalinya fungsi fisiologis secara normal
2. Tidak terjadi komplikasi pasca bedah
3. Tingkat keamanan dan kenyamanan pasien diperhatikan
4. Tidak terjadi infeksi pasca bedah
5. Kecemasan menurun
6. Meningkatnya konsep diri klien

2.4 Konsep Map (Pathflow)



Gambar 2.8 Pathflow Asuhan Keperawatan Dengan Diagnosis Medis *Fraktur Collum Femur*
 Sumber : Primer, modifikasi dari ((Solomon et al., 2010), (Taradita et al., 2018)).

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Bab ini membahas mengenai asuhan keperawatan dengan diagnosis medis *Fraktur Collum Femur* meliputi : 1) Pengkajian, 2) Diagnosis Keperawatan, 3) Intervensi Keperawatan, 4) Implementasi dan Evaluasi Keperawatan.

3.1 Pengkajian Pre Operatif

3.1.1 Pengkajian Awal Pre Operatif

A. Data Dasar Pre Operatif

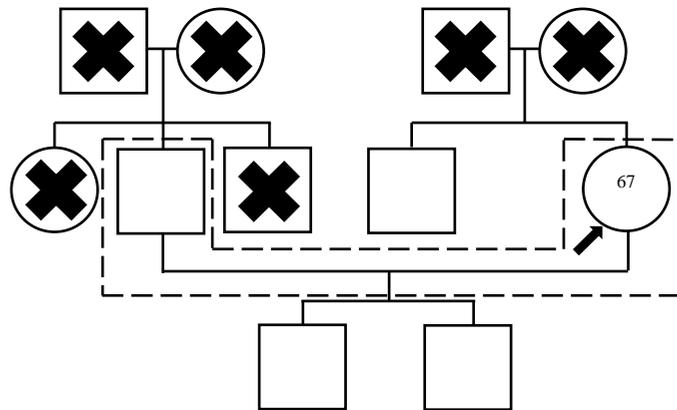
Pasien bernama Ny. M (67 tahun), dengan rekam medis 66-60-XX, jenis kelamin perempuan, berasal dari suku Jawa/Indonesia, beragama Islam, pendidikan terakhir SMA, bekerja sebagai ibu rumah tangga dan sudah menikah. Pasien masuk RSPAL Dr. Ramelan Surabaya melalui IGD pada tanggal 01 Mei 2021 pukul 10.30 WIB, klien merupakan pasien rujukan dari RS Wiyung Sejahtera. Masuk di ruang perawatan B2 pada tanggal 01 Mei 2021 pukul 13.15 WIB. Kemudian klien masuk ruang operasi pada tanggal 04 Mei 2021 pukul 06.00 WIB untuk melakukan operasi Bipolar Hemiarthroplasty.

Keluhan utama masuk rumah sakit adalah tidak bisa berjalan jatuh dari kamar mandi pada tanggal 01 Mei 2021 pukul 07.15 WIB, saat pasien akan mandi. Pasien terjatuh dengan posisi duduk miring ke kanan, kemudian pasien mengeluh kesakitan dan tidak dapat berdiri, kedua kaki lemas tidak bisa digerakkan, serta mengangkat tubuh tidak mampu. Kemudian klien dibawa ke RS terdekat yaitu RS Wiyung Sejahtera untuk dilakukan CT Scan atau foto x-ray area pelvis. Didapatkan hasil foto, area pelvis mengalami fraktur, tepatnya di bagian “*neck femur*”, foto thorax (cor dan

pulmo : Normal). Setelah itu klien dirujuk ke RSPAL Dr. Ramelan Surabaya untuk penanganan lebih lanjut. Saat di IGD kesadaran composmentis dan kooperatif, GCS 456, klien lemas, tampak meringis kesakitan, skala nyeri 7, seperti tertusuk benda tajam dibagian pelvis, terasa saat bergerak. Akral teraba hangat, basah, merah, TD : 136/74 mmHg, N : 84x/menit, S : 36,5^oC, RR : 19x/menit, CRT <2 detik, Turgor kulit <3 detik, tidak terdapat oedema pada ekstremitas, tidak terdapat wheezing maupun ronkhi, BB 50kg dan TB 151cm. Hasil pemeriksaan laboratorium darah pada Ny. M tanggal 01 Mei 2021 : Haemoglobin 11,7g/dL (12-15); Leukosit 5,6 10³μL (4-10); Eritrosit 4,3 10⁶μL (3,5-5); Trombosit 44,1 10³μL (150-450); Hematokrit 36,6% (37-47); Natrium 136,7 mEq/L (135-147); Kalium 34,3 mmol/L (3-5), GDA 157 mg/dL (74-106); 2JPP 331 mg/dL (140-199), BUN 20 mg/dL (10-24); Kreatinin 0,8 mg/dL (0,6-1,5); SGOT 10,1 U/L (0-50); SGPT 17 U/L (0-50); HbSAg NR (Non Reaktif), Antigen SARS-CoV-2 Negatif (Negatif). Medikasi pada Ny. M tanggal 04 Mei 2021 : Ranitidin 2 x 50gr, Ondansenton 2 x 4mg, Santagesik 1 x 500mg, Infus RL 500 cc/24 jam, Infus NS 1000cc / 24 jam.

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat jatuh atau kecelakaan, riwayat DM sejak 30 tahun lalu, rutin terapi insulin, riwayat hipertensi disangkal. Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi obat, makanan dan minuman. Pasien melaksanakan tindakan operasi di OK Sentral (OK-1), makan minum pasien terakhir Minggu, 03 Mei 2021 pukul 23.00 WIB. Klien tidak memiliki gigi palsu. Pada serah terima pasien, Inform Consent tindakan pembiusan dan pembedahan sudah dilakukan dan ditandatangani oleh keluarga pasien serta dokter penanggung jawab. Side Marking juga sudah dilakukan di Femur *Dextra*.

Genogram



Gambar 3.1 Genogram Keluarga Ny. M
(Sumber : Primer)

Keterangan :

Laki – laki	: □
Perempuan	: ○
Tinggal Serumah	: - - - □
Meninggal	: ✕
Pasien	: ↗

B. Primary Survey Pre Operatif

1. *Airway* (A) : Pergerakan dada simetris, tidak ada tambahan suara napas

Masalah Keperawatan : Tidak terdapat masalah keperawatan pada sistem

Airway

2. *Breathing* (B) : Napas spontan 19x/menit, tidak terdapat otot bantu napas

Masalah Keperawatan : Tidak terdapat masalah keperawatan pada sistem

Breathing

3. *Circulation* (C) : Akral hangat, CRT <2 detik, SpO₂ 99%, tidak ada sianosis

Masalah Keperawatan : Tidak terdapat masalah keperawatan pada sistem *Circulation*

4. *Disability* (D) : Kesadaran Composmentis, GCS 456, kekuatan otot $\frac{5}{1} | \frac{5}{1}$,
emosi cemas, wajah tampak khawatir,

Masalah Keperawatan : Ansietas

3.1.2 Diagnosis Keperawatan Pre Operatif

Hasil pengkajian pasien didapatkan diagnosis keperawatan, yaitu :

Tabel 3.1 Diagnosis Keperawatan Pre Operatif

NO	DATA / FAKTOR RISIKO	ETIOLOGI	PROBLEM
1	DS : - Pasien khawatir dengan tindakan Operasi yang akan dijalaninya - Wajah tegang dan gelisah DO : - Pasien tampak gelisah - TD 150/68mmHg - N : 112x/menit - Wajah tampak tegang	Krisis Situasional	Ansietas D.0080 SDKI 2017

(Sumber : Primer, (PPNI, 2017))

- a. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional yang ditandai oleh ekspresi wajah gelisah dan tegang dikarenakan baru pertama kali melakukan tindakan operasi, orientasi ruangan kurang baik, tekanan darah 150/68 mmHg; Nadi 112 x/menit. Kesadaran composmentis, GCS E4M5V6.

Rasional : Masalah keperawatan ini diangkat karena adanya orientasi keadaan situasi yang kurang baik, hal ini disebabkan karena ketidaktahuan akan tindakan

apa saja yang akan dilakukan. Wajah tampak tegang dan sering pandangan kosong memikirkan apakah operasi yang dilakukan akan berjalan lancar atau tidak. Hal ini juga ditandai nadi meningkat.

3.1.3 Intervensi Keperawatan Pre Operatif

Tabel 3.2 Intervensi Keperawatan Pre Operatif

No	Masalah	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi
1	Ansietas b.d Krisis Situasional D.0080 SDKI 2017	Setelah diberikan intervensi selama 1x1 jam diharapkan Tingkat Ansietas menurun	Tingkat Ansietas L.0909 1. Verbalisasi kebingungan menurun; 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun; 3. Perilaku gelisah menurun; 4. Perilaku tegang menurun; 5. Konsentrasi membaik.	Reduksi Ansietas 1.09314 1. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal); 2. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan; 3. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan; 4. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang dialami; 5. Latih teknik relaksasi (napas dalam).

3.1.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Pre Operatif

Tabel 3.3 Implementasi dan Evaluasi Pre Operatif

Hari/Tgl	Masalah Keperawatan	Jam	Implementasi	Paraf	Evaluasi	Paraf
Selasa 04-05-2021 07.10 WIB	1	07.10	- Monitor Tingkat Ansietas Pasien (Sedang)	ADITYA	DX 1 (Ansietas) S : Pasien mengatakan sudah lebih tenang setelah berdoa dan napas dalam O : - Pasien tampak lebih tenang - TD 130/64mmHg - N : 117x/menit - Wajah tampak sedikit tegang A : Masalah Belum Teratasi P : Intervensi Dilanjutkan No 1,2,3,4,5,7	ADITYA
	1	07.15	- TD 130/64mmHg	ADITYA		
	1	07.18	- N 117x/menit	ADITYA		
	1	07.20	- Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan, serta sensasi pada saat operasi			
	1	07.25	- Mengalihkan perhatian px tentang operasi yang akan dilakukan	ADITYA		
	1	07.30	- Melatih teknik relaksasi (Napas dalam dan berdoa)	ADITYA		

3.2 Pengkajian Intra Operatif

3.2.1 Pengkajian Awal Intra Operatif

A. Data Dasar Intra Operatif

Pasien masuk kamar OK-1 pada pukul 07.10 WIB, jenis pembiusan (anestesi) yang dilakukan SAB (*Sub Arachnoid Block*), klien diposisikan Lateral Dekubitus, terpasang O₂ Nasal 3 lpm, lokasi tusukan didisinfeksi dengan alkohol betadin 70%, lokasi tusukan L3-L4 LCS, induksi intratekal, needle anestesi yang digunakan nomor 26G, keluar cairan jernih (tanda tusukan tepat), obat anestesi yang diberikan Regivel 15mg, Ventanil 25 mcg, pemberian terapi selama anestesi, NS 500cc drip cefazoline 2g (07.20), inj. Dexamethasone 10 mg (08.40), inj. Ondansetron 4 mg (08.50), inj. Santagesik 2ml (09.10).

Kelengkapan operasi : Bedah struktur (Dokter bedah, perasat asisten, perawat instrumen, perawat sirkuler); anestesi (Dokter anestesi, perawat anestesi); Jenis anestesi SAB; Suhu kamar operasi 17-20°C; Kelembapan udara 60%; side marking (femur dextra); Posisi operasi (Lateral dengan insisi femur dextra); tindakan operasi (*bipolar hemiarthroplasty*), estimasi waktu operasi ± 2 jam. Sign out : Jumlah 1 set instrumen basil ortho; instrumen 17; kassa 30; deppers 8; kassa besar 2; pisau 2; jarum 2 ukuran; prosedur operasi tidak ada masalah, saat operasi berlangsung klien mengeluh mual.

B. Primary Survey Intra Operatif

1. *Airway* (A) : Pergerakan dada simetris, tidak ada tambahan suara napas

Masalah Keperawatan : Tidak terdapat masalah keperawatan pada sistem

Airway

2. *Breathing* (B) : Napas spontan 16 x/menit, terpasang O₂ Nasal 3 lpm, SpO₂ 99%, tidak terdapat otot bantu napas.

Masalah Keperawatan : Tidak terdapat masalah keperawatan pada sistem *Breathing*

3. *Circulation* (C) : Akral dingin, CRT < 2 detik, tidak ada sianosis, terpasang infus NS 500cc, TD 172/86 mmHg, Nadi 86 x/menit, RR 20 x/menit, S 36°C. Dilakukan pembedahan femur dan tindakan *bone cement*.

Masalah Keperawatan : Risiko Syok dan Risiko Hipovolemi

4. *Disability* (D) : Kesadaran Composmentis, GCS 456, Kelemaahan ekstremitas bawah efek anestesi SAB

Masalah Keperawatan : Tidak terdapat masalah keperawatan pada sistem *Disability*

C. *Secondary Survey*

5. *Exposure* (E) : Pasien diselimuti dengan kain operasi agar kondisi badan tetap hangat, dan terhindar dari hipotermia.

3.2.2 Diagnosis Keperawatan Intra Operatif

Hasil pengkajian pasien didapatkan diagnosis keperawatan, yaitu :

Tabel 3.4 Diagnosis Keperawatan Intra Operatif

NO	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1	Faktor Risiko : Tindakan Bone Cement	-	Risiko Syok D.0039 SDKI 2017
2	Faktor Risiko : Kehilangan cairan secara aktif	-	Risiko Hipovolemia D.0034 SDKI 2017

- a. Risiko Syok dibuktikan dengan tindakan *bone cement*. Pada pembedahan *Fraktur Collum Femur* prosedur yang digunakan adalah *bipolar hemiarthroplasty*, pemasangan *neck* femur di fiksasi oleh *bone cement*. Tekanan darah 172/86 mmHg, Nadi 86 x/menit. SpO₂ 99%. O₂ Nasal 3 lpm.

Rasional : Diagnosis ini ditegakkan karena adanya risiko emboli pada tubuh, hal ini disebabkan karena memasukkan benda asing (*cement*) ke dalam tubuh, yaitu tulang femur. Dengan menetapkan masalah keperawatan risiko ini, maka kewaspadaan perawat dalam mencegah terjadinya emboli pada pasien dapat dilakukan dengan baik.

- b. Risiko Hipovolemia dibuktikan dengan kehilangan cairan secara aktif. Ditandai dengan adanya luka terbuka dibagian pelvis *dextra*, ada pengeluaran cairan aktif saat pembedahan, mengingat area pelvis terdapat arteri femoralis yang dapat menyebabkan perdarahan yang besar. Akral dingin, HB 11,6 g/dL.

Rasional : Masalah ini diangkat karena adanya luka terbuka, yaitu luka pembedahan pada area pelvis, yang disertai dengan perdarahan aktif. Bila hal ini berlangsung dalam waktu yang lama dan kurangantisipasi maka kebutuhan cairan serta hemodinamik akan terganggu. Oleh karena itu masalah ini menjadi penting untuk diangkat menjadi suatu diagnosis risiko.

3.2.3 Intervensi Keperawatan Intra Operatif

Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan Intra Operatif

No	Masalah	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi
1	Risiko Syok d.d Tindakan Bone Cement D.0039 SDKI 2017	Setelah diberikan intervensi selama 1x1 jam diharapkan Tingkat Syok menurun	Tingkat Syok L.03032 1. Tingkat kesadaran meningkat (GCS 456); 2. Akral dingin menurun; 3. Tekanan darah sistolik membaik (110-120 mmHg); 4. Tekanan darah diastolik membaik (60-80 mmHg).	Pencegahan Syok 1.2068 1. Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, TD, MAP); 2. Monitor status cairan (intake dan output); 3. Pasang IV line; 4. Pasang kateter urine untuk menilai produksi urine. 5. Berikan hasil kolaborasi inf NS 500cc, drip cefazoline 2gr, Inj Dexametasone 10mg, Inj Ondansetntron 4mg, Inj Santagesik 2mg jalur IV
2	Risiko Hipovolemia d.d kehilangan Cairan Secara Aktif D.0034 SDKI 2017	Setelah diberikan intervensi selama 1x1 jam diharapkan Status Cairan membaik	Status Cairan L.03028 1. Turgor kulit meningkat; 2. Output urine cukup menurun; 3. Frekuensi nadi membaik (60-100 x/menit); 4. Tekanan darah membaik (110-120 mmHg); 5. Kadar Hb membaik (11-16 mg/dL).	Pemantauan Cairan 1.03121 1. Monitor tekanan darah; 2. Monitor jumlah, warna urine; 3. Monitor intake dan output cairan; 4. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien; 5. Dokumentasikan hasil pemantauan.

3.2.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Intra Operatif

Tabel 3.6 Implementasi dan Evaluasi Intra Operatif

Hari/Tgl	Masalah Keperawatan	Jam	Implementasi	Paraf	Evaluasi	Paraf
Selasa 04-05-2021 07.10 WIB	1	07.10	- TD 138/68mmHg	ADITYA	DX 1 (Risiko Syok) S : - O : - Tindakan bone cement telah dilakukan - TD 148/69 mmHg - N : 86x /menit A : Masalah Teratasi P : Intervensi Dihentikan DX 2 (Risiko Hipovolemia) S :- O : - Hb 11,6 g/dL - TD 148/69mmHg - Intake 1505cc - Output 1300cc - Terpasang Kateter urine A : Masalah Teratasi P : Intervensi Dihentikan	ADITYA
	1,2	07.15	- O2 Nasal 3lpm	Br. Imam		
	1,2	07.18	Berikan hasil kolaborasi	Br. Imam		
	1	08.00	- Inf. Ns 500cc drip Cefazoline 2g - Inf. Ns 500c - SpO2 99%	Br. Imam		
	1	08.15	- S : 36°C	Br. Andik		
	1,2	08.30	- Tindakan Diatermi - TD 172/86mmHg	ADITYA		
	1	08.32	- N 86x/menit - Tindakan Bone Cement	Dokter		
	1,2	08.40	Berikan Hasil Kolaborasi :	Br. Imam		
	1,2	08.50	- Inj. Dexamethasone 10mg IV	Br. Imam		
	1,2	09.10	- Inj. Ondansetron 4mg IV	ADITYA		
	1,2	09.30	- Inj. Santagesik 2mg IV	ADITYA		
	2	09.40	- TD 148/68mmHg - Output urine 800cc - Ouput Darah 500cc - RL 500cc	ADITYA		

IWL (Insensible Water Loss)

$$\begin{aligned}
 \text{IWL} &= (15 \times \text{BB}) / 24 \text{ jam} \\
 &= (15 \times 50) / 24 \text{ jam} \\
 &= (750) / 24 \text{ jam} \\
 &= \mathbf{31,25}
 \end{aligned}$$

Balance Cairan

Total Input		Total Output	
Infus	= 1500cc	Urine	= 800cc
Obat Injeksi	= <u>5cc</u> +	Darah	= 500cc
	1505cc	IWL	= <u>31cc</u> +
			1331cc

Maka Balace cairan Ny. M :

Intake Cairan – Output Cairan

$$1505\text{cc} - 1331\text{cc} = \mathbf{174\text{cc}}$$

3.3 Pengkajian Post Operatif**3.3.1 Pengkajian Awal Post Operatif****A. Data Dasar Post Operatif**

Tindakan operasi bipolar hemiarthroplasty selesai dilakukan pada pukul 09.30 WIB dan Pasien keluar dari ruang OK-1 pukul 09.45 WIB menuju ruang RR (*Recovery Room*) untuk observasi lanjutan.

B. Primary Survey

1. *Airway* (A) : Pergerakan dada simetris, tidak ada tambahan suara napas.

Masalah Keperawatan : Tidak terdapat masalah keperawatan pada sistem *Airway*

2. *Breathing* (B) : Napas spontan, tidak ada otot bantu napas, tidak tampak sesak, RR 20 x/menit, O₂ Nasal 3 lpm, SpO₂ 99%.

Masalah Keperawatan : Tidak terdapat masalah keperawatan pada sistem *Breathing*

3. *Circulation* (C) : Akral hangat, CRT < 2 detik, tidak ada sianosis, Tekanan Darah : 130/80 mmHg, Nadi 90 x/menit, Suhu 36⁰C.

Masalah Keperawatan : Tidak terdapat masalah keperawatan pada sistem *Circulation*

4. *Disability* (D) : Kesadaran Composmentis, GCS 456, terpasang drain pada femur. Fiksasi femur menggunakan *elastic banded*, kekuatan otot $\frac{5}{2} \mid \frac{5}{2}$

Masalah Keperawatan : Risiko Perdarahan

C. *Secondary Survey*

1. *Exposure* (E) : Pasien diselimuti dengan kain tebal agar kondisi badan tetap hangat, dan terhindar dari hipotermia. Suhu ruangan rendah 17-20⁰C.

Masalah Keperawatan : Risiko Hipotermia

3.3.2 Diagnosis Keperawatan Post operatif

Hasil pengkajian pasien didapatkan diagnosis keperawatan, yaitu :

Tabel 3.7 Diagnosis Keperawatan Post operatif

NO	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1	Faktor Risiko : 1. Tindakan Pembedahan	-	Risiko Perdarahan D.0012 SDKI 2017
2	Faktor Risiko :	-	Risiko Hipotermia

NO	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
	Efek agen farmakologis (Anestesi)		D.0140 SDKI 2017

- a. Risiko Perdarahan dibuktikan dengan tindakan pembedahan. Ditandai adanya luka post operasi *Fraktur Collum Femur*. Serta terpasang drain di area pelvis. HB 11,6 g/dL.

Rasional : Diagnosis ini ditegakkan karena adanya Risiko perdarahan dimana masih terdapat rembesan darah yang keluar melalui drain. Bila hal ini tidak diperhatikan maka akan berakibat syok hipovolemik. Oleh karena itu masalah ini menjadi penting untuk diangkat menjadi suatu diagnosis risiko.

- b. Risiko Hipotermia dibuktikan dengan efek agen farmakologis (anestesi). Hal tersebut ditandai dengan efek pemberian anestesi yang masih ada. Dimana respon tubuh masih belum bisa mengontrol secara penuh. Dan didukung juga dengan kondisi suhu ruang yang rendah (Ruangan AC). Suhu 36,5⁰C.

Rasional : Diagnosis ini dapat diangkat melihat kondisi pasien dan kondisi suhu ruangan yang rendah. Dimana pasien kurang dalam mobilitas fisik, dikarenakan pasca prosedur tindakan operasi, serta efek anestesi yang masih ada. Sehingga dapat memicu terjadinya hipotermia. Dengan menetapkan masalah keperawatan risiko ini maka kewaspadaan perawat dalam memodifikasi lingkungan dapat terlaksana dengan baik, sehingga mencegah terjadinya hipotermia yang dapat mengganggu hemodinamik tubuh.

3.3.3 Intervensi Keperawatan Post Operatif

Tabel 3.8 Intervensi Keperawatan Post Operatif

No	Masalah	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi
1	Risiko Perdarahan d.d Tindakan Pembedahan D.0012 SDKI 2017	Setelah diberikan intervensi selama 1x1 jam setia pertemuan diharapkan Tingkat Perdarahan menurun	Tingkat Perdarahan L.02017 1. Kelembapan kulit meningkat; 2. Perdarahan pasca operasi menurun; 3. Hemoglobin membaik (11,0-16,0 g/dL); 4. Hematokrit membaik (37,0-54,0%).	Pencegahan Perdarahan 1.02067 1. Monitor tanda dan gejala perdarahan; 2. Batasi tindakan invasif; 3. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan; 4. Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan.
2	Risiko Hipotermia d.d Efek Agen Farmakologis D.0140 SDKI 2017	Setelah diberikan intervensi selama 1x1 jam setiap pertemuan diharapkan Risiko Hipotermia membaik	Termoregulasi L.14134 1. Menggigil menurun; 2. Takikardi menurun (60-100 x/menit); 3. Suhu kulit membaik (akral hangat).	Manajemen Hipotermia 1.14507 1. Monitor suhu tubuh (36-36,5°C); 2. Sediakan lingkungan yang hangat;\n3. Lakukan penghangatan pasif (selimut).

3.3.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Post Operatif

Tabel 3.9 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Post Operatif

Hari/Tgl	Masalah Keperawatan	Jam	Implementasi	Paraf	Evaluasi	Paraf
Selasa 04-05-2021 09.50 WIB	1,2	09.50	- TD 130/80mmHg	ADITYA	DX 1 (Risiko Perdarahan) S : - O : - Gerakan terbatas - Post Op Bipolar Hemiarthroplasty - Terpasang Drain di Femur dextra A : Masalah Belum Teratasi P : Intervensi dilanjutkan No. 1,2,3,4 DX 2 (Risiko Hipotermia) S : Mengatakan sedikit kedinginan O : - Efek agen farmakologis (anestesi) - Klien tampak menggigil - Suhu Tubuh 36°C - Suhu ruangan 17-20°C A : Masalah Belum Teratasi P : Intervensi dilanjutkan No. 1,2,3,4,5	ADITYA
	1,2	09.55	- N 90x/menit	ADITYA		
	1	10.00	- Memonitor dan menjelaskan tanda dan gejala perdarahan (Drainase Luka lebih banyak)	ADITYA		
	1	10.10	- Monitor nilai Hct 36,6% dan Hgb 11,6 g/dL	ADITYA		
	2	10.20	- Memonitor Suhu Tubuh 36°C	ADITYA		
	2	10.25	- Memonitor Suhu lingkungan rendah 17-20°C	ADITYA		
	2	10.30	- Memonitor tanda dan gejala akibat hipotermia (takipnea (-), menggigil (+), hipertensi (-), diuresis (-))	ADITYA		
	2	10.45	- Melakukan penghangatan pasif (memberikan selimut)	ADITYA		

BAB 4

PEMBAHASAN

Bab ini akan membahas asuhan keperawatan pada Ny. M dengan diagnosis medis *Fraktur Collum Femur* di Ruang OK Sentral RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang dilaksanakan tanggal 04 Mei 2021. Melalui pendekatan studi kasus untuk mendapatkan kesenjangan antara teori dan praktek di lapangan. Pembahasan terhadap proses asuhan keperawatan ini di mulai dari pengkajian, rumusan masalah, perencanaan asuhan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Penulis melakukan pengkajian pada Ny. M dengan melakukan anamnesa pada pasien dan melakukan pemeriksaan fisik serta mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang medis. Pembahasan dimulai dari :

4.1.1 Pengkajian Pre Operatif

1. Identitas

Data yang didapatkan, Ny.M berjenis kelamin perempuan, berusia 67 tahun, pekerjaan ibu rumah tangga. Pada faktor-faktor risiko dari *Fraktur Collum Femur* disebutkan bahwa kejadian sering diakibatkan oleh kecelakaan, akan tetapi fraktur juga bisa terjadi akibat faktor lain seperti proses degeneratif dan patologi (Noorisa et al., 2017). Insidensi fraktur ini meningkat seiring dengan usia dan merupakan fraktur paling sering pada usia lanjut terutama pada usia 70-80 tahun (Perwiraputra et al., 2017).

Faktor usia disebutkan pasien berusia 67 tahun. Peningkatan usia, massa tulang rendah, dan riwayat fraktur sebelumnya dapat berpengaruh terhadap kejadian fraktur, terutama tulang panggul (Taradita et al., 2018). Fraktur dapat disebabkan oleh keadaan

patologis selain dari faktor traumatik. Fraktur pada tulang lemah yang disebabkan oleh trauma minimal disebut dengan fraktur patologis. Penyebab tersering fraktur patologis pada femur proksimal adalah osteoporosis (Sagaran et al., 2018).

Data pengkajian yang ada dihubungkan dengan faktor-faktor risiko, pasien Ny. M mempunyai risiko yang aktual untuk mengalami *Fraktur Collum Femur*, kondisi ini bila tidak didukung oleh kondisi lingkungan sekitar yang sesuai dengan usia pasien (penerangan, kondisi lantai, keamanan) maka risiko kembali terjadi akan sangat mungkin terjadi.

2. Riwayat Sakit dan kesehatan

Keluhan utama, pasien mengeluh tidak bisa berjalan, kelemahan dan terasa nyeri pada kaki kanan. Hasil pada foto x-ray, neck femur mengalami deviasi (fraktur). Riwayat penyakit dahulu, pasien mengatakan menderita penyakit *diabetes mellitus* sejak 30 tahun lalu, riwayat hipertensi disangkal oleh pasien. Selama ini pasien mendapatkan terapi Novorapid 3 x 8 ui SC. Riwayat penyakit diabetes mellitus sejak lama, kondisi ini belum dapat dipastikan sebagai pemicu terjadinya fraktur, dikarenakan belum ada penelitian yang membahas tentang hal tersebut.

Fraktur panggul akibat kerapuhan atau fragility hip fractures yang termasuk di dalamnya fraktur trochanter dan juga fraktur leher femur merupakan akibat paling serius dari osteoporosis. Osteoporosis dikenal juga dengan sebutan “*silent thief*” atau “*silent disease*” yang seringkali tanpa gejala dan baru diketahui saat telah terjadi fraktur. (Taradita et al., 2018).

3. Primary Survey

Primary survey di dapatkan beberapa masalah yang bisa dipergunakan sebagai data dalam menegakkan diagnosis keperawatan yang aktual maupun yang masih Risiko. Adapun primary survey sebagai berikut :

a. *Airway (A)*

Hasil pengkajian pada Ny. M pada pemeriksaan *airway* didapatkan hasil pergerakan dada simetris, tidak ada tambahan suara napas, bentuk dada normochest, jalan napas paten.

b. *Breathing (B)*

Hasil pengkajian pada Ny. M pada pemeriksaan *breathing* didapatkan hasil napas spontan 16x/menit, tidak terdapat otot bantu napas, irama napas reguler, pola napas (eupnea), suara napas bronkovesikuler, tidak terdapat sesak napas, tidak terdapat batuk dan sputum, tidak terdapat pernapasan cuping hidung.

c. *Circulation (C)*

Hasil pengkajian pada Ny. M pada pemeriksaan *circulation* didapatkan hasil pemeriksaan irama jantung reguler, bunyi jantung S1/S2 tunggal, tidak terdapat odema, akral hangat, CRT <2 detik, SpO₂ 99%, tidak ada sianosis, tekanan darah 150/68 mmHg, nadi 112 x/menit. Terpasang infus NS 500cc.

d. *Disability (D)*

Hasil pengkajian pada Ny. M pada pemeriksaan disability didapatkan hasil pemeriksaan kesadaran Composmentis, GCS total 15 (E4V5M6), kekuatan otot $\frac{5}{1} \mid \frac{5}{1}$, emosi cemas, wajah tampak khawatir.

Kecemasan adalah keadaan emosional yang ditandai dengan ketakutan dan kepanikan disebabkan oleh prediksi peristiwa yang mengancam. Hal ini merangsang

sistem saraf simpatik, menyebabkan takikardia, tekanan darah tinggi, dan vasokonstriksi arteri (Khoram et al., 2020). Menurut asumsi peneliti bahwa ansietas terjadi karena kurangnya orientasi situasi dimana pasien merasa asing karena baru pertama kali serta belum sepenuhnya memahami kondisi yang digambarkan di awal dimana pasien membayangkan rasa nyeri yang muncul, setelah pembedahan, takut mati saat dilakukan tindakan operasi, serta ketakutan apabila operasi anak mengalami kegagalan, dengan kata lain belum merasakan secara langsung kejadian tersebut. Serta penulis tidak mengambil diagnosis nyeri dikarenakan pada saat pengkajian pasien sudah mendapatkan terapi anti nyeri inj. Santagesik 1x500cc, sehingga Ny. M sudah tidak merasakan nyeri.

4.1.2 Pengkajian Intra Operatif

1. Data Dasar Intra Operatif

Data yang didapatkan, pasien Ny. M masuk kamar OK-1 pada pukul 07.10 WIB, jenis pembiusan (anestesi) yang dilakukan SAB (*Sub Arachnoid Block*), klien diposisikan Lateral Dekubitus, terpasang O₂ Nasal 3 lpm, lokasi tusukan didisinfeksi dengan alkohol betadin 70%, lokasi tusukan L3-L4 LCS, induksi intratekal, needle anestesi yang digunakan nomor 26G, keluar cairan jernih (tanda tusukan tepat), obat anestesi yang diberikan Regivel 15mg, Ventanil 25 mcg, pemberian terapi selama anestesi, NS 500cc drip cefazoline 2g (07.20), inj. Dexamethasone 10 mg (08.40), inj. Ondansetron 4 mg (08.50), inj. Santagesik 2ml (09.10).

Kelengkapan operasi : Bedah struktur (Dokter bedah, perasat asisten, perawat instrumen, perawat sirkuler); tim anestesi (Dokter anestesi, perawat anestesi); Jenis anestesi SAB; Suhu kamar operasi 17-20°C; Kelembapan udara 60%; side marking

dilakukan di (femur dextra); Posisi operasi (Lateral dengan insisi femur dextra); tindakan operasi yang dilakukan (bipolar hemiarthroplasty), estimasi waktu operasi \pm 2 jam. Sign out : Jumlah 1 set instrumen basil ortho; instrumen 17; kassa 30; deppers 8; kassa besar 2; pisau 2; jarum 2 ukuran; prosedur operasi tidak ada masalah, saat operasi berlangsung klien mengeluh mual.

2. *Primary Survey Intra Operatif*

Primary survey intra operatif di dapatkan beberapa masalah yang bisa dipergunakan sebagai data dalam menegakkan diagnosis keperawatan yang aktual maupun yang masih Risiko. Adapun primary survey sebagai berikut :

a. *Airway (A)*

Hasil pengkajian pada Ny. M pada pemeriksaan *airway* didapatkan hasil pergerakan dada simetris, tidak ada tambahan suara napas, bentuk dada normochest, jalan napas paten.

b. *Breathing (B)*

Hasil pengkajian pada Ny. M pada pemeriksaan *breathing* didapatkan hasil napas spontan 19x/menit, tidak terdapat otot bantu napas, irama napas reguler, pola napas (eupnea), suara napas bronkovesikuler, tidak terdapat sesak napas, tidak terdapat batuk dan sputum, tidak terdapat pernapasan cuping hidung. Terpasang O₂ nasal 3 lpm.

c. *Circulation (C)*

Hasil pengkajian pada Ny. M pada pemeriksaan *circulation* didapatkan hasil pemeriksaan irama jantung reguler, bunyi jantung S1/S2 tunggal, tidak terdapat odema, akral dingin, CRT <2 detik, SpO₂ 99%, tidak ada sianosis, tekanan darah 172/86 mmHg, nadi 86 x/menit. Dilakukan pembedahan femur dan tindakan *bone*

cement dalam *Bipolar Hemiarthroplasty*. Input 1505cc (inf NS 1000cc, RL500cc, Terapi Obat 5cc), Output 1300cc (Urine 800cc; Darah 500c).

Bipolar Hemiarthroplasty (BHA) dan *Total Hip Arthroplasty* (THA) adalah metode penggantian patah tulang pinggul (Fahad et al., 2019). Sindrom Implantasi Semen Tulang (BCIS) adalah penyakit yang dapat menyebabkan komplikasi fatal akibat dari operasi ortopedi yang dimana dilakukan penyemenan untuk menekan tulang. Sindrom ini dapat terjadi pada operasi penggantian pinggul dan lutut total tetapi sering terjadi pada tindakan semen hemiarthroplasty. Hal ini ditandai dengan hipoksia, kehilangan tekanan nadi arteri secara tiba-tiba, hipertensi pulmonal, aritmia, kehilangan kesadaran, dan henti jantung (Dradjat et al., 2021).

Menurut asumsi penulis, tindakan *bipolar hemiarthroplasty* yang dilakukan kepada Ny. M tersebut sangat perlu diperhatikan dan perlu monitor tanda-tanda vital secara detail, karena jika kita melalaikan observasi tanda-tanda vital dapat berpotensi mengalami emboli yang dapat mengakibatkan syok. Dimana benda asing seperti *bone cement* yang dimasukkan kedalam tulang. Jika diabaikan prognosis akan bertambah buruk dan dapat menyebabkan kematian

d. *Disability* (D)

Hasil pengkajian pada Ny. M pada pemeriksaan disability didapatkan hasil pemeriksaan kesadaran Composmentis, GCS total 15 (E4V5M6), terdapat luka pembedahan pada area pelvis. Pasien mengalami kelemahan ekstremitas bawah dikarenakan efek anestesi SAB (*Sub Arachnoid Block*).

3. *Secondary Survey*

a. *Exposure (E)*

Hasil pengkajian pada Ny. M pada pemeriksaan exposure didapatkan hasil pemeriksaan pasien diselimuti dengan kain operasi agar kondisi badan tetap hangat, dan terhindar dari hipotermia. Suhu Tubuh 36°C. Disamping itu juga terdapat efek prosedur anestesi yang dapat mempengaruhi termoregulasi pasien. Suhu ruangan 17-20°C

4.1.3 Pengkajian Post operatif

1. **Data Dasar Post Operatif**

Data didapatkan, Tindakan operasi bipolar hemiarthroplasty pada Ny. M selesai dilakukan pada pukul 09.30 WIB dan Pasien keluar dari ruang OK-1 pukul 09.45 WIB menuju ruang RR (*Recovery Room*) untuk observasi lanjutan. Dimana di ruang RR pasien dikaji dengan *Bromage Score* (Skoring Anestesi SAB). Jika skor lebih dari 2 maka pasien belum dapat dipindah ke ruang perawatan, dan hasil yang didapatkan Ny. M mendapatkan skor 3, artinya Ny. M masih belum bisa dipindah ke ruang perawatan, dan tetap berada di ruang RR untuk monitoring kondisi.

2. **Primary Survey Post Operatif**

Primary survey post operatif di dapatkan beberapa masalah yang bisa dipergunakan sebagai data dalam menegakkan diagnosis keperawatan yang aktual maupun yang masih Risiko. Adapun primary survey sebagai berikut :

a. *Airway (A)*

Hasil pengkajian pada Ny. M pada pemeriksaan *airway* didapatkan hasil pergerakan dada simetris, tidak ada tambahan suara napas, bentuk dada normochest, jalan napas paten.

b. *Breathing* (B)

Hasil pengkajian pada Ny. M pada pemeriksaan *breathing* didapatkan hasil napas spontan 20x/menit, tidak terdapat otot bantu napas, irama napas reguler, pola napas (eupnea), suara napas bronkovesikuler, tidak terdapat sesak napas, tidak terdapat batuk dan sputum, tidak terdapat pernapasan cuping hidung. Terpasang O₂ nasal 3 lpm.

c. *Circulation* (C)

Hasil pengkajian pada Ny. M pada pemeriksaan *circulation* didapatkan hasil pemeriksaan irama jantung reguler, bunyi jantung S1/S2 tunggal, tidak terdapat odema, akral dingin, CRT <2 detik, SpO₂ 99%, tidak ada sianosis, tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 90 x/menit. HB 11,6 g/dL. Terdapat luka bedah di area pelvis. Terpasang drain lokasi femur dextra.

Analisis hemoglobin perlu dilakukan setelah operasi untuk pasien ortopedi dimana telah kehilangan volume darah yang signifikan selama operasi adalah bagian dari praktik medis yang baik. Hemoglobin pra dan post operatif yang rendah merupakan faktor yang mempengaruhi lama perawatan, risiko transfusi, morbiditas dan mortalitas. (Nagra et al., 2016). Penulis berasumsi, bahwa perlu memperhatikan *blood loss*, dimana itu akan berpengaruh terhadap hemodinamik pasien. Jika hal tersebut luput dari pengawasan kita, maka akan sangat beresiko terjadi syok hipovolemik.

d. *Disability* (D)

Hasil pengkajian pada Ny. M pada pemeriksaan disability didapatkan hasil pemeriksaan kesadaran Comosmentis, GCS total 15 (E4V5M6), terdapat luka pembedahan pada area pelvis dengan pembedahan *Fraktur Collum Femur* dextra.

Pasien mengalami kelemahan ekstremitas bawah, tidak dapat mengangkat kedua kaki dikarenakan efek anestesi SAB (*Sub Arachnoid Block*).

4. *Secondary Survey*

a. *Exposure (E)*

Hasil pengkajian pada Ny. M pada pemeriksaan exposure didapatkan hasil pemeriksaan pasien memakai selimut, dan terhindar dari hipotermia. Suhu ruangan cukup rendah 17-20°C dan masih terdapat efek anestesi SAB menyebabkan pasien masih merasakan kedinginan.

Hipotermia selama anestesi masalah fenomena umum pada periode perioperatif. Beberapa faktor berkontribusi terhadap perkembangan hipotermia perioperatif seperti penekanan autoregulasi termal karena anestesi umum dan paparan jangka panjang dari luka bedah ke suhu rendah ruang operasi (Yang et al., 2015). Induksi anestesi menurunkan produksi panas metabolik dan mengurangi respon termoregulasi fisiologis. Mayoritas anestesi mengubah kontrol suhu inti, menghambat respon termoregulasi terhadap dingin, seperti vasokonstriksi dan tremor otot (Mendonça et al., 2019).

Oleh karena itu, penulis berasumsi ketika Ny. M terpapar oleh suhu ruangan rendah 17-20°C serta kontrol tubuh terhadap penyesuaian termoregulasi yang belum normal akibat prosedur anestesi yang dilakukan maka dapat menyebabkan Risiko hipotermia. Maka jika tidak segera ditangani akan menyebabkan pasien mengalami penurunan kesadaran. Dan itu salah satu mengapa penulis mengambil diagnosis risiko hipotermia pada post operatif, karena kegawatan bisa muncul bersamaan dengan risiko perdarahan.

4.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan pada Ny. M dengan diagnosis medis *Fraktur Collum Femur* disesuaikan dengan diagnosis keperawatan menurut (PPNI, 2017) :

4.2.1 Diagnosis Pre Operatif

1. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional D.0080 Hal 180

Data pengkajian yang didapatkan dari diagnosis tersebut adalah pasien wajah gelisah dan tegang, tekanan darah 150/68 mmHg; Nadi 112 x/menit. Kesadaran composmentis, GCS E4M5V6.

Kecemasan adalah keadaan emosional yang ditandai dengan ketakutan dan kepanikan disebabkan oleh prediksi peristiwa yang mengancam. Hal ini merangsang sistem saraf simpatik, menyebabkan takikardia, tekanan darah tinggi, dan vasokonstriksi arteri (Khoram et al., 2020).

Ansietas adalah kondisi emosi dan pengalaman subjektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman (PPNI, 2017).

Menurut asumsi penulis bahwa Ny. M mengalami masalah ansietas seperti data yang telah didapatkan bahwa pasien tampak sulit berkonsentrasi, wajah tampak gelisah dan tampak tegang. Tekanan darah 150/68 mmHg, Nadi 112 x/menit, jika hal ini tidak diatasi maka akan berdampak kepada proses jalannya operasi, dimana sebelum operasi tekanan darah harus dalam batas normal, jika terus dipaksakan maka akan berdampak pada respon hemodinamik tubuh. Disamping itu penyebab munculnya ansietas pada pasien adalah kurangnya orientasi ruangan dimana pasien masih asing dengan situasi yang belum di kenal, disisi lain pasien sudah membayangkan prosedur yang menakutkan dari operasi, dan takut gagal akan operasi yang dijalani.

4.2.2 Diagnosis Intra Operatif

1. Risiko Syok dibuktikan dengan tindakan *bone cement* D.0039 Hal 92

Data pengkajian yang didapatkan dari diagnosis tersebut adalah terdapat pembedahan *Fraktur Collum Femur* prosedur yang digunakan adalah *bipolar hemiarthroplasty*, pemasangan *neck femur* di fiksasi oleh *bone cement*. Tekanan darah 172/86 mmHg, Nadi 86 x/menit. SpO₂ 99%. O₂ Nasal 3 lpm.

Syok adalah kondisi ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa (PPNI, 2017). Dibutuhkan data tekanan darah, denyut jantung, dan saturasi oksigen arteri diperoleh pada empat kesempatan 1) segera dilakukan sebelum induksi anestesi, 2) setiap 5 menit selama 10-15 menit sebelum implantasi semen tulang, 3) setiap 5 menit, untuk jangka waktu kurang lebih 15 menit setelah implantasi semen tulang, dan 4) saat tiba di unit pemulihan post anestesi. Tekanan Arteri Sistolik (SAP) terendah yang tercatat dalam waktu 15 menit setelah sementasi digunakan untuk menilai tingkat keparahan BCIS (*Bone Cemented Implantation Syndrome*) (Olsen et al., 2014). Ketika *polimetil metakrilat* (PPMA) bocor ke sirkulasi vena di sekitarnya, komplikasi serius dapat terjadi, termasuk embolisasi semen ke dalam sistem vena (Schummer et al., 2014).

Penulis berasumsi, bahwa Ny. M memiliki masalah risiko syok seperti data yang ditunjukkan bahwa pasien dilakukan tindakan *bone cement* dalam tindakan *bipolar hemiarthroplasty*. Hal ini akan menjadi masalah besar jika kurangnya ketelitian dalam melakukan tindakan, khususnya monitor tekanan darah, itu dapat menjadi indikator acuan kita pasien mengalami syok atau tidak. Pada pelaksanaannya tekanan darah dinaikkan, tercatat 170/86mmHg. Ketika darah naik, estimasi untuk terjadinya syok minimal. Karena jika tidak dinaikkan, maka tekanan darah akan turun diakibatkan

adanya benda asing yang masuk kedalam pembuluh darah vena, dimana syok dapat terjadi.

2. Risiko Hipovolemia dibuktikan dengan kehilangan cairan secara aktif D.0034
Hal 85

Data pengkajian yang didapatkan dari diagnosis tersebut adalah ditandai dengan adanya luka terbuka dibagian pelvis *dextra*, ada pengeluaran cairan aktif saat pembedahan, mengingat area pelvis terdapat arteri femoralis yang dapat menyebabkan perdarahan yang besar. Akral dingin, HB 11,6 g/dL. Input 1500cc (inf NS 100cc; RL 500cc), Output 1300cc (Urine 800cc; Darah 500c).

Hipovolemia merupakan penurunan volume cairan intravaskular, interstitial, dan/atau intraselular (PPNI, 2017). Hipovolemia adalah suatu kondisi akibat kekurangan volume cairan ekstraseluler (CES), dan dapat terjadi karena kehilangan cairan melalui kulit, ginjal, gastrointestinal, perdarahan, sehingga dapat menimbulkan syok hipovolemia (Tarwoto & Watonah, 2014). Tanda dan gejala hipovolemia : nadi terapa lemah, tekanan darah menurun, turgor kulit menurun (PPNI, 2017). Manifestasi klinik dari syok adalah hipotensi, pucat, berkeringat dingin, sianosis, kencing berkurang, oligouria, gangguan kesadaran, sesak nafas (Fitria, 2010).

Menurut asumsi penulis bahwa Ny. M memiliki Risiko hipovolemia seperti data yang ditunjukkan bahwa pasien mengalami kehilangan cairan secara aktif, dibuktikan dengan pembedahan area pelvis, dimana terdapat arteri femoralis yang bisa berpotensi terjadinya perdarahan cukup masif. Perdarahan yang terjadi selama tindakan perioperatif sebanyak 500cc, dengan keluaran urine sebanyak 800cc warna kuning jernih. Hipovolemia dapat dipantau dengan memonitor nilai Hb, pada saat sebelum

dan sesudah operasi, karena ketika terdapat perbedaan yang signifikan terhadap nilai Hb, maka patut dicurigai pasien mengalami hipovolemia.

4.2.3 Diagnosis Post Operatif

1. Risiko Perdarahan dibuktikan dengan tindakan pembedahan D.0012 Hal. 41

Data pengkajian yang didapatkan dari diagnosis tersebut adalah ditandai dengan Ditandai adanya luka post operasi *Fraktur Collum Femur*. Serta terpasang drain di area pelvis. HB 11,6 g/dL.

Risiko perdarahan akan mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi di dalam tubuh), maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh) (PPNI, 2017). Nilai hemoglobin selama periode perioperatif dapat digunakan sebagai ukuran kehilangan volume darah. Analisis hemoglobin pasca operasi untuk pasien bedah ortopedi diperkirakan telah kehilangan darah yang signifikan selama operasi merupakan bagian dari medikasi yang baik (Nagra et al., 2016).

Berdasarkan analisa penulis penyebab perdarahan pada pasca bedah fraktur collum femur terjadi karena terdapat luka bedah di area pelvis dimana terdapat persendian yang aktif, dimana juga terdapat arteri femoralis dapat menyebabkan perdarahan yang masif, diketahui bahwa Ny. M memiliki risiko perdarahan seperti data yang ditunjukkan bahwa nilai Hb menjadi acuan dalam melihat *blood loss* yang terjadi, kita harus memastikan nilai Hb dalam batas normal.(11,0-16,0 g/dL). Dimana jika hal ini tidak dapat diperhatikan maka akan dapat menyebabkan syok hipovolemik. Hal ini juga bisa di monitor melalui drain yang terpasang pada pasien.

2. Risiko Hipotermia dibuktikan dengan efek agen farmakologis (anestesi) D.0140 Hal. 302

Data pengkajian yang didapatkan dari diagnosis tersebut adalah ditandai dengan efek pemberian anestesi yang masih ada. Dimana respon tubuh masih belum bisa mengontrol secara penuh. Dan didukung juga dengan kondisi suhu ruang yang rendah (Ruangan AC) 17-20°C.

Hipotermia adalah suhu berada dibawah rentang normal tubuh (PPNI, 2017). Hipotermia selama anestesi adalah fenomena umum pada periode perioperatif. Beberapa faktor berkontribusi terhadap perkembangan hipotermia perioperatif seperti penekanan autoregulasi termo karena anestesi umum dan paparan jangka panjang dari luka bedah ke suhu rendah ruang operasi (Yang et al., 2015). Induksi anestesi menurunkan produksi panas metabolik dan mengurangi respon termoregulasi fisiologis. Mayoritas anestesi mengubah kontrol suhu inti, menghambat respon termoregulasi terhadap dingin, seperti vasokonstriksi dan tremor otot (Mendonça et al., 2019).

Berdasarkan data diatas, penulis berasumsi bahwa Ny. M memiliki risiko hipotermia dimana pasien masih dipengaruhi oleh efek anestesi, dimana anestesi mempengaruhi sistem persyarafan dengan cara melemahkan sementara syaraf tersebut. Disamping itu kondisi suhu ruangan yang rendah tercatat 17-20°C dan suhu tubuh 36°C yang mana dapat mengurangi respon termoregulasi fisiologis tubuh. Dimana jika tubuh mengalami kegagalan termoregulasi dapat mengakibatkan suhu tubuh berada dibawah rentang normal, jika dibiarkan terus menerus dapat menyebabkan penurunan kesadaran hingga kematian.

4.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada Ny.M dengan diagnosis medis *Fraktur Collum Femur* disesuaikan menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) (PPNI, 2018). Serta Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) (PPNI, 2019).

4.3.1 Intervensi Pre operatif

1. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

Tujuan Keperawatan : Setelah diberikan intervensi selama 1x1 jam diharapkan Ansietas menurun, dengan Kriteria hasil : Luaran Utama (Tingkat Ansietas L.0909) : Verbalisasi kebingungan menurun; verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun; perilaku gelisah menurun; perilaku tegang menurun; konsentrasi membaik.

Rencana keperawatan : Intervensi Utama (Reduksi Ansietas 1.09314) : 1) Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal); 2) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan; 3) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan; 4) Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang dialami; 5) Latih teknik relaksasi (napas dalam).

Intervensi yang dapat dilakukan pada masalah ansietas yaitu dengan monitor tanda ansietas berupa wajah tegang, reflek ketakutan, serta gelisah. Suasana terapeutik diperlukan dalam menumbuhkan kepercayaan dan mengurangi rasa takut yang berlebihan, dengan cara menjelaskan prosedur yang akan dilakukan serta menceritakan sensasi yang terjadi sesuai operasi yang dilakukan, terutama efek anestesi yang dapat meringankan rasa sakit yang dialami. Dan dapat melatih napas dalam untuk membuat klien lebih rileks dan tenang sebelum prosedur operasi dilakukan.

Tubuh manusia berespon terhadap kecemasan dan kejadian yang merangsang pikiran dan ketegangan otot (M. Widyastuti et al., 2020). Relaksasi adalah salah satu

teknik dalam terapi perilaku yang dikembangkan dapat mengurangi ketegangan dan kecemasan. Sebagaimana dikemukakan oleh Powel dan Enright (1990), pelatihan relaksasi adalah suatu ketrampilan, mempelajari suatu respons, yang mana klien dapat menggunakan untuk menyerang pengalaman stress dan rasa cemas. Dengan raktek seseorang dapat menjadi pi mengenali dan memadamkan tegangan di dalam diri untuk diri mereka tanpa menggunakan obat (Hayat, 2017). Metode pengendalian kecemasan meliputi pendekatan farmakologis dan non-farmakologis. Umumnya, metode ini diterima sebagai metode pengobatan yang aman, murah, dan non-invasif dengan sedikit atau tanpa efek samping. Pengobatan komplementer dan pengobatan alternatif merupakan pengobatan non-farmakologis untuk mengendalikan kecemasan (Khoram et al., 2020).

4.3.2 Intervensi Intra Operatif

1. Risiko Syok dibuktikan dengan tindakan *bone cement*

Tujuan Keperawatan : Setelah diberikan intervensi selama 1x1 jam setiap pertemuan diharapkan Risiko Syok menurun, dengan Kriteria hasil : Luaran Utama (Tingkat Syok L.03032) : Tingkat kesadaran meningkat (GCS 456); Akral dingin menurun; Tekanan darah sistolik membaik (110-120 mmHg); Tekanan darah diastolik membaik (60-80 mmHg).

Rencana Keperawatan : Intervensi Utama (Pencegahan Syok 1.2068) : 1) Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, TD, MAP); 2) Monitor status cairan (intake dan output); 3) Pasang IV line; 4) Pasang kateter urine untuk menilai produksi urine, 5) Berikan hasil kolaborasi inf NS 500cc, drip cefazoline 2gr, Inj Dexametasone 10mg, Inj Ondansetron 4mg, Inj Santagesik 2mg jalur IV.

Intervensi yang dapat dilakukan pada masalah keperawatan Risiko Syok yaitu monitor Tekanan darah, nadi, frekuensi napas. Memonitor dan menghitung balance cairan dengan cara dokumentasi cairan yang masuk seperti IV line, kolaborasi hasil terapi obat, dan cairan keluar seperti darah dan urine.

Penanganan syok dengan segera pasang infus intravena. Bisa lebih dari satu infus. Pantau nadi, tekanan darah, warna kulit, isi vena, produksi urin, dan (CVP) (Fitria, 2010). Pemberian cairan resusitasi diperlukan untuk meningkatkan volume intravaskular dan merupakan intervensi yang penting dan paling sering digunakan pada syok. Tatalaksana yang cepat dapat memberikan perbaikan yang signifikan, sebaliknya keterlambatan dapat meningkatkan mortalitas (Amuntiarini et al., 2015).

2. Risiko Hipovolemia dibuktikan dengan kehilangan cairan secara aktif

Tujuan Keperawatan : Setelah diberikan intervensi selama 1x1 jam diharapkan Risiko Hipovolemia membaik, dengan Kriteria Hasil : Luaran Utama (Status Cairan L.03028) : Turgor kulit meningkat; Output urine cukup menurun; Frekuensi nadi membaik (60-100 x/menit); Tekanan darah membaik (110-120 mmHg); Kadar Hb membaik (11-16 mg/dL).

Rencana Keperawatan : Intervensi Utama (Pemantauan Cairan 1.03121) : 1) Monitor tekanan darah; 2) Monitor jumlah, warna urine; 3) Monitor intake dan output cairan; 4) Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien; 5) Dokumentasikan hasil pemantauan.

Intervensi yang dapat dilakukan pada masalah keperawatan dengan risiko hipovolemia yaitu monitor tekanan darah dalam batas normal, balance cairan dengan mengukur cairan masuk (IV line, terapi obat) dan juga cairan keluar (darah, urine).

Serta atur interval waktu dokumentasi sesuai kondisi pasien, seperti tanda dan gejala sehingga kita dapat mengantisipasi terjadinya syok.

Syok hipovolemik terjadi ketika penurunan volume sirkulasi yang cukup besar sehingga mekanisme fisiologis tidak dapat mengkompensasi untuk mempertahankan aliran jaringan yang dapat menyebabkan hipoperfusi kronis. Syok hipovolemik dapat ditunjukkan oleh takikardia, penghentian perifer, selanjutnya dapat terjadi hipotensi (Solomon et al., 2010). Tanda dan gejala syok hipovolemik harus dimonitor oleh perawat secara berkala. Sebagai perawat, harus mengenal dan mempunyai kemampuan atau kecakapan untuk menangani kondisi ini, di setiap tempat/ruangan. Perawat harus memberikan intervensi yang tepat atau manajemen kegawatdaruratan untuk mengobati syok hipovolemik (Lupy et al., 2014).

4.3.3 Intervensi Post Operatif

1. Risiko Perdarahan dibuktikan dengan tindakan pembedahan

Tujuan Keperawatan : Setelah diberikan intervensi selama 1x1 jam setiap pertemuan diharapkan Risiko Perdarahan menurun, dengan Kriteria Hasil : Luaran Utama (Tingkat Perdarahan L.02017) : Kelembapan kulit meningkat; Perdarahan pasca operasi menurun; Hemoglobin membaik (11,0-16,0 g/dL); Hematokrit membaik (37,0-54,0%).

Rencana Keperawatan : Intervensi Utama (Pencegahan Perdarahan 1.02067) : 1) Monitor tanda dan gejala perdarahan; 2) Batasi tindakan invasif; 3) Jelaskan tanda dan gejala perdarahan; 4) Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan.

Intervensi yang dapat dilakukan pada masalah keperawatan Risiko Perdarahan yaitu Monitor tanda dan gejala perdarahan yang ada pada pasien, dimana menjadi acuan penatalaksanaan perdarahan. Membatasi tindakan yang dapat memperparah

kondisi luka, seperti luka post op fraktur dimana pergerakan dibatasi hingga kondisi luka membaik. Dan juga pasien diharapkan melapor jika terjadi perdarahan, seperti adanya luka yang merembes dari balutan, atau darah yang keluar lebih banyak, disertai dengan kondisi lemas, pucat.

Ketersediaan produk darah merupakan hal yang penting. Berkurangnya kemampuan mengangkut oksigen akan mempersulit manajemen syok hemoragik sehingga menyebabkan iskemia jaringan walaupun dengan cardiac output yang tinggi. Perlu diingat bahwa hemodilusi harus dihindari pada awal terjadinya syok hemoragik, baik untuk cadangan hematokrit maupun untuk hemostasis (Posangi, 2013). Trauma dan cedera mencakup 38% dari beban operasi, yang banyak terjadi pada pasien-pasien usia muda dengan angka kematian yang tinggi. Penyebab kematian pada trauma pada umumnya adalah akibat dari perdarahan yang tidak terkontrol dan berakibat terjadinya gangguan koagulasi (Supandji et al., 2015).

2. Risiko Hipotermia dibuktikan dengan efek agen farmakologis

Tujuan Keperawatan : Setelah diberikan intervensi selama 1x1 jam setiap pertemuan diharapkan Risiko Hipotermia menurun, dengan Kriteria Hasil : Luaran Utama (Termoregulasi L.14134) : Menggigil menurun; Takikardi menurun (60-100 x/menit); Suhu kulit membaik (akral hangat).

Rencana Keperawatan :Intervensi Utama (Manajemen Hipotermia 1.14507) : 1) Monitor suhu tubuh (36-36,5°C; 2) Sediakan lingkungan yang hangat; 3) lakukan penghangatan pasif (selimut).

Intervensi yang dapat dilakukan pada masalah keperawatan Risiko Hipotermia yaitu Monitor suhu tubuh dalam batas normal, dimana suhu tubuh dibawah rentang normal dapat mempengaruhi termoregulasi tubuh. Lingkungan yang hangat juga

diperlukan dalam mendukung manajemen hipotermia, akan tetapi didalam ruang perioperatif, hal yang memungkinkan adalah melakukan penghangatan pasif dengan menggunakan kain operasi dan selimut yang tebal.

Pencegahan hipotermi pasca bedah perlu dilakukan untuk menghindari dampak yang ditimbulkannya kejadian hipotermi akan mengaktifkan mekanisme menggigil sehingga meningkatkan metabolisme, aktivitas ototdiatas tingkat normal untuk memproduksi panas, juga meningkatkan 2-3 kali lipat konsumsi oksigen dan produksi CO₂. Hal tersebut dapat menyebabkan hipoksia dan hiperkapnea, peningkatan curah jantung, denyut nadi dan tekanan darah, penurunan saturasi oksigen darah, asidosis karena metabolisme anaerobic dari otot yang kekurangan oksigen dan ketidaknyamanan pasien (Suswita, 2019). Hipotermi sangat berbahaya karena dapat berkembang dengan cepat. Jika tidak diobati, dapat menyebabkan syok dan berakibat fatal. Selain itu paparan suhu yang dingin juga mengakibatkan kematian karena dapat memperburuk kondisi kronis yang sudah ada sebelumnya (seperti penyakit kardiovaskular dan penyakit pernapasan) dan mereka yang menjalani pengobatan lebih rentan terhadap efek dingin (Mulyo et al., 2020).

4.4 Implementasi

Implementasi merupakan tahap proses keperawatan sebagai perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan dilakukan secara terorganisir dan terintegrasi. Hal ini disesuaikan dengan keadaan yang sebenarnya.

4.4.1 Implementasi Pre Operatif

1. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

Data pengkajian yang didapatkan dari diagnosis tersebut adalah pasien wajah gelisah dan tegang, tekanan darah 150/68 mmHg; Nadi 112 x/menit. Kesadaran composmentis, GCS E4M5V6.

Berdasarkan target pelaksanaan maka penulis melakukan beberapa tindakan keperawatan yaitu : Intervensi Utama : 1) Memonitor tanda-tanda ansietas (pasien mengatakan sedikit cemas, wajah tampak bingung dan tegang); 2) Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan; 3) Memotivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan; 4) Menjelaskan prosedur tindakan operasi *Fraktur Collum Femur*, termasuk sensasi yang dialami; 5) Melatih teknik relaksasi (napas dalam).

Teknik relaksasi terdiri atas nafas abdomen dengan frekuensi lambat, berirama. Pasien dapat memejamkan matanya dan bernafas dengan perlahan dan nyaman (Aini & Reskita, 2018). Dengan mengatur pola napas, akan menemukan celah untuk keluar dari keadaan paling menyesakkan sekalipun. Ruang hidup makin luas dan semangat hidup pun bertambah. Logikanya, saat stres, tegang, atau emosi labil, pernapasan menjadi buruk, pendek, dan tersengal-sengal. Asupan oksigen ke paru-paru tidak kuat sehingga mempengaruhi kadar oksigen dalam darah. Akibatnya, sel-sel tubuh, termasuk sel-sel otak, kekurangan oksigen. Kekurangan oksigen di sel-sel otak akan mengacaukan aktivitas tubuh dan emosi (Hayat, 2017).

Menurut asumsi penulis, Ny.M mengalami ansietas disebabkan oleh orientasi ruangan belum sepenuhnya dilakukan, karena keterbatasan gerak, maka jika pasien masih mengalami ansietas intervensi yang tepat adalah dengan melatih teknik napas

dalam, dimana saat menarik napas dalam, oksigen yang masuk kedalam tubuh akan bertambah sehingga oksigen dalam darah akan optimal, dan merangsang otak menjadi lebih tenang, dan juga mengontrol denyut jantung menjadi lebih stabil. Dengan stabilnya denyut jantung akan membuat tekanan darah dalam batas normal. Disamping itu dengan menjelaskan tentang prosedur atau tindakan yang akan dilakukan kepada klien, serta memberikan gambaran tentang respon dan sensasi saat dilakukan tindakan operasi, sehingga pasien bisa membayangkan bahwa prosedur operasi tidak seperti yang klien pikirkan sebelumnya. Setelah diberikan penjelasan tentang prosedur operasi pasien cukup paham dan bisa membayangkan sensasi yang dialami, akan tetapi pasien masih terlihat sedikit khawatir, karena belum mengalami langsung, begitu juga dengan latihan napas dalam yang telah diajarkan, pasien bisa melakukan sendiri, dan wajah tegang pun tampak menurun, dan terlihat sedikit lebih tenang, oleh karena itu pasien tetap disarankan melakukan napas dalam dan berdoa. Dengan itu kita bisa memantau kondisi psikologis pasien dengan lebih baik.

4.4.2 Implementasi Intra Operatif

1. Risiko Syok dibuktikan dengan tindakan *bone cement*

Data pengkajian yang didapatkan dari diagnosis tersebut adalah terdapat pembedahan *Fraktur Collum Femur* prosedur yang digunakan adalah *bipolar hemiarthroplasty*, pemasangan *neck femur* di fiksasi oleh *bone cement*. Tekanan darah 172/86 mmHg, Nadi 86 x/menit. SpO₂ 99%. O₂ Nasal 3 lpm.

Berdasarkan target pelaksanaan maka penulis melakukan beberapa tindakan keperawatan yaitu : Intervensi Utama : 1) Memonitor status kardiopulmonal (TD 172/86 mmHg, Nadi 86 x/menit); 2) Memonitor status cairan (Input 1505cc (inf NS 100cc; RL 500cc, Terapi Obat 5cc), Output 1300cc (Urine 800cc; Darah 500cc)); 3)

Memasang IV line tangan kanan dan kiri inf NS 500cc; 4) Memasang kateter urine untuk menilai produksi urine; 5) Memberikan hasil kolaborasi IV inf NS 500cc, drip cefazoline 2gr, Inj Dexametasone 10mg, Inj Ondansetron 4mg, Inj Santagesik 2mg.

Kejadian BCIS (*Bone Cemented Implatation Syndrome*) dan faktor Risikonya serta dampaknya pada kematian dini dan lanjut pada populasi besar pasien yang menjalani *hemiarthroplasty* semen untuk patah tulang pinggul (Olsen et al., 2014). Meskipun tidak sepenuhnya dipahami, patofisiologi BCIS diantaranya anafilaksis, embolisasi paru, aktivasi komplemen dan pelepasan histamin, kombinasi untuk meningkatkan resistensi pembuluh darah paru, dan kemungkinan ketidaksesuaian ventilasi atau perfusi disebabkan oleh hipoksia akut, gagal ventrikel kanan, dan syok kardiogenik (Dradjat et al., 2021).

Dari data diatas penulis dapat berasumsi bahwa tindakan Bipolar Hemiarthroplasty pada Ny. M dengan metode *bone cement* berisiko besar terhadap sistem organ tubuh manusia, dimana jika terjadi kebocoran dapat mengakibatkan emboli pada peredaran darah yang bisa berdampak syok kardiogenik. Ini terjadi karena benda asing yang masuk menghambat peredaran darah menuju jantung, sehingga mengganggu kerja jantung dalam memompa darah keseluruh tubuh. Hal ini bisa diantisipasi dengan menaikkan tekanan darah sebelum tindakan bone cement dilakukan. Dalam kasus ini tekanan darah Ny. M dinaikkan menjadi 170/86 mmHg karena *bone cement* dapat menurunkan tekanan darah, dengan estimasi, ketika terjadi syok tekanan darah masih dalam batas normal, berbeda jika tekanan darah tidak dinaikkan, maka dapat berisiko besar tekanan darah dibawah rentang normal (Hipotensi). Jika terlambat dalam penanganan pasien bisa mengalami kegagalan sistem hemodinamik, dan dapat menurunkan kesadaran hingga menyebabkan

kematian. Hal tersebut tidak diinginkan karena dalam tindakan di ruang perioperatif diharamkan untuk pasien meninggal di meja operasi. Saat berjalannya operasi pasien diajak bicara, dan merespon apa yang ditanyakan kepada klien, hal ini bertujuan untuk menjaga kesadaran dan memastikan keadaan umum klien baik, sehingga tindakan operasi dapat dilanjutkan.

2. Risiko Hipovolemi dibuktikan dengan kehilangan cairan secara aktif

Data pengkajian yang didapatkan dari diagnosis tersebut adalah ditandai dengan adanya luka terbuka dibagian pelvis *dextra*, ada pengeluaran cairan aktif saat pembedahan, mengingat area pelvis terdapat arteri femoralis yang dapat menyebabkan perdarahan yang besar. Akral dingin, HB 11,6 g/dL. Input 1505cc (inf NS 100cc; PO 500cc, terapi obat 5cc), Output 1331cc (Urine 800cc; Darah 500cc, IWL 31cc).

Berdasarkan target pelaksanaan maka penulis melakukan beberapa tindakan keperawatan yaitu : Intervensi Utama : 1) Memonitor tekanan darah (172/86 mmHg); 2) Memonitor urine (jumlah 800cc, warna kuning jernih); 3) Memonitor (intake 1505cc dan output 1331cc); 4) Mengatur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien; 5) Mendokumentasikan hasil pemantauan.

Cairan intravena seperti larutan isotonik kristaloid merupakan pilihan pertama dalam melakukan resusitasi cairan untuk mengembalikan volume intravaskuler, volume interstitial, dan intra sel. Cairan plasma atau pengganti plasma berguna untuk meningkatkan tekanan onkotik intravaskuler (Fitria, 2010). Pemberian cairan kristaloid sekitar 5 kali lipat perkiraan volume darah yang hilang dalam waktu satu jam, karena distribusi cairan koloid lebih cepat berpindah dari intravaskuler ke ruang intersisial. Jika tidak terjadi perbaikan hemodinamik maka pilihannya adalah dengan pemberian koloid, dan dipersiapkan pemberian darah segera (Hardisman, 2013).

Dari data diatas penulis dapat berasumsi komponen terbesar dalam tubuh berupa cairan maka jika kekurangan cairan tubuh akan mengalami dehidrasi. Jika hal tersebut tidak diantisipasi dapat mengakibatkan kegagalan kerja organ, baik itu sel yang ada di dalam tubuh kita. Secara patofisiologi syok merupakan gangguan sirkulasi yang diartikan sebagai kondisi tidak adekuatnya transport oksigen ke jaringan atau perfusi yang diakibatkan oleh gangguan hemodinamik. Gangguan hemodinamik tersebut dapat berupa penurunan tahanan vaskuler sitemik terutama di arteri, berkurangnya darah balik, penurunan pengisian ventrikel dan sangat kecilnya curah jantung. Dengan demikian syok dapat terjadi oleh berbagai macam sebab dan dengan melalui berbagai proses. Oleh karena itu intervensi yang dapat dilakukan dalam pencegahan hipovolemi adalah dengan memonitor tekanan darah dan intake dan output.

4.4.3 Implementasi Post Operatif

1. Risiko Perdarahan dibuktikan dengan tindakan pembedahan

Data pengkajian yang didapatkan dari diagnosis tersebut adalah ditandai dengan Ditandai adanya luka post operasi *Fraktur Collum Femur*. Serta terpasang drain di area pelvis. HB 11,6 g/dL.

Berdasarkan target pelaksanaan maka penulis melakukan beberapa tindakan keperawatan yaitu : Intervensi Utama : 1) Memonitor tanda dan gejala perdarahan (Nilai Hb 11,6 g/dL, HCT 36,6%); 2) Membatasi tindakan invasif (minimalisir pergerakan); 3) Menjelaskan tanda dan gejala perdarahan; 4) Menganjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan.

Komplikasi yang timbul akibat fraktur antara lain perdarahan, cedera organ dalam, infeksi luka, emboli lemak dan sindroma pernafasan. Banyaknya komplikasi yang ditimbulkan contohnya diakibatkan oleh tulang femur adalah tulang terpanjang,

terkuat, dan tulang paling berat pada tubuh manusia dimana berfungsi sebagai penopang tubuh manusia. Selain itu pada daerah tersebut terdapat pembuluh darah besar sehingga apabila terjadi cedera pada femur akan berakibat fatal (Andri et al., 2020). Reposisi dilakukan secara non-operatif diikuti dengan pemasangan fiksator tulang secara operatif, misalnya reposisi patah tulang pada fraktur kolum femur. Fragmen direposisi secara non-operatif dengan meja traksi, setelah tereposisi, dilakukan pemasangan prosthesis secara operatif pada kolum femur (Mahartha et al., 2017). Sirkulasi dinilai dengan mencari perdarahan eksternal dan tanda-tanda syok yang terlihat seperti pucat, CRT > 2 detik dan penurunan tingkat kesadaran (Solomon et al., 2010).

Berdasarkan uraian tersebut penulis berasumsi bahwa perdarahan yang tidak diatasi dengan baik dan berlangsung lama maka tubuh akan kehilangan banyak cairan, begitu juga dengan pasokan darah ke jantung, jika jantung tidak mendapatkan pasokan darah yang baik, secara bertahap jantung mengalami disfungsi. Jika jantung mengalami disfungsi maka darah tidak bisa dipompa keseluruh tubuh, menyebabkan tekanan darah rendah dibawah rentang normal, sel-sel pun kekurangan pasokan oksigen yang diangkut darah, dimana akan dapat membuat penurunan kesadaran. Tercatat pasien terpasang drain, dimana drain dapat menjadi salah satu indikator tanda dan gejala perdarahan. Dan Nilai Hb sangat penting untuk diperhatikan setelah tindakan perioperatif yang telah dilakukan klien, agar dapat mengurangi risiko perdarahan yang timbul. Nilai Hb pasien 11,6 g/dL. Pasien setelah diberi penjelasan tentang tanda dan gejala perdarahan cukup memahami, dan dapat mrespon baik apa yang disampaikan, serta melaporkan jika menemukan tanda gejala perdarahan tersebut.

2. Risiko Hipotermia dibuktikan dengan efek agen farmakologis

Data pengkajian yang didapatkan dari diagnosis tersebut adalah ditandai dengan efek pemberian anestesi yang masih ada. Dimana respon tubuh masih belum bisa mengontrol secara penuh. Dan didukung juga dengan kondisi suhu ruang yang rendah (Ruangan AC) 17-20°C.

Berdasarkan target pelaksanaan maka penulis melakukan beberapa tindakan keperawatan yaitu : Intervensi Utama : 1) Memonitor suhu tubuh (36-36,5°C; 2) Menyediakan lingkungan yang hangat; 3) Melakukan penghangatan pasif (selimut).

Perawatan post pembedahan secara dini perlu dilakukan oleh perawat untuk mencegah terjadinya masalah lebih lanjut seperti hipotermi, hipotermi merupakan keadaan suhu tubuh berada dibawah batas normal fisiologis, yaitu 36,6°C– 37,5°C (Mulyo et al., 2020). Paparan pasien terhadap suhu rendah di ruang operasi adalah faktor utama yang mendorong penegakan hipotermia perioperatif. Hipotermia ringan dapat mengakibatkan efek yang tidak menguntungkan, sangat penting bagi penata anestesi untuk secara aktif berperan dalam mekanisme hipotermia untuk mencegah efek buruk dari hipotermia (Mendonça et al., 2019). Pentingnya pemantauan suhu selama operasi sering diabaikan. Terjadinya hipotermia ruang operasi pada pasien dibawah anestesi umum hampir tidak diketahui. Faktor risiko yang signifikan dari hipotermia adalah usia lanjut, ruang operasi aliran udara laminar dan ruang operasi umum (Yang et al., 2015). Salah satu intervensi yang dapat dilakukan untuk mengatasi hipotermi ialah pemberian selimut aluminium foil pada pasien-pasien post operasi untuk mengatasi hipotermi (Mulyo et al., 2020).

Menurut asumsi peneliti hal yang paling tepat dalam penanganan pasien dengan risiko hipotermia adalah melakukan penghangatan pasif dengan memberi selimut

tebal, serta menyediakan lingkungan yang hangat. Hal ini juga dapat mencegah agar prognosis hipotermia bertambah buruk, karena jika hipotermia tidak ditangani dengan tepat dapat menyebabkan suhu tubuh dibawah rentang normal, yang mengakibatkan kegagalan termoregulasi, dimana hal tersebut sangat berpotensi dalam menurunnya kesadaran pada pasien, dan yang lebih buruk lagi dapat menyebabkan kematian. Pasien merespon dengan pemberian selimut, dan mengatakan cukup hangat sehingga tidak terlalu dingin, walaupun masih merasakan sensasi dingin dari suhu ruangan.

4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir proses keperawatan dengan cara menilai sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Untuk mengevaluasi tindakan, perawat harus memiliki respon terhadap intervensi keperawatan yang didasari oleh pengetahuan dan kemampuan dalam menggambarkan tujuan yang akan dicapai serta mampu untuk menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil.

Evaluasi keperawatan pada Ny. M disesuaikan dengan kriteria hasil yang diharapkan baik secara subjektif maupun objektif.

4.5.1 Evaluasi Pre Operatif

1. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

Didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan Ny. M sebagai berikut : Keadaan Umum pasien tampak lemah, gelisah berkurang dan wajah tegang berkurang, tekanan darah 150/68 mmHg; Nadi 112 x/menit. Kesadaran composmentis, GCS E4M5V6. Masalah Ansietas pada Ny. M belum teratasi serta tetap dilanjutkan intervensi 1,2,3,4,5.

4.5.2 Evaluasi Intra Operatif

1. Risiko Syok dibuktikan dengan tindakan *bone cement*

Didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan Ny. M sebagai berikut : Terdapat pembedahan *Fraktur Collum Femur* prosedur yang digunakan adalah *bipolar hemiarthroplasty*, pemasangan *neck femur* di fiksasi oleh *bone cement*. Pemeriksaan TD 172/86 mmHg, Nadi 86 x/menit); Status cairan (Input 1500cc (inf NS 100cc; PO 500cc), Output 1300cc (Urine 800cc; Darah 500c)); IV line tangan kanan dan kiri inf NS 500cc; Terpasang kateter urine. Masalah Risiko Syok pada pasien teratasi serta intervensi dihentikan.

2. Risiko Hipovolemi dibuktikan dengan kehilangan cairan secara aktif

Didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan Ny. M sebagai berikut : Terdapat luka terbuka dibagian pelvis *dextra*, ada pengeluaran cairan aktif saat pembedahan, mengingat area pelvis terdapat arteri femoralis yang dapat menyebabkan perdarahan yang besar. Akral dingin, HB 11,6 g/dL. Input 1500cc (inf NS 100cc; PO 500cc), Output 1300cc (Urine 800cc; Darah 500c). Tekanan darah (172/86 mmHg). Masalah Risiko Hipovolemi pada pasien teratasi serta intervensi dihentikan.

4.5.3 Evaluasi Post Operatif

1. Risiko Perdarahan dibuktikan dengan tindakan pembedahan

Didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan Ny. M sebagai berikut : Terdapat adanya luka post operasi *Fraktur Collum Femur*. Serta terpasang drain di area pelvis. (Nilai Hb 11,6 g/dL, HCT 36,6%). Masalah Risiko Perdarahan pada Ny. M belum teratasi serta intervensi dilanjutkan 1,2,3,4.

2. Risiko Hipotermia dibuktikan dengan efek agen farmakologis

Didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan Ny. M sebagai berikut :
Terdapat efek pemberian anestesi (SAB). Respon tubuh masih belum bisa mengontrol secara penuh. Suhu Tubuh $36,1^{\circ}\text{C}$ Suhu ruang (Ruangan AC) $17-20^{\circ}\text{C}$. Pasien dipakaikan selimut. Masalah Risiko Hipotermia pada Ny. M belum teratasi serta intervensi dilanjutkan 1,2,3

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis *Fraktur Collum Femur* di Ruang OK Sentral RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis bisa menarik kesimpulan sekaligus saran yang bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan perioperatif.

5.1 Simpulan

1. Pengkajian pada Ny. M pada tanggal 04 Mei 2021 dipindahkan ke Ruang OK dari Ruang perawatan B1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya dengan diagnosis medis *Fraktur Collum Femur*, dengan keluhan utama pasien tidak bisa berjalan jatuh dari kamar mandi, dengan nyeri tampak meringis kesakitan, skala nyeri 7, seperti tertusuk benda tajam dibagian pelvis, terasa saat bergerak. Akral teraba hangat, basah, merah, TD : 136/74 mmHg, N : 84x/menit, S : 36,5^oC, RR : 19x/menit, CRT <2 detik, Turgor kulit <3 detik, tidak terdapat oedema pada ekstremitas, tidak terdapat wheezing maupun ronkhi, BB 50kg dan TB 151cm. Hasil pemeriksaan laboratorium darah pada Ny. M tanggal 01 Mei 2021 : Haemoglobin 11,7g/dL (12-15); Leukosit 5,6 10³μL (4-10); Eritrosit 4,3 10⁶μL (3,5-5); Trombosit 44,1 10³μL (150-450); Hematokrit 36,6% (37-47); Natrium 136,7 mEq/L (135-147); Kalium 34,3 mmol/L (3-5), GDA 157 mg/dL (74-106); 2JPP 331 mg/dL (140-199), BUN 20 mg/dL (10-24); Kreatinin 0,8 mg/dL (0,6-1,5); SGOT 10,1 U/L (0-50); SGPT 17 U/L (0-50); HbSAg NR (Non Reaktif), Antigen SARS-CoV-2 Negatif (Negatif). Medikasi pada Ny. M tanggal 04 Mei 2021 : Ranitidin 2 x 50gr, Ondansenton 2 x 4mg, Santagesik 1 x 500mg, Infus RL 500 cc/24 jam, Infus NS 1000cc / 24 jam.

2. Diagnosis Keperawatan pada Ny. T dengan diagnosis *Fraktur Collum Femur* dan telah diprioritaskan menjadi : Pre Operatif : Ansietas berhubungan dengan krisis situasional; Intra Operatif : Risiko Syok dibuktikan dengan tindakan *bone cement*, Risiko Hipovolemi dibuktikan dengan kehilangan cairan secara aktif; Post Operatif : Risiko Perdarahan dibuktikan dengan tindakan pembedahan, Risiko Hipotermia dibuktikan dengan efek agen farmakologis.

3. Intervensi Keperawatan pada Ny. M dengan diagnosis medis Fraktur Collum Demur disesuaikan dengan diagnosis keperawatan dengan kriteria hasil untuk : Pre Operatif : Ansietas dengan kriteria hasil tingkat ansietas menurun difokuskan pada Reduksi Ansietas ; Intra Operatif : Risiko Syok dengan kriteria hasil Tingkat Syok menurun difokuskan pada Pencegahan Syok, Risiko Hipovolemi dengan kriteria hasil Status Cairan membaik difokuskan pada Pemantauan Cairan; Post Operatif : Risiko Perdarahan dengan kriteria hasil tingkat perdarahan menurun difokuskan pada Pencegahan Perdarahan, Risiko Hipotermia dengan kriteria hasil termoregulasi membaik difokuskan pada Manajemen Hipotermia.

4. Implementasi Keperawatan pada Ny. M dengan diagnosis medis *Fraktur Collum Femur* disesuaikan dengan diagnosis keperawatan dengan : : Pre Operatif : Ansietas berhubungan dengan krisis situasional dengan manajemen Reduksi Ansietas ; Intra Operatif : Risiko Syok dibuktikan dengan tindakan *bone cement* dengan manajemen Pencegahan Syok, Risiko Hipovolemi dibuktikan dengan kehilangan cairan secara aktif dengan manajemen Pemantauan Cairan; Post Operatif : Risiko Perdarahan dibuktikan dengan tindakan pembedahan dengan manajemen Pencegahan Perdarahan, Risiko Hipotermia dibuktikan dengan efek agen farmakologis dengan manajemen Hipotermia.

5. Evaluasi Keperawatan Ny. M dengan diagnosis medis *Fraktur Collum Femur* disesuaikan dengan diagnosis medis keperawatan yaitu : Pre Operatif : Ansietas berhubungan dengan krisis situasional; Intra Operatif : Risiko Syok dibuktikan dengan tindakan *bone cement*, Risiko Hipovolemi dibuktikan dengan kehilangan cairan secara aktif; Post Operatif : Risiko Perdarahan dibuktikan dengan tindakan pembedahan, Risiko Hipotermia dibuktikan dengan efek agen farmakologis dapat teratasi sesuai dengan tujuan keperawatan yang telah ditetapkan.
6. Pendokumentasian semua kegiatan tindakan asuhan keperawatan pada Ny. M yang telah direncanakan dalam intervensi keperawatan dan dilaksanakan pada implementasi keperawatan.

5.2 Saran

Berdasarkan dari simpulan diatas, penulis memberikan saran sebagai berikut :

5.2.1 Institusi Rumah Sakit

Institusi Rumah Sakit hendaknya meningkatkan kualitas pelayanan yaitu dengan memberikan kesempatan perawat untuk mengikuti pendidikan dan pelatihan berkelanjutan baik formal maupun informal. Khususnya semua perawat Ruang OK Sentral RSPAL Dr. Ramelan Surabaya mengenai perawatan pada pasien dengan *Fraktur Collum Femur*. Rumah Sakit juga dapat menjadi edukator, khususnya dijelaskan mengenai gambaran ruang operasi, prosedur yang dilakukan, dengan ini masyarakat dapat memahami tentang jenis prosedur operasi dari berbagai masalah kesehatan, dengan tersebut respon psikologis masyarakat dapat meningkat karena pengetahuan yang diperoleh dari materi yang disampaikan. Dengan didukungnya era digitalisasi akan lebih mudah menyampaikan kepada masyarakat umum.

5.2.2 Perawat di Ruang Peroperatif

Perawat Ruang Perioperatif khususnya di OK Sentral RSPAL Dr. Ramelan Surabaya hendaknya lebih meningkatkan pengetahuan dan skill baik itu softskill maupun hardskill, dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis *Fraktur Collum Femur*, dengan mengikuti pendidikan dan pelatihan, atau seminar ilmiah tentang bagaimana tata laksana pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis *Fraktur Collum Femur*. Disamping itu juga dapat lebih *care* dengan memperhatikan faktor psikologis klien yang akan dilakukan tindakan perioperatif, dimana klien bisa saja mengalami tensi tinggi karena ketakutan dan kecemasan yang berlebih tentang bayangan tentang tindakan operasi yang dilakukan. Hal ini karena kurangnya dan terbatasnya pengetahuan klien tentang gambaran ruang operasi dan tindakan yang dilakukan. Hal ini juga dapat menjadikan kita lebih dekat dengan pasien secara psikologis, dan tercipta Bina Hubungan Saling Percaya (BHSP). Serta kredibilitas perawat akan meingkat.

5.2.3 Penulis

Penulis selanjutnya dapat menggunakan karya tulis ilmiah ini sebagai salah satu referensi atau sumber rujukan untuk penelitian selanjutnya dan dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai penerapan perawatan pada pasien dengan diagnosis *Fraktur Collum Femur*.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdulkarim, A., Ellanti, P., Motterlini, N., Fahey, T., & O'Byrne, J. M. (2013). Cemented Versus Uncemented Fixation in Total Hip Replacement : a Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Orthopedic Reviews*, 5(1), 8. <https://doi.org/10.4081/or.2013.e8>
- Aini, & Reskita. (2018). Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Derajat Nyeri. *Jurnal Kesehatan*, 9(2548–5695), 8–19.
- Al-Muqsith. (2017). Anatomi dan Biomekanika Sendi Panggul. *Unimal Press*, 1–55.
- Amuntiarini, Y., Triratna, S., Dilakukan, M., & Rsmh, U. (2015). *Perubahan Strong Ion Difference Pasca Resusitasi Cairan antara Ringer Laktat dan Normal Salin Pada Anak Dengan Syok*. 17(3).
- Andri, J., Febriawati, H., Padila, P., J, H., & Susmita, R. (2020). Nyeri pada Pasien Post Op Fraktur Ekstremitas Bawah dengan Pelaksanaan Mobilisasi dan Ambulasi Dini. *Journal of Telenursing (JOTING)*, 2(1), 61–70. <https://doi.org/10.31539/joting.v2i1.1129>
- Dermawan, D. (2012). *Proses Keperawatan: Penerapan Konsep & Kerangka Kerja*. Goysen.
- Douglas, J. (2013). Philip Raikes Bromage (1920–2013). *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 22(4), 272. <https://doi.org/10.1016/j.ijoa.2013.09.002>
- Dradjat, R. S., Pradana, A. S., Putra, D. P., Hexa Pandiangan, R. A., Cendikiawan, F., & Mustamsir, E. (2021). Successful management of severe manifestation bone cemented implantation syndrome during hemiarthroplasty surgery in patient with multiple comorbidities: A case report. *International Journal of Surgery Case Reports*, 78, 331–335. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2020.12.076>
- Drake, R. L., Vogl, A. W., & Mitchell, A. W. M. (2015). *Gray's Anatomy for Students, 2nd Edition* (2nd ed.). Elsevier.
- Egol, K. A., Koval, K. J., & Zuckerman, J. D. (2015). *Handbook of Fractures* (5th ed.). Wolter Kluwer Health.
- Fahad, S., Nawaz Khan, M. Z., Aqueel, T., & Hashmi, P. (2019). Comparison of bipolar hemiarthroplasty and total hip arthroplasty with dual mobility cup in the treatment of old active patients with displaced neck of femur fracture: A retrospective cohort study. *Annals of Medicine and Surgery*, 45(March), 62–65. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2019.07.025>
- Fitria, C. N. (2010). Syok dan Penanganannya. *Gaster : Jurnal Kesehatan*, 7(2), 593–604. <http://www.jurnal.stikes-aisyiyah.ac.id/index.php/gaster/article/view/60/57>

- Hardisman, H. (2013). Memahami Patofisiologi dan Aspek Klinis Syok Hipovolemik: Update dan Penyegar. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 2(3), 178. <https://doi.org/10.25077/jka.v2i3.167>
- Hayat, A. (2017). Kecemasan dan Metode Pengendaliannya. *Khazanah: Jurnal Studi Islam Dan Humaniora*, 12(1), 52–63. <https://doi.org/10.18592/khazanah.v12i1.301>
- HIPKABI. (2014). *Buku Keterampilan Dasar Bagi Perawat Kamar Bedah*. HIPKABI Press.
- Hutagalung, M. B. Z., Rahman, S., & Azharuddin, A. (2019). Correlation Between Harris Hip Score (Hhs) and Body Mass Index (Bmi) in Patients With Femoral Neck Fracture After Hemiarthroplasty. (*JOINTS*) *Journal Orthopaedi and Traumatology Surabaya*, 7(1), 12. <https://doi.org/10.20473/joints.v7i1.2018.12-19>
- Khoram, B., Yoosefinejad, A. K., Rivaz, M., & Najafi, S. S. (2020). Investigating the Effect of Acupressure on the Patients' Anxiety Before Open-Heart Surgery: A Randomized Clinical Trial. *JAMS Journal of Acupuncture and Meridian Studies*, 13(6), 169–173. <https://doi.org/10.1016/j.jams.2020.11.001>
- Larasati, Y. I. (2009). Efektifitas Preoperative Teaching. *Media Ners*, 3(1), 1–61. <https://doi.org/1907-9802>
- Lupy, I., Kumaat, L., & Mulyadi, N. (2014). Hubungan Pengetahuan Perawat Tentang Syok Hipovolemik Dengan Penatalaksanaan Awal Pasien Di Instalasi Gawat Darurat Rsup Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. *Jurnal Keperawatan UNSRAT*, 2(2), 106176.
- Mahartha, G. R. A., Maliawan, S., & Kawayana, K. S. (2017). Manajemen Fraktur Pada Trauma Muskuloskeletal. *E-Jurnal Medika Udayana*, 2(3), 548–560.
- Mendonça, F. T., Lucena, M. C. de, Quirino, R. S., Govêia, C. S., & Guimarães, G. M. N. (2019). Risk factors for postoperative hypothermia in the post-anesthetic care unit: a prospective prognostic pilot study. *Brazilian Journal of Anesthesiology (English Edition)*, 69(2), 122–130. <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2018.11.002>
- Miller, M. D., Thompson, S. R., & Hart, J. A. (2019). *Review of Orthopaedics* (6th ed.). Elsevier.
- Mulyo, R. A., Faozi, E., & Mulyantini, A. (2020). Terapi Selimut Aluminium Foil Sebagai Evidence Based Nursing Untuk Meningkatkan Suhu Pada Pasien Hipotermi Post Operasi. *Seminar Nasional Keperawatan Universitas Muhammadiyah Surakarta, 2018*, 69–72.
- Muttaqin, A., & Sari, K. (2009). *Asuhan Keperawatan Perioperatif Konsep, Proses dan Aplikasi*. Salemba Medika.

- Nagra, N. S., van Popta, D., Whiteside, S., & Holt, E. M. (2016). An analysis of postoperative hemoglobin levels in patients with a fractured neck of femur. *Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica*, 50(5), 507–513. <https://doi.org/10.1016/j.aott.2015.11.001>
- Noorisa, R., Apriliwati, D., Aziz, A., & Bayusentono, S. (2017). The Characteristic of Patients with Femoral Fracture in Departement of Orthopaedic and Traumatology RSUD Dr. Soetomo Surabaya 2013-2016. *Journal Of Orthopaedic and Traumatology Surabaya*, 4(1), 9–15.
- Olsen, F., Kotyra, M., Houltz, E., & Ricksten, S. E. (2014). Bone cement implantation syndrome in cemented hemiarthroplasty for femoral neck fracture: Incidence, risk factors, and effect on outcome. *British Journal of Anaesthesia*, 113(5), 800–806. <https://doi.org/10.1093/bja/aeu226>
- Perwiraputra, R. D., Priambodo, A., Julianti, H. P., & Arthroplasty, T. H. (2017). Hubungan Jenis Total Hip Arthroplasty Terhadap Derajat Fungsional Panggul Dan Kualitas Hidup Pada Pasien Fraktur Collum Femoris. *Diponegoro Medical Journal (Jurnal Kedokteran Diponegoro)*, 6(2), 1116–1125.
- Posangi, I. (2013). Penatalaksanaan Cairan Perioperatif Pada Kasus Trauma. *Jurnal Biomedik (Jbm)*, 4(1). <https://doi.org/10.35790/jbm.4.1.2012.743>
- PPNI, T. P. S. D. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia* (1st ed.). DPP PPNI.
- PPNI, T. P. S. D. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (1st ed.). DPP PPNI.
- PPNI, T. P. S. D. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia* (1st ed.). DPP PPNI.
- Rahayu, S. (2016). *Praktikum Kebutuhan Dasar Manusia 2*. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Riskedas, K. (2018). Hasil Utama Riset Kesehata Dasar (RISKESDAS). *Journal of Physics A: Mathematical and Theoretical*, 44(8), 1–200. <https://doi.org/10.1088/1751-8113/44/8/085201>
- Sagaran, V. C., Manjas, M., & Rasyid, R. (2018). Distribusi Fraktur Femur Yang Dirawat Di Rumah Sakit Dr.M.Djamil, Padang (2010-2012). *Jurnal Kesehatan Andalas*, 6(3), 586. <https://doi.org/10.25077/jka.v6i3.742>
- Schummer, W., Schlonski, O., & Breuer, M. (2014). Bone cement embolism attached to central venous catheter. *British Journal of Anaesthesia*, 112(4), 672–674. <https://doi.org/10.1093/bja/aet413>
- Setiadi. (2012). *Konsep & Penulisan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Teori & Praktik* (1st ed.). Graha Ilmu.
- Solomon, L., Warwick, D., & Nayagam, S. (2010). *Apley's System of Orthopaedics*

and Fractures (9th ed.). Hodder Arnold.

- Supandji, M., Budipratama, D., & Pradian, E. (2015). Strategi Resusitasi pada Traumatik Syok Hemoragik Resuscitative Strategies in Traumatic Hemorrhagic Shock. *Anesthesia & Critical Care*, 33(3), 218–225.
- Suswita, D. (2019). Efektifitas Penggunaan Electricblanketpada Pasien Yang Mengalami Hipotermi Post Operasi Di Instalasi Bedah Sentral (Ibs) Rumah Sakit Umum Daerah Palembang Bari Tahun 2018. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 8(1), 48–56. <https://doi.org/10.35952/jik.v8i1.137>
- Taradita, W., Rahmadian, R., & Sahputra, R. E. (2018). Hubungan Tingkat Osteoporosis Berdasarkan Indeks Singh dan Fraktur Leher Femur Akibat Low Energy Trauma di Beberapa Rumah Sakit di Padang Tahun 2016-2018. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 7(2), 226. <https://doi.org/10.25077/jka.v7i2.806>
- Tarwoto, & Watonah. (2014). *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan*. Salemba Medika.
- Vellyana, D., Lestari, A., & Rahmawati, A. (2017). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Tingkat Kecemasan pada Pasien Preoperative di RS Mitra Husada Pringsewu. *Jurnal Kesehatan*, 8(1), 108. <https://doi.org/10.26630/jk.v8i1.403>
- WHO. (2020). *Global Health Observatory Data Repository*. <https://apps.who.int/gho/data/view.main.RoadTrafficDeathWB?lang=en>
- Widyastuti, M., Yuliasuti, C., Farida, I., Rinarto, N. D., Rachmad, I., Stikes, F., & Surabaya, H. T. (2020). Relaksasi Progresif Sebagai Penurun Tingkat Stres Pasien Kanker Dengan Kemoterapi. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya*, 15(1), 1–16. www.journal.stikeshangtuah-sby.ac.id
- Widyastuti, Y. (2013). *Efektivitas Aromaterapi Lavender Dalam Menurunkan Nyeri Dan Kecemasan Pada Pasien Pre Operasi Fraktur Femur Di RS Ortopedi Prof. DR. R Soeharso Surakarta*. 92–94.
- Yang, L., Huang, C. Y., Zhou, Z. Bin, Wen, Z. S., Zhang, G. R., Liu, K. X., & Huang, W. Q. (2015). Risk factors for hypothermia in patients under general anesthesia: Is there a drawback of laminar airflow operating rooms? A prospective cohort study. *International Journal of Surgery*, 21, 14–17. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2015.06.079>

LAMPIRAN**Lampiran 1*****CURRICULUM VITAE***

Nama : Aditya Hadi Albid, S.Kep.
NIM : 203.0004
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners
Tempat, Tanggal Lahir : Sidoarjo, 30 Desember 1996
Alamat : Desa Kajar Tengguli RT 01 RW 01 Kecamatan Prambon
Kabupaten Sidoarjo 61264
Agama : Islam
Email : adityahadialbid@gmail.com
Riwayat Pendidikan :

1. SD Negeri Kedungwonokerto Lulus Tahun 2008
2. SMP Negeri 1 Mojosari Lulus Tahun 2011
3. SMA Negeri 1 Mojosari Lulus Tahun 2014

Lampiran 2**MOTTO DAN PERSEMBAHAN****MOTTO**

“ The Only Easy Day Was Yesterday”

-U.S. Navy Seals-

PERSEMBAHAN

Alhamdulillah, Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah memberi kesehatan, kemampuan dan mencukupi kebutuhan dengan perantara keluarga untuk menyelesaikan pendidikan hingga Profesi Ners.

Karya Ilmiah ini saya persembahkan kepada :

1. Orang Tua saya tercinta (Bapak Bambang Hadi Sampirno dan Ibu Atik Handayani) serta adik Bagas Hadi Saputro yang selalu memberikan doa dan semangat kepada saya dalam menuntut ilmu sehingga karya ilmiah saya dapat selesai dengan tepat waktu.
2. Terima kasih kepada Ibu dan Bapak Dosen STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah membimbing, memberi ilmu, serta membentuk jiwa keperawatan kepada saya.
3. Terima kasih kepada kelompok bimbingan karya ilmiah saya (Achmad Syariful Rizal, Puput Kurniawati, Susi Ratnasari, dan Virginia Desi Ardani) yang telah bersedia berproses bersama dalam menyelesaikan karya ilmiah ini. Serta Rekanita Fitria Dya yang tidak lupa memotivasi dan memberikan semangat sehingga karya ilmiah ini dapat selesai dengan baik.
4. Rekan-rekan Profesi Ners Angkatan 11 yang telah berproses baik suka maupun duka, memberikan support selama menimba ilmu di pendidikan profesi.

Lampiran 3

Bromage Score

No	Kriteria	Score	Score
1.	Dapat mengangkat tungkai bawah	0	
2.	Tidak dapat menekuk lutut tetapi dapat mengangkat kaki	1	
3.	Tidak dapat mengangkat tungkai bawah tetapi masih dapat menekuk lutut	2	
4.	Tidak dapat mengangkat kaki sama sekali	3	3
	Ket : Pasien dapat dipindah ke bangsal, jika score <2		

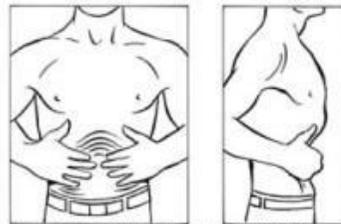
Sumber (Douglas, 2013)

Ny. M Bromage skornya adalah 3, sehingga Ny. M di belum bisa pindahkan ke Bangsal B1

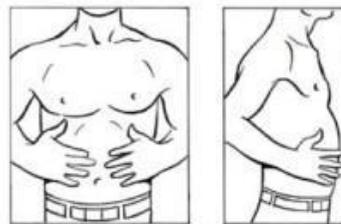
Lampiran 4

	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL		No SPO: SPO – 01	
Tanggal Dibuat 17 Juli 2021	Tanggal Berlaku 17 Juli 2021	Nama Departemen GAWAT DARURAT		
Judul Latihan Napas Dalam		No Revisi 00	Hal. 1-2	
Dibuat oleh Ners 2020 - 2021		Disetujui oleh Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners STIKES Hang Tuah Surabaya		
<p>A. Pengertian Napas dalam adalah bernapas (inhalasi dan ekshalasi) untuk mengambil oksigen maksimal.</p> <p>B. Tujuan</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Meningkatkan kapasitas paru b. Mencegah Atelektasis <p>C. Peralatan : Bantal</p> <p>D. Langkah – langkah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tahap pra interaksi : <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi kebutuhan/indikasi pasien b. Cuci tangan c. Siapkan alat 2. Tahap orientasi : <ol style="list-style-type: none"> a. Beri salam, panggil klien dengan namanya b. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan c. Beri kesempatan pada klien untuk bertanya 3. Tahap kerja : <ol style="list-style-type: none"> a. Atur posisi yang dirasa enak oleh klien (semi fowler) dengan lutut ditekuk, punggung dan kepala diberi bantal atau posisi supine dengan kepala diberi bantal dan lutut ditekuk, untuk membantu otot abdomen rileks. Setelah 				

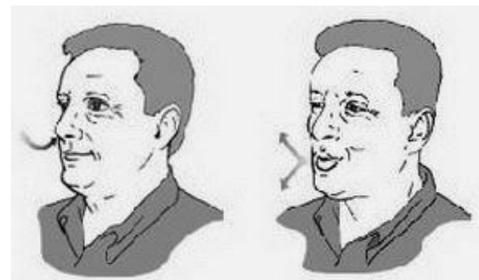
- penjelasan tentang latihan, klien dapat mempraktekkan, pertama dengan posisi supine atau semi fowler kemudian duduk, berdiri dan berjalan.
- b. Anjurkan klien meletakkan satu tangan di dada dan satu tangan di abdomen, untuk menambah kekuatan dan tahanan pada bagian otot perut
 - c. Latih pasien melakukan pernapasan perut (perintahkan klien menarik napas dalam melalui hidung dengan mulut ditutup hingga 3 hitungan)
 - d. Anjurkan klien tetap rileks, jangan melengkungkan punggung dan konsentrasi pada pengembangan abdomen sejauh yang dapat dilakukan. Meminta klien menahan napas hingga 3 hitungan.
 - e. Perintahkan klien untuk mengerutkan bibir seperti sedang bersiul dan mengeluarkan udara dengan pelan dan tenang hingga 3 hitungan.
 - f. Anjurkan klien merasakan mengempisnya abdomen dan kontraksi otot.
 - g. Anjurkan kepada klien untuk melakukan latihan napas dalam ini paling sedikit 5 pernafasan empat kali perhari.
 - h. Rapikan klien.
4. Tahap terminasi :
- a. Evaluasi hasil / respon klien
 - b. Dokumentasikan hasilnya
 - c. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya
 - d. Akhiri kegiatan, membereskan alat-alat
 - e. Cuci tangan



BREATHING OUT (EXHALING) WITH THE DIAPHRAGM



BREATHING IN (INHALING) WITH THE DIAPHRAGM



Gambar : Pursed Lips

Gambar : Pernapasan Dalam

E. Evaluasi

Tanyakan keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan.

F. DaftarPustaka

(Rahayu, 2016) *Praktikum Kebutuhan Dasar Manusia 2*. Jakarta Selatan :
Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.

Lampiran 5

	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL		No SPO: SPO – 02
Tanggal Dibuat 17 Juli 2021	Tanggal Berlaku 17 Juli 2021	Nama Departemen GAWAT DARURAT	
Judul Pemberian Oksigen		No Revisi 00	Hal. 1-3
Dibuat oleh Ners 2020 - 2021		Disetujui oleh Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners STIKES Hang Tuah Surabaya	
<p>A. Pengertian Pemberian oksigen adalah pemberian oksigen melalui hidung dengan kanule nasal / kateter nasal / masker.</p> <p>B. Tujuan Tujuan pemberian oksigen adalah untuk mempertahankan dan memenuhi kebutuhan oksigen.</p> <p>C. Peralatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Tabung oksigen (O₂) lengkap dengan manometer b. Pengukur aliran flow meter dan humidifier c. Kanule nasal / Kateter nasal sesuai ukuran (anak 8-10 Fr, dewasa wanita 10-12 Fr, dan dewasa laki-laki 12-14 Fr) / Masker d. Selang oksigen e. Jelly f. Plester / pita <p>D. Langkah – langkah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tahap pra interaksi : <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi kebutuhan/indikasi pasien b. Cuci tangan c. Siapkan alat 2. Tahap orientasi : <ol style="list-style-type: none"> a. Beri salam, panggil klien dengan namanya 			

- b. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan
- c. Beri kesempatan pada klien untuk bertanya
- 3. Tahap kerja :
 - a. Bantu klien pada posisi semi fowler jika memungkinkan, untuk memberikan kemudahan ekspansi dada dan pernafasan lebih mudah.
 - b. Pasang peralatan oksigen dan humidifier.
 - c. Nyalakan oksigen dengan aliran sesuai advis.
 - d. Periksa aliran oksigen pada selang.
 - e. Sambung nasal kanule / kateter kanule / masker dengan selang oksigen.
 - f. Pasang nasal kanule / kateter kanule / masker pada hidung :
 - 1) Pemberian Oksigen menggunakan kanule nasal :
 - a) Letakkan ujung kanule ke dalam lobang hidung dan selang mengelilingi kepala. Yakinkan kanule masuk lubang hidung dan tidak ke jaringan hidung.
 - b) Plester kanule pada sisi wajah, selipkan kasa di bawah selang pada tulang pipi untuk mencegah iritasi.
 - 2) Pemberian oksigen menggunakan ateter nasal :
 - a) Ukur jarak hidung dengan lubang telinga, untuk menentukan antara hidung dan orofaring. Jarak ditandai dengan plester.
 - b) Lumasi ujung kateter dengan jely, untuk memasukkan dan mencegah iritasi mukosa nasal bila diaspirasi.
 - c) Masukkan kateter perlahan melalui satu lubang hidung sampai ujung kateter masuk orofaring. Lihat kedalam mulut klien, gunakan senter dan tong spatel untuk melihat letak kateter. Ujung kateter akan dapat dilihat disamping ovula. Tarik sedikit ujung kateter sehingga tidak panjang.
 - d) Plester kateter diwajah klien di sisi hidung. Jepit selang ke baju klien, biarkan selang kendur untuk memberikan kebebasan klien bergerak tanpa tertarik selang.
 - 3) Pemberian oksigen menggunakan masker hidung (sederhana, reservoir, venturi):
 - a) Pasang masker hidung menutupi mulut dan hidung dan fiksasi dengan menggunakan tali pengikat.
 - g. Kaji respon klien terhadap oksigen dalam 15-30 menit, seperti warna, pernafasan, gerakan dada, ketidaknyamanan dan sebagainya.
 - h. Periksa aliran dan air dalam humidifier dalam 30 menit.
 - i. Kaji klien secara berkala untuk mengetahui tanda klinik hypoxia, takhikardi, cemas, gelisah, dyspnoe dan sianosis.
 - j. Kaji iritasi hidung klien. Beri air / cairan pelumas sesuai kebutuhan untuk melembaskan mukosa membran.
 - k. Catat permulaan terapi dan pengkajian data.
- 4. Tahap terminasi :
 - f. Evaluasi hasil / respon klien
 - g. Dokumentasikan hasilnya
 - h. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya

- i. Akhiri kegiatan, membereskan alat-alat
j. Cuci tangan

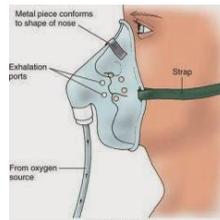


Pemberian oksigen: nasal prongs yang terpasang dengan benar dan direkatkan

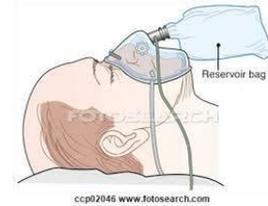


Pemberian oksigen: posisi yang benar dari kateter nasal (gambar potongan melintang)

Gambar : kanul dan kateter O₂



Gambar : Masker O₂ sederhana



Gambar : Masker O₂ reservoir



Gambar : Masker O₂ venturi



Gambar : Tabung Venturi

E. Evaluasi

Tanyakan keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan.

F. DaftarPustaka

(Rahayu, 2016) *Praktikum Kebutuhan Dasar Manusia 2*. Jakarta Selatan : Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.

Lampiran 6

	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL		No SPO: SPO – 03
Tanggal Dibuat 17 Juli 2021	Tanggal Berlaku 17 Juli 2021	Nama Departemen GAWAT DARURAT	
Judul Menghitung Balance Cairan		No Revisi 00	Hal. 1-2
Dibuat oleh Ners 2020 - 2021		Disetujui oleh Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners STIKES Hang Tuah Surabaya	
<p>A. Pengertian</p> <p>Menghitung balance cairan adalah menghitung keseimbangan cairan masuk (intake) dan cairan keluar (output) tubuh.</p> <p>B. Tujuan</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Mengetahui jumlah intake cairan b. Mengetahui jumlah output cairan c. Mengetahui balance cairan d. Menentukan kebutuhan cairan <p>C. Peralatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Gelas atau gelas ukur untuk minuman b. Gelas ukur untuk urine atau urine bag c. Alat tulis <p>D. Langkah – langkah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tahap pra interaksi : <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi kebutuhan/indikasi pasien b. Cuci tangan c. Siapkan alat 2. Tahap orientasi : <ol style="list-style-type: none"> a. Beri salam, panggil klien dengan namanya b. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan c. Beri kesempatan pada klien untuk bertanya 			

3. Tahap kerja :
 - a. Hitung intake cairan :
 - 1) Oral (minum) : normal \pm 1200 ml
 - 2) Oral (makan) : normal \pm 1000 ml
 - 3) Hasil metabolisme : normal \pm 300 ml
 - 4) Parenteral : sesuai instruksi
 - b. Hitung output cairan :
 - 1) Ginjal (urine) : normal 40-80 ml/jam (960-1680 ml/24 jam)
 - 2) Gastro intestinal (feses) : normal 100-200 ml/24 jam
 - 3) Pernapasan (paru) : normal 400 ml/24 jam
 - 4) Insensible water loss (IWL) : tidak kasat mata (kulit) : normal 6 ml/kg/24 jam (420 ml/24 jam)
 - 5) Sensible water loss (SWL) : kasat mata (keringat) : normal 1000 ml/jam
 - 6) Abnormal (muntah, drain, perdarahan, dll) : sesuai kondisi klien
 - c. Hitung balance cairan :
 - 1) Balance positif : intake $>$ output
 - 2) Balance negatif : output $>$ input
4. Tahap terminasi :
 - a. Evaluasi hasil / respon klien
 - b. Dokumentasikan hasilnya
 - c. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya
 - d. Akhiri kegiatan, membereskan alat-alat
 - e. Cuci tangan

E. Evaluasi

Tanyakan keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan.

F. Daftar Pustaka

(Rahayu, 2016) *Praktikum Kebutuhan Dasar Manusia 2*. Jakarta Selatan :
Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Lampiran 7

	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL		No SPO: SPO – 04
Tanggal Dibuat 17 Juli 2021	Tanggal Berlaku 17 Juli 2021	Nama Departemen GAWAT DARURAT	
Judul Memasang Infus		No Revisi 00	Hal. 1-3
Dibuat oleh Ners 2020 - 2021		Disetujui oleh Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners STIKES Hang Tuah Surabaya	
<p>A. Pengertian</p> <p>Memasang infus adalah pemasangan infus untuk memberikan cairan atau obat melalui parenteral (intravena).</p> <p>B. Tujuan</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Memperbaiki atau mencegah gangguan cairan dan elektrolit pada klien yang sakit akut. b. Mencegah ketidakseimbangan cairan dan elektrolit. c. Memberikan akses intravena pada pemberian terapi intermitten atau emergensi <p>C. Peralatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Cairan infus sesuai program b. Jarum / kateter intravena / abbocath (ukuran bervariasi) c. Set infus (selang mikrodrip untuk bayi dan anak dengan tetesan 60 tetes/ml, dewasa selang makrodrip dengan tetesan 15 tetes/ml atau 20 tetes/ml) d. Selang ekstension e. Alkohol atau povidone-iodine swabs atau sticks f. Handschoon disposibel g. Tourniquet h. Spalk untuk tangan i. Kasa dan povidone-iodine salep atau cairan 			

- j. Plester/hipavik
- k. Perlak dan pengalas
- l. Bengkok
- m. Tiang infus

D. Langkah – langkah :

1. Tahap pra interaksi :
 - a. Identifikasi kebutuhan/indikasi pasien
 - b. Cuci tangan
 - c. Siapkan alat
2. Tahap orientasi :
 - a. Beri salam, panggil klien dengan namanya
 - b. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan
 - c. Beri kesempatan pada klien untuk bertanya
3. Tahap kerja :
 - 1) Anjurkan pasien memakai baju yang mudah untuk masuk dan keluarinya lengan.
 - 2) Buka set steril dengan teknik aseptik.
 - 3) Cek cairan dengan menggunakan prinsip 6 benar dalam pemberian obat.
 - 4) Buka set infus, letakkan klem 2-4 cm di bawah tabung drip dalam keadaan off / terkunci.
 - 5) Buka tutup botol, lakukan desinfeksi tutup botol cairan, dan tusukkan set infus ke botol / kantong cairan dengan benar.
 - 6) Gantungkan botol cairan infus pada tiang infus, isi tabung drip infus $\frac{1}{3}$ - $\frac{1}{2}$ penuh.
 - 7) Buka penutup jarum dan buka klem untuk mengalirkan cairan sampai ke ujung jarum hingga tidak ada udara dalam selang, klem kembali, dan tutup kembali jarum.
 - 8) Pilih jarum intravena / abbocath.
 - 9) Atur posisi pasien dan pilih vena.
 - 10) Pasang perlak dan pengalas
 - 11) Bebaskan daerah yang akan diinsersi, letakkan tourniquet 10-15 cm proksimal tempat insersi.
 - 12) Pakai handschoon
 - 13) Bersihkan kulit dengan kapas alkohol (melingkar dari dalam ke luar).
 - 14) Pertahankan vena pada posisi stabil
 - 15) Pegang IV kateter (abbocath) dengan sudut 20-30°, tusuk vena dengan lubang jarum menghadap ke atas, dan pastikan IV kateter masuk intavena dengan tanda darah masuk ke abbocath, kemudian tarik mandrin ± 0.5 cm
 - 16) Masukkan IV kateter secara perlahan, tarik mandrin, dan sambungkan IV kateter dengan selang infus
 - 17) Lepas tourniquet, kemudian alirkan cairan infus
 - 18) Lakukan fiksasi IV kateter, kemudian beri desinfektan daerah tusukan dan tutup dengan kasa

- 19) Atur tetesan sesuai program
 - 20) Lepaskan sarung tangan
4. Tahap terminasi :
- a. Evaluasi hasil / respon klien
 - b. Dokumentasikan hasilnya
 - c. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya
 - d. Akhiri kegiatan, membereskan alat-alat
 - e. Cuci tangan



Gambar : Menusukkan
abbocath



Gambar : Terpasang infus



Gambar : Selang infus

E. Evaluasi

Tanyakan keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan.

F. DaftarPustaka

(Rahayu, 2016) *Praktikum Kebutuhan Dasar Manusia 2*. Jakarta Selatan :
Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.

Lampiran 8

	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL		No SPO: SPO – 05
Tanggal Dibuat 17 Juli 2021	Tanggal Berlaku 17 Juli 2021	Nama Departemen GAWAT DARURAT	
Judul Mengganti Botol/Cairan Infus		No Revisi 00	Hal. 1-2
Dibuat oleh Ners 2020 - 2021		Disetujui oleh Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners STIKES Hang Tuah Surabaya	
<p>A. Pengertian</p> <p>Mengganti botol/cairan infus adalah penggantian botol/cairan infus yang dilakukan jika cairan infus sudah berada di leher botol infus dan tetesan masih berjalan.</p> <p>B. Tujuan</p> <p>Memelihara rehidrasi parenteral</p> <p>C. Peralatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Botol / kantong cairan infus b. Label untuk mencatat tanggal penggantian <p>D. Langkah – langkah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Tahap pra interaksi : <ol style="list-style-type: none"> d. Identifikasi kebutuhan/indikasi pasien e. Cuci tangan f. Siapkan alat 6. Tahap orientasi : <ol style="list-style-type: none"> d. Beri salam, panggil klien dengan namanya e. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan f. Beri kesempatan pada klien untuk bertanya 7. Tahap kerja : <ol style="list-style-type: none"> a. Siapkan botol infus yang baru sesuai dengan macam infus. b. Buka tutup botol, lakukan desinfeksi tutup botol cairan c. Klem selang infus 			

- d. Tarik jarum dari botol yang lama dan segera tusukkan pada botol infus yang baru
 - e. Gantungkan botol infus pada tiang infus
 - f. Cek udara dalam selang. Jika ada udara dalam selang, tusukkan jarum ke dalam selang di bawah udara sampai udara keluar.
 - g. Buka klem dan hitung kembali tetesan infus sesuai dengan dosis tetesan
 - h. Pasang label pada botol infus.
8. Tahap terminasi :
- a. Evaluasi hasil / respon klien
 - b. Dokumentasikan hasilnya
 - c. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya
 - d. Akhiri kegiatan, membereskan alat-alat
 - e. Cuci tangan

E. Evaluasi

Tanyakan keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan.

F. DaftarPustaka

(Rahayu, 2016) *Praktikum Kebutuhan Dasar Manusia 2*. Jakarta Selatan :
Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.