

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN Tn.J DENGAN DIAGNOSA
MEDIS *CHONDROSARKOMA FEMUR DISTAL* DI
PAV II RUMAH SAKIT DARMO
SURABAYA**



Oleh

Erlina Dwi Larasari, S.Kep
NIM. 213.0136

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2022**

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN Tn.J DENGAN DIAGNOSA
MEDIS *CHONDROSARKOMA FEMUR DISTAL* DI
PAV II RUMAH SAKIT DARMO
SURABAYA**

**Diajukan untuk memperoleh gelar Ners
di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan HangTuah Surabaya**



Oleh

**Erlina Dwi Larasari, S.Kep
NIM. 213.0136**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2022**

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya ilmiah akhir ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis. Semua sumber baik yang dikutip maupun di rujuk, 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, 4 Juli 2021

Penulis

Erlina Dwi Larasari, S.Kep
NIM. 213.0136

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Erlina Dwi Larasari, S.Kep
NIM : 2130136
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners
Judul : Asuhan Keperawatan Tn.J Dengan Diagnosa Medis
Chondrosarkoma Femur Distal Di Pav Ii Rumah Sakit
Darmo Surabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa Karya Tulis Ilmiah ini di ajukan dalam sidang guna memenuhi sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar :

NERS (Ns)

Surabaya, 4 Juli 2022

PembimbingInstitusi

Pembimbing Lahan

Nuh Huda,S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.KMB
NIP.03.020

Letkol Pudji Agung S.Kep.,Ns
NRP,113114/P

Mengetahui,
STIKES HANG TUAH SURABAYA
KA PRODI S-1 KEPERAWATAN

Dr. Hidayatus.S.Kep.M.Kes.
NIP. 03.020

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Erlina Dwi Larasari, S.Kep

NIM : 2130136

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Tn.J Dengan Diagnosa Medis
Chondrosarkoma Femur Distal Di Pav Ii Rumah Sakit
Darmo Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji skripsi di STIKES Hang Tuah Surabaya dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “NERS (Ns)” pada prodi Profesi Ners Stikes HangTuah Surabaya.

Penguji Ketua : Dr.Setiadi,S.Kep.,M.Kep
NIP. 03.020

Penguji II : Nuh Huda,S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.KMB
NIP. 03.020

Penguji III : Kolonel Puji Agung,S.Kep.,Ns
LETKOL LAUT (K) NRP.11341/P

Mengetahui,
STIKES HANG TUAH SURABAYA
KA PRODI S-1 KEPERAWATAN

Dr. Hidayatus,S.Kep,M.Kes.
NIP. 03.020

Ditetapkan di `: STIKES Hang Tuah Surabaya
Tanggal : 4 Juli 2022

KATA PENGANTAR

Segala puji dan Hormat hanya bagi Tuhan Yang Maha Esa, dengan segala anugerah-Nya yang telah memberikan kesempatan penulis dapat menyusun Karya Ilmiah Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Tn.J Dengan Diagnosa Medis *Chondrosarkoma Femur Distal* Di Pav Ii Rumah Sakit Darmo Surabaya”.

Karya Ilmiah Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya. Dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini peneliti mendapat pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak, untuk itu dalam kesempatan ini perkenankanlah penulis menyampaikan ucapan terima kasih, rasa hormat dan penghargaan kepada:

1. Laksamana Pertama TNI (Purn) Dr. A.V. Sri Suhardiningih, S.Kp.,M.Kes selaku Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada peneliti untuk menjadi mahasiswa Prodi Profesi Ners serta memberikan arahan dan kesempatan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini
2. Dr Sulung Budianto selaku Direktur Rumah Sakit Darmo Surabaya atas pemberian izin dan fasilitas dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir
3. Puket 1, Puket 2, dan Puket 3 STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberi kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan program studi Prodi Profesi Ners
4. Dr. Hidayatus Sa'diyah, S.Kep,M.Kes selaku Kepala Program Studi Prodi Profesi Ners STIKES Hang Tuah Surabaya.
5. Bapak Nuh Huda, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.KMB selaku pembimbing I terima kasih telah membantu dalam proses penyempurnaan proses Karya Ilmiah Akhir ini.

6. Letnan Kolonel Puji Agung,S.Kep.,Ns., selaku pembimbing II terima kasih memberikan arahan dan kesempatan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
7. Seluruh dosen dan staf STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah banyak membantu proses kelancaran selama perkuliahan untuk menempuh studi di STIKES Hang Tuah Surabaya
8. Keluarga yang senantiasa mendoakan, memberi motivasi, dan semangat kepada penulis dalam menempuh pendidikan di STIKES Hang Tuah Surabaya

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan yang diberikan kepada penulis dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ini dengan sebaik-baiknya. Penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan sehingga mengharapkan adanya kritik dan saran dari semua pihak agar dapat menyempurnakan dan bermanfaat bagi masyarakat dan perkembangan ilmu keperawatan

Surabaya, 4 Juli 2021

Erlina Dwi Larasati, S.Kep

DAFTAR ISI

KARYA ILMIAH AKHIR.....	1
KARYA ILMIAH AKHIR.....	i
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN UJIAN SIDANG.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR.....	x
BAB 1PENDAHULUAN	1
1.1Latar Belakang.....	1
1.2Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan.....	5
1.3.1 Tujuan Umum	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4Manfaat.....	5
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	5
1.4.2 Manfaat Praktis	6
1.5 Metode Penulisan.....	6
1.6Sistematika Penulisan.....	8
BAB 2TINJAUAN PUSTAKA.....	9
2.1Konsep <i>Chondrosarkoma</i>	9
2.1.1Konsep dasar <i>Chondrosarkoma</i>	9
2.1.2Anatomi Fisiologi	10
2.1.3 Etiologi	12
2.1.4Patofisiologi.....	14
2.1.5WOC / Pathway	15
2.1.6Manifestasi Klinis	15
2.1.7Klasifikasi.....	16
2.1.8Komplikasi.....	17
2.1.9Pemeriksaan Penunjang.....	18
2.1.10Penatalaksanaan	19
2.2Konsep Asuhan Keperawatan.....	20
2.2.1Pengkajian	20
2.2.2Diagnosa Keperawatan.....	22
2.2.3Intervensi Keperawatan	23
2.2.4Implementasi Keperawatan	26
2.2.5Evaluasi Keperawatan	27
BAB 3TINJAUAN KASUS	29
3.1Pengkajian	29
3.1.1Data Umum.....	29
3.1.2Riwayat Keperawatan	29
3.1.3Pemeriksaan Fisik	31

3.1.4Data Penunjang	35
3.1.5Pemberian Terapi	38
3.2Analisa Data	40
3.3Prioritas Masalah Keperawatan	41
3.4Intervensi Keperawatan Pre Operasi.....	42
3.5Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Pre Operasi.....	45
3.6Intevensi Keperawatan Post Operasi.....	53
3.7Implementasi Keperawatan Post Operasi.....	56
BAB 4PEMBAHASAN	64
4.1.Pengkajian Keperawatan	64
4.2.Diagnosa Keperawatan.....	67
4.3.Intervensi Keperawatan.....	71
4.4.Implementasi Keperawatan	82
4.5.Evaluasi Keperawatan	92
BAB 5PENUTUP.....	97
5.1Kesimpulan.....	97
5.2Saran 99	
DAFTAR PUSTAKA	101

DAFTAR TABEL

3.1.3 Tabel Asesmen Risiko Jatuh (<i>Morse Fall Scale</i>).....	36
3.1.4 Tabel Data Penunjang	38
3.1.6 Tabel Pemberian Obat	41
3.2 Tabel Analisa Data.....	43
3.4Tabel Intervensi Keperawatan Pre Operasi	47
3.5Tabel Implementasi Keperawatan Pre Operasi.....	52
3.6Tabel Intervensi Keperawatan Post Operasi.....	59
3.7Tabel Implementasi Keperawatan Post Operasi	63

DAFTAR GAMBAR

2.1.1 Gambar Tulang Manusia	10
2.1.2 Gambar Tulang Femur	11
2.1.3 Gambar Pathway <i>chondrosarkoma</i>	15
2.1.4 Gambar WOC <i>Chondrosarkoma</i>	16

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Osteosarkoma adalah tumor tulang relatif langka ditandai dengan produksi osteoid dan tulang dengan ganas sel spindel mesenkimal (Meyers SP, 2008 dalam Nur Hikmayanti, 2016). Kondrosarkoma yaitu tumor ganas yang dimana memiliki ciri khas pembentukan jaringan tulang rawan oleh sel-sel tumor dan merupakan tumor ganas tulang primer terbanyak kedua setelah osteosarkoma. *chondrosarkoma* merupakan tumor tulang yang terdiri dari sel-sel kartilago (tulang rawan) anaplastik yang berkembang menjadi ganas. *Chondrosarkoma* biasanya ditemukan pada daerah tulang femur, humerus, kosta dan bagian permukaan pelvis. Tumor ini memiliki banyak ciri dan bentuk perkembangan. Dari pertumbuhan yang lambat hingga pertumbuhan metastasis yang agresif (Rahman, 2015).

Chondrosarkoma bisa terjadi pada laki-laki atau perempuan dan biasa terjadi di rentang usia 20-40 tahun serta tidak menutup kemungkinan untuk terjadi di segala usia. *chondrosarkoma* primer berasal dari dalam tulang (sentral) sedangkan *chondrosarkoma* sekunder berasal dari tumor jinak seperti osteokondroma/enkondroma yang mengalami transformasi. *Chondrosarkoma* sekunder kurang ganas dibandingkan *chondrosarkoma* primer. *Chondrosarkoma* dapat diklasifikasi menjadi tumor sentral atau perifer berdasarkan lokasinya di tulang

Insiden *chondrosarkoma* pada semua populasi menurut WHO sekitar 4 – 5 per 1.000.000 penduduk. Perkiraan insiden osteosarkoma meningkat menjadi 8 – 11 per 1.000.000 per tahun pada usia 15-19 tahun. Di Amerika Serikat, *chondrosarcoma* merupakan tumor terbanyak kedua dari sekitar empat ratus jenis keganasan tulang primer, dengan jumlah kasus 20-27% dari seluruh keganasan tulang primer dan sekitar 11% dari seluruh keganasan tulang. Setiap tahun terdapat 90 kasus baru *chondrosarcoma*. Belum ada data epidemiologi nasional *chondrosarcoma* di Indonesia. Berdasarkan data di Departemen Patologi Anatomi FKUI/RSCM tahun 2013-2017 terdapat 35 kasus *chondrosarkoma*, terdiri atas 28 kasus kondrosarkoma dan 7 kasus kondrosarkoma mesenkimal (Cookson & Stirk, 2019). Laju mortalitas *chondrosarcoma* bergantung pada ukuran, lokasi, stadium, dan derajatnya. Laju kesintasan 5 tahun pada *chondrosarcoma* adalah 75,2%. Tumor dengan tingkat keganasan yang tinggi dan telah bermetastasis cenderung memiliki prognosis yang lebih buruk dan laju mortalitas yang lebih tinggi. Penderita anak-anak memiliki mortalitas lebih tinggi dibandingkan dengan penderita dewasa. Di Rumah Sakit Darmo menurut data rekam medis pada tahun 2021 - 2022 terdapat kasus *Chondrosarkoma* sangat minimal yaitu 2 kasus

Berdasarkan bentuk tulang, *chondrosarkoma* dapat mengenai tulang pipih dan bagian epifisistulang panjang. *Chondrosarkoma* dapat terkena pada berbagai lokasi namun predileksi terbanyak pada lokasi proksimal seperti femur, pelvis, dan humerus. Selain itu dapat pula mengenai rusuk, tulang kraniofasial, sternum, skapula dan vertebra. Tumor ini jarang mengenai tangan dan biasanya merupakan bentuk keganasan atau komplikasi dari sindrom encondromatosis multipel. Sistem

muskuloskeletal tersusun dari tulang, kartilago, sendi, bursa, ligamen dan tendon. Kartilago normal ditemukan pada sendi, tulang rusuk, telinga, hidung, diskus intervertebra dan tenggorokan. Kartilago tersusun dari sel (kondrosit dan kondroblast) dan matriks (Rahman, 2015).

Kartilago memegang peranan penting dalam pertumbuhan panjang tulang dan membentukkan tubuh. Tulang bertambah panjang akibat proliferasi sel kartilago di lempeng epifisis. Selama pertumbuhan dihasilkan sel-sel tulang rawan (kondrosit) baru melalui pembelahan sel di batas luar lempeng yang berdekatan dengan epifisis. Saat kondrosit baru sedang dibentuk di batas epifisis, sel-sel kartilago lama ke arah batas diafisis membesar. Pada orang dewasa, kartilago tidak mendapat aliran darah, limfe atau persarafan. Oksigen dan bahan-bahan metabolisme dibawa oleh cairan sendi yang membasahi kartilago. Proses ini dihambat dengan adanya endapan garam-garam kalsium. Akibatnya sel-sel kartilago tua yang terletak di batas diafisis mengalami kekurangan nutrisi dan mati (Rahman, 2015).

Penatalaksanaan *chondrosarkoma* ini membutuhkan penanganan yang tepat oleh tenaga medis. Maka seorang perawat dapat memberikan intervensi terhadap penderita *chondrosarkoma* sesuai kebutuhan dasar manusia yang meliputi observasi apa yang menyebabkan *chondrosarkoma*, jika pasien memiliki luka identifikasi luka dan lakukan pengkajian luka, observasi vital sign dan pemantauan pasien *chondrosarkoma*, intervensi terapeutik dengan membina hubungan saling percaya antara pasien dan tim medis untuk menenangkan pasien dan memperbaiki psikologis pasien, edukasi dan kolaborasi seperti pemberian

cairan dan antibiotik penanganan *chondrosarkoma*(Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Dari pernyataan tersebut penulis melihat perlu dilakukan asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami kelainan tulang atau *chondrosarkoma*, Kemampuan perawat dalam memberikan pelayanan holistik dan profesional, dengan menerapkan manajemen dan asuhan keperawatan fisik serta psikososial sehingga terwujud pelayanan keperawatan yang komprehensif. Pada pasien *chondrosarkoma* dengan luka *femur distal dextra* dilakukan intervensi utama manajemen nyeri kronis dan intervensi pendukung nyeri kronis berhubungan dengan gangguan mobilitas fisik (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Berdasarkan latar belakang dan data diatas, maka diperlukan untuk melakukan asuhan keperawatan pada Tn.J dengan diagnosis medis *chondrosarkoma distal femur dextradi* Ruang Pav II RS Darmo Surabaya.

1.2 Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut dari tindakan keperawatan pasien dengan diagnosis penyakit *chondrosarkoma* maka peneliti akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan pada Tn J dengan diagnosa medis *chondro sarkoma femur distal* di Pav II Rumah Sakit Darmo Surabaya

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu menerapkan asuhan keperawatan pada Tn J dengan diagnosa medis *chondrosarkoma femur distal* di Pav II Rumah Sakit Darmo Surabaya

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian keperawatan pada Tn J dengan diagnosa medis *chondrosarkoma femur distal* di Pav II Rumah Sakit Darmo Surabaya
2. Merumuskan Diagnosis keperawatan pada Tn J dengan diagnosa medis *chondrosarkoma femur distal* di Pav II Rumah Sakit Darmo Surabaya
3. Merencanakan asuhan keperawatan pada Tn J dengan diagnosa medis *chondrosarkoma femur distal* di Pav II Rumah Sakit Darmo Surabaya
4. Melaksanakan Asuhan keperawatan pada Tn J dengan diagnosa medis *chondrosarkoma femur distal* di Pav II Rumah Sakit Darmo Surabaya
5. Melakukan evaluasi Asuhan keperawatan pada Tn J dengan diagnosa medis *chondrosarkoma femur distal* di Pav II Rumah Sakit Darmo Surabaya

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Melalui karya ilmiah ini diharapkan dapat menambah khasanah agar perawat lebih mengetahui dan meningkatkan asuhan keperawatan serta digunakan

sebagai media informasi ilmiah serta rujukan ilmiah dalam mengembangkan asuhan keperawatan dengan diagnosis *chondrosarkoma femur distal*.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan karya ilmiah ini dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit sehingga dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis *chondrosarkoma femur distal*.

2. Bagi Penulis

Diharapkan karya ilmiah ini dapat menambah wawasan, dan pengalaman bagi penulis dalam mengembangkan asuhan keperawatan *medical bedah* yang dapat bermanfaat bagi dunia kesehatan pada umumnya dan di dunia keperawatan pada khususnya

3. Bagi Profesi Keperawatan

Diharapkan karya ilmiah ini dapat memberi informasi bagi profesi keperawatan dalam mengembangkan asuhan keperawatan dan menambah wawasan serta pengalaman profesi keperawatan mengenai asuhan keperawatan dengan diagnosis *chondrosarkoma femur distal*.

1.5 Metode Penulisan

1. Metode

Metode yang digunakan dalam karya ilmiah akhir ini adalah metode deskriptif yaitu yang mana metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau

gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses

keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

2. Teknik pengumpulan data

a. Wawancara

Data yang diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, ataupun keluarga pasien.

b. Observasi

Data yang diperoleh melalui pengamatan pasien, reaksi, respon pasien dan keluarga pasien

c. Pemeriksaan

Data yang diperoleh melalui pemeriksaan fisik, laboratorium dan radiologi sebagai bahan penunjang menegakkan diagnosis dan penanganan selanjutnya

3. Sumber data

a. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien.

b. Data sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat pasien.

c. Studi kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

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

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi, daftar tabel, daftar gambar, daftar lampiran, serta daftar singkatan
2. Bagian inti terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :
 - a. BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang, rumusan masalah, tujuan, manfaat, metode penulisan dan sistematika penulisan studi kasus.
 - b. BAB 2 : Tinjauan Pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis, konsep asuhan keperawatan pasien dengan diagnosis *chondrosarkoma*, serta kerangka masalah pada *chondrosarkoma*
 - c. BAB 3 : Tinjauan kasus, berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan
 - d. BAB 4 : Pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi fakta, teori, dan opini penulis.
 - e. BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.
3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada Bab 2 Tinjauan pustaka akan membahas mengenai Konsep *Chondrosarkoma* dan Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

2.1 Konsep *Chondrosarkoma*

2.1.1 Konsep dasar *Chondrosarkoma*

Chondrosarkoma ialah tumor ganas dengan ciri khas pembentukan jaringan tulang rawan oleh sel-sel tumor dan merupakan tumor ganas tulang primer terbanyak kedua setelah osteosarkoma. *Chondrosarkoma* merupakan tumor tulang yang terdiri dari sel-sel kartilago (tulang rawan) anaplastik yang berkembang menjadi ganas. *Chondrosarkoma* biasanya ditemukan pada daerah tulang femur, humerus, kosta dan bagian permukaan pelvis (Anggreani et al., 2019).

Tumor ini memiliki banyak ciri dan bentuk perkembangan. Dari pertumbuhan yang lambat hingga pertumbuhan metastasis yang agresif. *Chondrosarkoma* dapat dibagi menjadi kondrosarkoma primer dan sekunder. Untuk keganasan yang berasal dari kartilago itu sendiri disebut *chondrosarkoma* primer. Sedangkan apabila merupakan bentuk degenerasi keganasan dari penyakit lain seperti enkondroma, osteokondroma dan chondroblastoma disebut *chondrosarkoma* sekunder. *Chondrosarkoma* sekunder kurang ganas dibandingkan *chondrosarkoma* primer. *Chondrosarkoma* dapat diklasifikasi menjadi tumor sentral atau perifer berdasarkan lokasinya di tulang.

Trauma dipercaya mempunyai peranan penting di dalam kondisi ini. Namun ada beberapa faktor lain yang dipercaya mempunyai peranan penting dalam mempengaruhi kondisi ini antara lain ekstrinsik karsinogenik, karsinogenik kimia dan virus. yang termaksud dalam jenis tumor ini adalah semua sarkoma berasal dari sel- sel osteoblas. Oleh sebab itu bermacam-macam gambaran histologi yang terjadi, seperti fibromiksosarkoma, miksosarkoma, miksokhondrosarkoma, kondrosarkoma, dan seterusnya. Tahap-tahap perkembangan osteoblastik juga dapat terlihat mulai dari kumparan-kumparan sel yang sederhana ke mukoid, kartilago dan tulang (Thalib, 2020)

2.1.2 Anatomi Fisiologi



Gambar 2.1.1 Tulang Manusia

Tulang terdiri dari beragam bentuk dan ukuran, ada yang panjang, ada yang pipih, ada yang bentuknya seperti biji. Secara garis besar tulang dapat di klasifikasikan berdasarkan bentuknya yaitu tulang panjang, pendek, pipih, tidak beraturan, dan sesamoid. Tulang merupakan bentuk khusus jaringan ikat yang terdiri atas sel, serat jaringan ikat, dan matriks ekstrasel. Tulang yang sedang terbentuk dan tulang dewasa memiliki empat jenis sel, yaitu:

1. Sel osteoprogenitor, yaitu sel punca pluripoten yang belum berdiferensiasi dan berasal dari mesenkim jaringan ikat. Sewaktu pembentukan tulang, sel osteoprogenitor berproliferasi dengan mitosis dan berdiferensiasi menjadi osteoblast yang kemudian mulai mengeluarkan serat kolagen dan matriks tulang.
2. Osteoblast, terdapat pada permukaan tulang. Osteoblast menyintesis, menyekresi, dan mengendapkan osteoid (osteoidium), komponen organik matriks tulang baru. Osteoid adalah matriks tulang yang tidak terkalsifikasi dan tidak mengandung mineral; namun, tidak lama setelah diendapkan, osteoid segera mengalami mineralisasi dan menjadi tulang.
3. Osteosit, yaitu bentuk matur osteoblast dan merupakan sel utama tulang.
4. Osteoklast, yaitu sel multinukleus besar yang terdapat di sepanjang permukaan tulang tempat terjadinya reabsorpsi, remodeling dan perbaikan tulang. Fungsi utama osteoklast adalah resorpsi tulang selama remodeling (pembaruan atau restrukturisasi) (Eroschenko, 2015 dalam Osteosarkoma, 2020).

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



Gambar 2.1.2 Os Femur

Ukuran dan bentuk dari collum femur sangatlah bervariasi antar individu. Terdapat pembengkokan ke anterior dari collum femur (femoral anteversion) yaitu sekitar $10^{\circ} \pm 7^{\circ}$ pada individu normal. Diameter dari caput femur sebesar berkisar antara 40 – 60 mm tergantung dari ukuran tubuh individu. Ketebalan dari kartilago sendi bervariasi antara 4mm pada apex caput femur dan 3mm pada bagian perifer. Collum femur bersudut dengan diafisis femur (neck shaft angle) sekitar $125 - 135^{\circ}$ pada panggul yang normal, sudut collum – shaft femur yang kurang dari normal disebut coxa vara, dan sudut yang berukuran lebih besar dari ini disebut coxa valga.

2.1.3 Etiologi

Etiologi *chondrosarkoma* masih belum diketahui secara pasti. Informasi etiologi kondrosarkoma masih sangat minimal. Namun berdasarkan penelitian yang terus berkembang didapatkan bahwa *chondrosarkoma* berhubungan dengan tumor-tumor tulang jinak seperti enkondroma atau osteokondroma sangat besar kemungkinannya untuk berkembang menjadi *chondrosarkoma*. Adapun faktor predisposisi yang dapat menyebabkan osteosarkoma antara lain:

1. Trauma Osteosarkoma dapat terjadi beberapa bulan atau beberapa tahun setelah terjadinya trauma. Walaupun demikian trauma ini tidak dapat dianggap sebagai penyebab utama karena tulang yang fraktur akibat trauma ringan maupun parah jarang menyebabkan *chondrosarkoma*.
2. Ekstrinsik karsinogenik Penggunaan substansi radioaktif dalam jangka waktu lama dan melebihi dosis juga diduga merupakan penyebab terjadinya *chondrosarkoma* ini. Salah satu contoh adalah radiasi. Radiasi yang diberikan untuk penyakit tulang seperti kista tulang aneurismal, fibrous displasi.
3. Karsinogenik kimia
Ada dugaan bahwa penggunaan thorium untuk penderita tuberkulosis mengakibatkan 14 dari 53 pasien berkembang menjadi osteosarkoma dan *chondrosarkoma*.
4. Virus
Penelitian tentang virus yang dapat menyebabkan *chondrosarkoma* baru dilakukan pada hewan, sedangkan sejumlah usaha untuk menemukan onkogenik virus pada *chondrosarkoma* manusia tidak berhasil. Walaupun beberapa laporan menyatakan adanya partikel seperti virus pada sel *chondrosarkoma* dalam kultur jaringan.

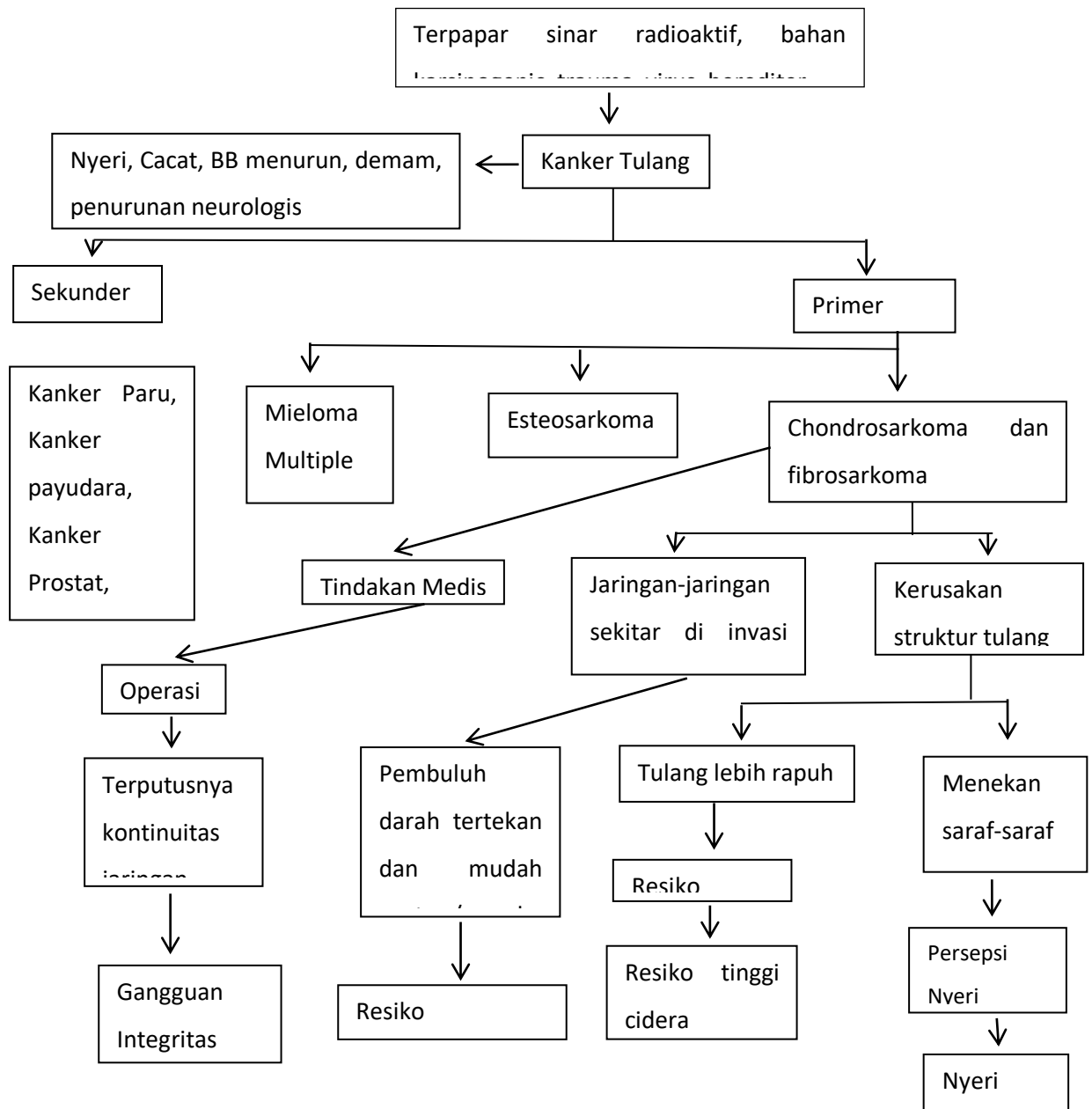
Tumor ini dapat juga terjadi akibat efek samping dari terapi radiasi untuk terapi kanker selain bentuk kanker primer. Selain itu, pasien dengan sindrom encondromatosis seperti Ollier disease dan Maffucci syndrome, beresiko tinggi untuk terkena *chondrosarkoma*.

2.1.4 Patofisiologi

Patofisiologi *chondrosarkoma* primer maupun sekunder adalah terbentuknya kartilago oleh sel-sel tumor tanpa disertai osteogenesis. Sel tumor hanya memproduksi kartilago hialin yang mengakibatkan abnormalitas pertumbuhan tulang dan kartilago. Secara fisiologis, kondrosit yang mati dibersihkan oleh osteoklas kemudian daerah yang kosong itu, diinvasi oleh osteoblas-osteoblas yang melakukan proses osifikasi. Proses osifikasi ini menyebabkan diafisis bertambah panjang dan lempeng epifisis kembali ke ketebalan semula. Seharusnya kartilago yang diganti oleh tulang di ujung diafisis lempeng memiliki ketebalan yang setara dengan pertumbuhan kartilago baru di ujung epifisis lempeng.

Namun pada *chondrosarkoma* proses osteogenesis tidak terjadi, sel-sel kartilago menjadi ganas dan menyebabkan abnormalitas penonjolan tulang, dengan berbagai variasi ukuran dan lokasi. Proses keganasan kondrosit dapat berasal dari perifer atau sentral. Apabila lesi awal dari kanalis intramedular, di dalam tulang itu sendiri dinamakan *chondrosarkoma* sentral sedangkan *chondrosarkoma* perifer apabila lesi dari permukaan tulang seperti kortikal dan periosteal. Tumor kemudian tumbuh membesar dan mengikis korteks sehingga menimbulkan reaksi periosteal pada formasi tulang baru dan soft tissue.

2.1.5 Pathway



2.1.3 Gambar Pathway *Chondrosarkoma*

2.1.6 Manifestasi Klinis

Menurut Rahman, 2015 Berikut adalah gejala yang bisa ditemukan pada *chondrosarkoma* adalah :

1. Nyeri

Nyeri merupakan gejala yang paling banyak ditemukan. Sekitar 75% pasien *chondrosarkoma* merasakan nyeri. Gejala nyeri yang ditimbulkan tergantung pada predileksi serta ukuran tumor. Gejala dini biasanya berupa nyeri yang bersifat tumpul akibat pembesaran tumor yang perlahan-lahan. Nyeri berlangsung lama dan memburuk pada malam hari. Saat istirahat nyeri tidak menghilang. Nyeri diperberat oleh adanya fraktur patologis.

2. Pembengkakan Pembengkakan lokal biasa ditemukan.

3. Massa yang teraba Teraba massa yang diakibatkan penonjolan tulang.

4. Frekuensi miksi meningkat Manifestasi klinis ini ditemukan pada *chondrosarkoma* di pelvis.

5. Adanya rasa sakit, ketika beraktifitas

6. Penderita osteosarkoma sering jatuh

2.1.7 Klasifikasi

Grade atau klasifikasi dilihat dari agresif tidaknya tumor tersebut, Disebut grade rendah (G1) apabila jinak dan grade tinggi (G2) bila agresif. Penilaian grade kondrosarkoma dapat juga melalui pemeriksaan mikroskopis Pada grade rendah biasanya sel tumor masih mirip dengan sel normal dan pertumbuhannya lambat serta kemungkinan metastase sangat kecil. Pada grade tinggi, sel tumor tampak abnormal dengan pertumbuhan dan kemampuan metastase yang sangat cepat. Kebanyakan *chondrosarkoma* itu berada pada grade rendah. Grade tinggi *chondrosarkoma* lebih sering akibat rekurensi dan metastase ke bagian tubuh yang

lain. Yang termasuk grade rendah adalah kondrosarkoma sekunder sedangkan yang termasuk grade tinggi adalah *chondrosarkoma* primer. Berikut ini adalah penentuan stage *chondrosarkoma*:

1. Stage 1A merupakan tumor grade rendah di dalam tulang
2. Stage 1B merupakan tumor grade rendah di luar tulang yang meliputi soft tissue spaces, nervus dan pembuluh darah.
3. Stage 2A merupakan tumor grade tinggi di lapisan keras tulang.
4. Stage 2B merupakan tumor grade tinggi di luar tulang yang meliputi soft tissue spaces, nervus dan pembuluh darah.
5. Stage 3 merupakan tumor grade rendah-tinggi, bisa di dalam atau di luar tulang namun telah mengalami metastase.

2.1.8 Komplikasi

Risiko berhubungan dengan operasi termasuk infeksi, kekambuhan dari kanker, dan luka pada jaringan-jaringan yang mengelilinginya. Dalam rangka untuk mengangkat seluruh kanker dan mengurangi risiko kekambuhan, beberapa jaringan normal yang mengelilinginya juga diangkat, tergantung pada lokasi dari kanker, ini memerlukan pengangkatan dari porsi-porsi dari tulang, otot, syaraf, atau pembuluhdarah. Risiko ini dapat menyebabkan kelemahan, kehilangan sensasi (Reevers, 2001 dalam Fadhila *et al.*, 2021), adapun beberapa efek atau komplikasi yang akan terjadi, yaitu :

1. Efek kemoterapi

Efek sampingan utama dari terapi radiasi termasuk kelelahan, kehilangan nafsu makan, dan kerusakan pada kulit dan jaringan lunak sekelilingnya. Terapi radiasi dapat juga meningkatkan risiko persoalan-persoalan luka dari operasi pada area yang sama

2. Kecatatan
3. Kematian

2.1.9 Pemeriksaan Penunjang

Diagnosis berdasarkan pada riwayat , pemeriksaan fisik, dan penunjang diagnosis seperti CT, Biopsi, dan pemeriksaan biokimia darah dan urine. Pemeriksaan foto toraks dilakukan sebagai prosedur rutin serta untuk follow up adanya statis pada paru-paru. Biopsi harus dilakukan untuk mencegah terjadinya penyebaran dan kekambuhan yang terjadi setelah eksisi tumor(Reeves,2001 dalam Fadhila *et al.*, 2021).

1. Pemeriksaan Radiologi Pemeriksaan radiologi yang dilakukan untuk membantu menegakkandiagnosis, meliputi foto sinar-x lokal pada lokasi lesi atau foto survei seluruh tulang (bone survey) apabila ada gambaran klinis yang mendukung adanya tumor ganas/metastasis.Pemeriksaan radiologi lain yang dapat dilakukan, Pemindaian radionuklida.
2. Pemeriksaan CT-scan dapat memberikan informasi tentang keberadaan tumor, apakah intraoseus atau ekstraoseus.
3. MRI dapat memberika informasi tentang apakah tumor berada dalam tulang,apakah tumor berekspansi ke dalam sendi atau ke jaringan lunak

4. Pemeriksaan laboratorium merupakan pemeriksaan tambahan/ penunjang dalam membantu menegakkan diagnosis tumor. Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan meliputi pemeriksaan darah meliputi pemeriksaan laju endap darah, haemoglobin, fosfatase alkali serum, elektroforesis protein serum, fosfatase asam serum yang memberikan nilai diagnostik pada tumor ganas tulang.
5. Urine : Pemeriksaan urine yang penting adalah pemeriksaan protein.
6. Biopsi, tujuan biopsi adalah memperoleh material yang cukup untuk pemeriksaan histologist, untuk membantu menetapkan diagnosis serta grading tumor.

2.1.10 Penatalaksanaan

Dalam penatalaksanaan kasus chondrosarkoma ini terdapat 2 penatalaksanaan yaitu tindakan medis dan tindakan keperawatan mandiri perawat, yaitu :

1. Tindakan Medis
 - a. Pembedahan secara insisi, menyeluruh atau amputasi.
 - b. Kemoterapi, Merupakan senyawa kimia untuk membunuh sel kanker. Efektif pada kanker yang sudah metastase dapat merusak sel normal. Selain itu, mengkonsumsi Obat-obatan kemoterapi yang mempunyai hasil cukup efektif.
 - c. Radiasi Efek
 - d. Analgesik atau tranquiler Analgesik non narkotik, sedative, psikoterapi serta bila perlu narkotika.

- e. Diet tinggi protein tinggi kalori.
2. Tindakan keperawatan dengan cara Manajemen nyeri Teknik manajemen nyeri secara psikologik (teknik relaksasi napas dalam, visualisasi, dan bimbingan imajinasi) dan farmakologi (pemberian analgetik), Mengajarkan mekanisme coping yang efektif, Motivasi klien dan keluarga untuk mengungkapkan perasaan mereka, dan berikan dukungan secara moral serta anjurkan keluarga untuk berkonsultasi ke ahli psikologi, Memberikan nutrisi yang adekuat, Antiemetika dan teknik relaksasi dapat mengurangi reaksi gastrointestinal, dan Pendidikan kesehatan

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan *Chondrosarkoma*

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah suatu komponen dari proses keperawatan yaitu usaha yang dilakukan oleh perawat dalam menggali permasalahan dari pasien meliputi pengumpulan data tentang status kesehatan pasien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat, dan berkesinambungan

1. B1 (Breathing)

Yang dialami pasien pada saluran pernafasan terkadang pada inspeksi bentuk dada simetris, terkadang ada yang membutuhkan alat bantu nafas oksigen pada palpasi didapatkan data RR: lebih 22 x/menit, vokal premitus antara kanan dan kiri sama, susunan ruas tulang belakang

normal. pada auskultasi tidak ditemukan suara nafas tambahan, suara nafas vesikuler, mungkin terjadi pernafasan cepat dalam, frekuensi meningkat,

2. B2 (Blood)

Pada inspeksi penyembuhan luka yang lama. Pada palpasi ictus cordis tidak teraba, nadi 83 x/menit, irama reguler, CRT dapat kembali kurang dari 3 detik, pulsasi kuat lokasi radialis. Pada perkusi suara dullnes/redup/pekak, bisa terjadi nyeri dada. Pada auskultasi bunyi jantung normal dan mungkin tidak ada suara tambahan seperti gallop rhytme ataupun murmur

3. B3 (Brain)

Kesadaran bisa menurun, pasien bisa pusing, merasa kesemutan, mungkin disorientasi, sering mengantuk, tidak ada gangguan memori.

4. B4 (Bladder)

Pada inspeksi didapatkan bentuk kelamin normal, kebersihan alat kelamin bersih, frekuensi berkemih normal atau tidak, bau, warna, jumlah, dan tempat yang digunakan. Pasien menggunakan terkadang terpasang kateter dikarenakan adanya kelainan pada ekstremitas bagian bawah atau terdapat masalah di saluran kencing, seperti poliuria, anuria, oliguria

5. B5 (Bowel)

pada inspeksi keadaan mulut mungkin kotor, mukosa bibir kering atau lembab, lidah mungkin kotor, kebiasaan menggosok gigi sebelum dan saat MRS, tenggorokan ada atau tidak ada kesulitan menelan, bisa

terjadi mual, muntah, penurunan BB, polifagia, polidipsi. Pada palpasi adakah nyeri abdomen, pada perkusi didaatkan bunyi thympani, pada auskultasi terdengar peristaltik usus. Kebiasaan BAB di rumah dan saat MRS, bagaimana konsistensi, warna, bau, dan tempat yang digunakan.

6. B6 (Bone)

Pada inspeksi kulit tampak kotor, adakah luka, kulit atau membran mukosa mungkin kering, ada oedema, lokasi ukuran. Pada palpasi kelembaanp kulit mungkin lembab, akral hangat, turgor kulit hangat. Kekuatan otot dapat menurun, pergerakan sendi dan tungkai bisa mengalami pada penurunan.ada perkusi adakah fraktur, dislokasi.

7. Pemeriksaan Penunjang

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Pengumpulan data adalah pengumpulan informasi tentang data pasien yang dilakukan untuk menentukan masalah keperawatan, serta kebutuhan keperawatan dan kesehatan pasien. Pengumpulan informasi merupakan tahap awal dalam proses keperawatan. Dari informasi yang terkumpul, didapatkan data dasar tentang masalah-masalah yang dihadapi pasien. Selanjutnya data dasar tersebut digunakan untuk menentukan diagnosis keperawatan, merencanakan asuhan keperawatan, serta tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah-masalah pasien. Pengumpulan data dimulai sejak pasien masuk rumah sakit (initial assessment), selama pasien dirawat secara terus menerus (on going assessment), serta pengkajian ulang untuk menambah atau melengkapi data (re-assessment).

(Potter & Perry, 2005 dalam Tan, 2021). Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada chondrosarkoma adalah :

1. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi
2. Gangguan Pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan
3. Nyeri Akut agen pencedera fisik
4. Resiko Infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif
5. Gangguan integritas kulit / jaringan berhubungan dengan faktor mekanis

2.2.3 Intervensi Keperawatan

PRE OPERASI

NO	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi	<p>Setelah dilakukan intervensi maka tingkat ansietas menurun, dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengungkapkan menerima kondisi sakitnya 2. Perilaku tegang dan gelisah menurun 3. Pola tidur membaik <p style="text-align: center;">SLKI 2016</p> <p style="text-align: center;">L.09093</p> <p style="text-align: center;">Hal 132</p>	<p>SIKI I.09314, Hal 387 :</p> <p>Intervensi Utama : Reduksi Ansietas</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda – tanda ansietas <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan mengurangi kecemasan 3. Pahami situasi yang membuat ansietas dengarkan dengan penuh perhatian

			<p>4. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</p> <p>Edukasi</p> <p>5. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami</p> <p>6. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien</p> <p>7. Latih teknik relaksasi</p>
--	--	--	--

2.2.3 Tabel Intervensi Pre Operasi

POST OPERASI

NO	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan	<p>Setelah dilakukan intervensi maka pola tidur membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur meningkat 2. Keluhan sering terjaga meningkat 3. Keluhan tidak puas tidur meningkat <p>SLKI 2016 L.05045</p> <p>Hal 96</p>	<p>SIKI I.09265, Hal 48 :</p> <p>Intervensi Utama : Dukungan Tidur Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi faktor pengganggu tidur <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Modifikasi lingkungan 3. Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Anjurkan penggunaan obat tidur yang mengandung supresor terhadap tidur REM 5. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya
2	Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik	<p>Setelah dilakukan intervensi maka tingkat nyeri menurun, dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri skala nyeri 0 - 1 	<p>SIKI I.08238, Hal 201 :</p> <p>Intervensi Utama : Manajemen Nyeri</p>

	(Prosedur Operasi)	<p>2. Pasien tampak rileks dan tenang 3. Frekuensi nadi, RR, dan TD normal Nadi 70-80 x/mnt, RR 16 – 20 x/mnt, Tekanan Darah 110 – 125/60 – 70 mmhg.</p> <p style="text-align: center;">SLKI 2016</p> <p style="text-align: center;">L.08066</p> <p>Hal 145</p>	<p>Obervasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi skala nyeri 2. Identifikasi pemberat dan peringan nyeri <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Berikan terapi non farmakologis (teknik relaksasi menarik nafas panjang dari hidung mengeluarkan lewat mulut) 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Jelaskan strategi meredakan nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Kolaborasi pemberian analgetik
3	Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif	<p>Setelah dilakukan intervensi maka tingkat infeksi menurun, dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Demama menurun 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun 5. Kadar sel darah putih membaik <p style="text-align: center;">SLKI 2016</p> <p style="text-align: center;">L.14137</p> <p>Hal 139</p>	<p>SIKI I.14539, Hal 278 :</p> <p>Intervensi Utama :</p> <p>Pencegahan Infeksi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Jelaskan tanda dan gejalainfeksi 6. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 7. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

4	Gangguan integritas kulit/jaringan	<p>Setelah dilakukan intervensi maka integritas kulit / jaringan meningkat, dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan lapisan kulit menurun 3. Elastisitas meningkat 4. Hidrasi meningkat 5. Perfusi jaringan meningkat <p style="text-align: center;">SLKI 2016</p> <p style="text-align: center;">L.14125</p> <p>Hal 33</p>	<p>SIKI L.14564, Hal 328 - 329 :</p> <p>Intervensi Utama : Perawatan Luka</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka 2. Monitor tanda - tanda infeksi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Bersihkan dengan cairan Nacl atau pembersih nontoksik sesuai kebutuhan 4. Pasang balutan sesuai jenis luka 5. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 7. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 8. Kolaborasi pemberian antibiotik
---	------------------------------------	---	---

2.2.3 Tabel Intervensi Post Operasi

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Pedoman implementasi keperawatan menurut Dermawan (2012) Tindakan yang dilakukan konsisten dengan rencana dan dilakukan setelah memvalidasi rencana. alidasi menentukan apakah rencana masih relevan, masalah mendesak, berdasar pada rasional yang baik dan di individualisasikan. Perawat memastikan bahwa tindakan yang sedang di implementasikan, baik oleh pasien, perawat atau

yang lain, berorientasi pada tujuan dan hasil. Tindakan selama implementasi diarahkan untuk mencapai tujuan.

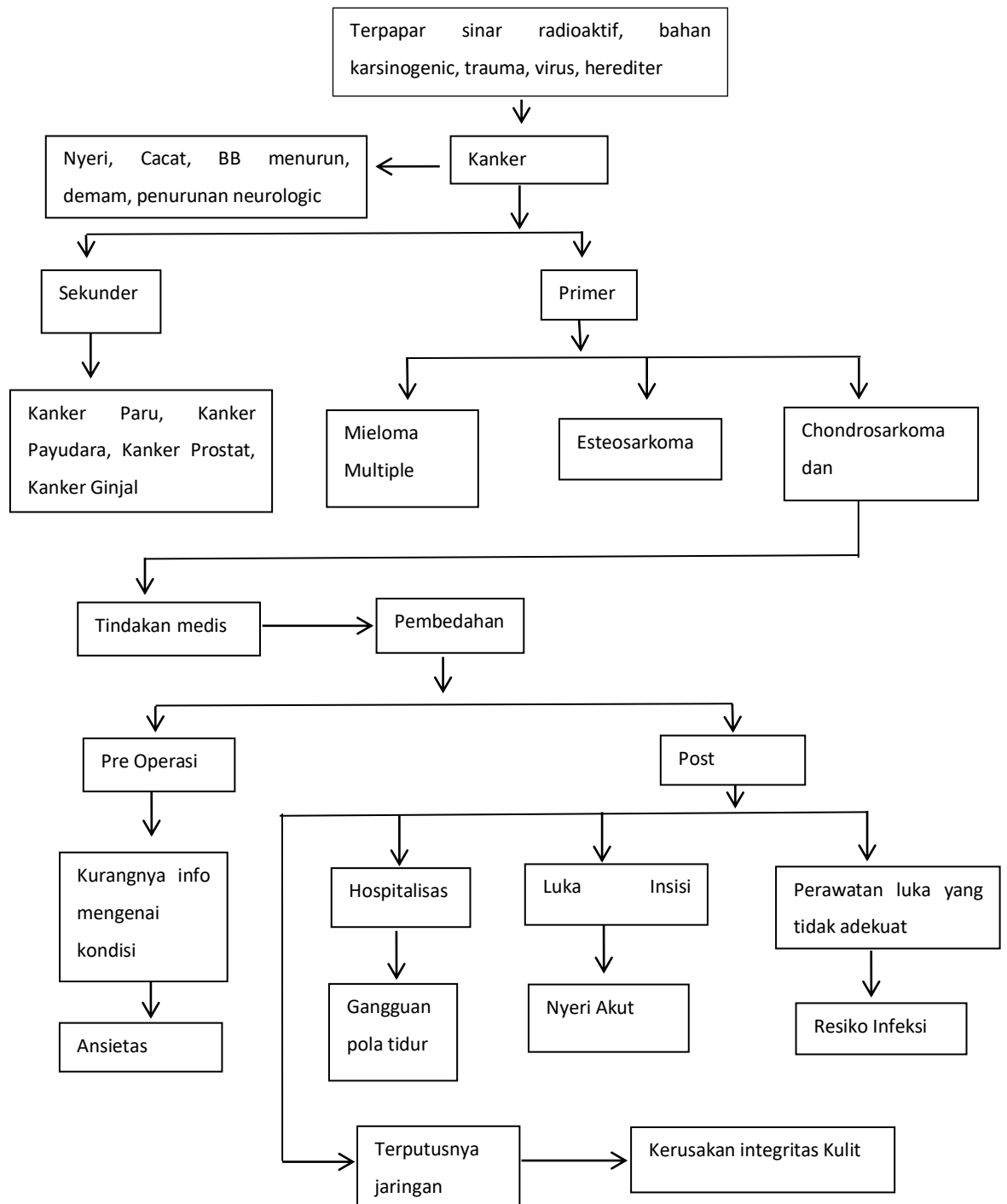
Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan rencana keperawatan oleh perawat dan pasien (Riyadi, 2010). Implementasi keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Setiadi, 2012).

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah mengkaji respon pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan dan mengkaji ulang asuhan keperawatan yang telah diberikan (Deswani, 2009). Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan (Manurung, 2011).

Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai. Evaluasi selalu berkaitan dengan tujuan, apabila dalam penilaian ternyata tujuan tidak tercapai, maka perlu dicari penyebabnya. Hal tersebut dapat terjadi karena beberapa faktor, seperti tujuan tidak realistis, tindakan keperawatan yang tidak tepat, dan terdapat faktor lingkungan yang tidak dapat diatasi. Beberapa alasan penting penilaian evaluasi, yaitu menghentikan tindakan atau kegiatan yang tidak berguna, Menambah ketepatan tindakan keperawatan, Sebagai bukti hasil dari tindakan perawatan, dan Untuk pengembangan dan penyempurnaan praktik keperawatan.

2.2.6 WOC Perawatan



2.1.4 Gambar WOC Chondrosarkom

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Pada bab 3 tinjauan kasus akan menjelaskan mengenai hasil pelaksanaan asuhan keperawatan medical bedah yang dimulai dari tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi keperawatan.

3.1 Pengkajian

3.1.1 Data Umum

Pasien bernama Tn.J berumur 49 tahun berjenis kelamin laki-laki, dengan nomor rekam medis 2994xx di rawat di ruang Pav II RS Darmo Surabaya. Pasien masuk rumah sakit pada tanggal 10 Januari 2022 dengan diagnosa medis *Chondro Sarkoma femur distal dextra*

3.1.2 Riwayat Keperawatan

1. Keluhan Utama

Pasien mengatakan nyeri pada lutut kanan

2. Riwayat Penyakit Sekarang

Saat pengkajian, pasien mengatakan nyeri pada lutut sebelah kanan sudah di rasakan sekitar bulan Mei 2021 dikira sakit asam urat di cek kadar asam urat sekitar 7 diminumi Allupurinol, makin lama nyeri dirasakan makin sering dan bila setelah posisi duduk kaki kanan terasa kebas, bila berdiri kaki kanan harus di buat berdiri sebentar, lalu ke dokter di foto dan CT Scan, dan dibiopsi dari Dokter di kalimantan di

sarankan ke Dr Ferdiansyah di Surabaya, MRS RS Darmo tanggal 21-12-2021. Dilakukan biopsi dan MSCT Genu.

Pasien opname sekarang ini membawa surat pengantar dari Dr Ferdiansyah untuk di lakukan tindakan operasi wide excisi rekontruksi mega protosit , saat ini pasien mengeluh nyeri di lutut sebelah kanan skala 5, lutut bengkak teraba hangat dan terlihat merah , lutut di tutup kassa dan hypafix post biopsi di Darmo, lutut bengkak sudah 1 bulan, obat yang di konsumsi dari rumah, bila perlu Ultraset 3x1tab, 0-0-1 tab Allupurinol 100 mg(bila kebas saja),0-0-1 tab Intervask 10 mg

3. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan mempunyai riwayat hipertensi sejak tahun 2017 (terkontrol), pasien juga mengatakan pernah operasi usus buntu di kalimantan tahun yang lalu.

4. Riwayat Alergi

Pasien mengatakan tidak mempunyai alergi terhadap obat, makanan, minuman, dan hewan.

5. Keadaan Umum

Pasien tampak lemah, BB 80 kg, TB 172 cm, IMT 27,1

6. Status Kesadaran

Pasien dengan kesadaran compos metis, GCS : E 4, V 5, M 6 (Total 15), Nadi : 93x/mnt, RR actual : 24 x/mnt, TD : 148/83 mmHg, Suhu : 36,9c, skala nyeri : P = kaki kanan, Q = tumpul, R = lutut kaki kanan, S = skala 5, T = saat di gerakkan

1.1.3 Pemeriksaan Fisik

1. B1 *Breath* (Pernafasan)

Pada pemeriksaan B1 *Breath*/Pernafasan, bentuk dada normochest, pola nafas eupnea, pergerakan dada simetris, tidak ada penggunaan otot bantu nafas, tidak sesak nafas, perkusi sonor, suara nafas vesikuler tidak ada ronchi, RR 20 x/mnt, SpO₂ 98%

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

2. B2 *Blood* (Sirkulasi)

Pada pemeriksaan B2 *Blood*/Sirkulasi, konungtiva anemis, akral teraba hangat dan merah, tidak ada sianosis, Nadi 93 x/mnt teraba cepat dan kuat, CRT < 2 detik, TD 148/83 mmHg, Irama antung reguler, bunyi jantung S1 S2 tunggal

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

3. B3 *Brain* (Pernafasan)

Pada pemeriksaan B3 *Brain*/Pernafasan, Kesadaran baik GCS : E 4, V 5, M 6, tidak ada kelainan di nervus 1 (olfaktori), tidak ada kelainan di nervus 2 (optikus), tidak ada kelainan di nervus 3 (okulomotorius), tidak ada kelainan di nervus 4 (toclearis), tidak ada kelainan di nervus 5 (trigeminus), tidak ada kelainan di nervus 6 (abdusen), tidak ada kelainan di nervus 7 (facialis), tidak ada kelainan di nervus 8 (vestibulokoklearis), tidak ada kelainan di

nervus 9 (glossofaringeus), tidak ada kelainan di nervus 10 (vagus), terdapat kelainan di nervus 11 (Asesorius) yaitu pasien jalan dibantu dengan kruk karena lutut kanan sakit, bengkak, teraba hangat dan merah, tidak ada kelainan di nervus 12 (hipoglosus)

Masalah Keperawatan : Gangguan Mobilitas Fisik

4. *Bladder* (Pencernaan)

Pemeriksaan B4 Bladder/Perkemihan, pasien mengatakan BAK lancar, miksi spontan produksi urine kuning jernih, tidak ada masalah

Masalah Keperawatan : Tidak ada Masalah Keperawatan

5. *Bowel* (Pencernaan)

Pemeriksaan B5 Bowel/Pencernaan, Mulut tampak bersih, mukosa kering, pasien mengatakan nafsu makan baik, makan minum per oral dengan diet tinggi kalori tinggi protein (TKTP), rendah garam (RG) dan tinggi kalsium, bising usus 15 x/mnt, BB sebelum MRS 80 kg, BB sesudah MRS 80 kg, Tinggi badan 172 cm, IMT laki-laki 27,1 (Obesitas). Eliminasi alvi atau BAB dibantu dengan menggunakan pampres, frekuensi 2x/sehari dengan konsistensi lembek, pasien tidak terpasang colostomi.

Masalah Keperawatan : Tidak ada Masalah Keperawatan

6. *Bone* (Muskuloskeletal)

Pemeriksaan B6 Bone/Muskuloskeletal, tidak terdapat raktur, kemampuan

gerak terbatas, ROM terbatas pada anggota tubuh bagian kanan, persendian

ekstremitas kanan tampak kaku, **kekuatan otot** :
$$\begin{array}{r|l} 5555 & 5555 \\ \hline 2222 & 5555 \end{array}$$

Ekstremitas atas : tangan kanan dapat memegang dan di gerakan dengan bebas, tangan kiri dapat memegang dan di gerakan dengan bebas,

Ekstremitas bawah : kaki kanan sulit di gerakan karena nyeri bila digerakkan, lutut kanan terlihat bengkak dan merah, bila berubah posisi dan mengerakkan kaki kanan terlihat meringis menahan nyeri, kaki kiri dapat di gerakan.

Masalah Keperawatan : Gangguan Mobilitas Fisik

7. Asesmen Risiko Jatuh (*Morse Fall Scale*)

Skor Risiko Jatuh (Morse Fall Score)		
PARAMETER	STATUS	SKOR
Riwayat jatuh (baru-baru ini atau dalam 3 bulan terakhir)	Tidak Pernah	0
	Pernah	25
Penyakit penyerta (diagnosa sekunder)	Ada	25
	Tidak Ada	0
Alat bantu jalan	Tanpa alat bantu : bed rest / dibantu perawat	0
	Tongkat Penyangga	15
	Furnitur	30
Pemakaian infus	Ya	20

intravena	Tidak	0
Cara berjalan	Normal, tidak dapat berjalan	0
	Lemah	10
	Terganggu	20
Status Mental	Menyadari kelemahannya	0
	Tidak menyadari kelemahannya	15
Total Skor		60

3.1.3 Tabel Asesmen Risiko Jatuh (*Morse Fall Scale*)

Keterangan :

Risiko Rendah : 0 - 24

Risiko Sedang : 25 – 44

Risiko Tinggi : > 45

8. Psikpsosociocultural

Psikosociocultural, persepsi pasien terhadap sakitnya yaitu pasien merasa khawatir dengan keadaan sakitnya saat ini, apakah bisa sembuh dan beralan kembali setelah operasi. Pasien berharap bisa segera sembuh dan beraktivitas kembali serta bisa pulang ke kalimantan seperti sedia kala. Pada konsep diri, gambaran diri pasien khawatir dengan sakitnya. Ideal diri, pasien ingin segera pulang. Harga diri, pasien tidak malu dengan sakitnya. Identitas diri, pasien anak ke delapan dari sembilan bersaudara, pasien memiliki empat orang anak. Koping dan toleransi stress, pasien menyerahkan semua penanganan kepada tim yang

bekerja di RS dan ingin segera sembuh. Pola nilai dan kepercayaan, pasien beragama islam, pasien menjalankan ibadah sholat lima waktu.

1.1.4 Data Penunjang

Hari/Tgl	Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
10 Jan 22	1. HB	12,7	14,0 – 18,0
	2. Leukosit	10,29	5,00 – 10,00
	3. HCT	38,2	42,0 – 52,0
	4. PLT	435	150 – 400
	5. Hitung Jenis leukosi		
	Neutrofil	H 68.5	50.0 – 60.0
	Limfosit	L 19.2	25.0 – 40.0
	Monosit	5.9	3.0 – 7.0
	Eosinofil	H 5.7	1.0 – 4.0
	Basofil	0.7	0.5 – 1.0
	Hitung jenis leukosit Absolut		
	Neutrofil	H 7.04	3.00 – 7.00
	Limfosit	1.98	1.50 – 4.00
	Monosit	H 0.61	0.10 – 0.50
	Eosinofil	H 0.59	0.05 – 0.25
	Basofil	0.07	0.01 – 0.10
	6. PCR Covid 19	Negatif	Negatif
12 Jan 22	1. HB	9,7	14,0 – 18,0
	2. Leukosit	17,59	5,00 – 10,00
	3. HCT	29,4	42,0 – 52,0
	4. PLT	358	150 – 400
	5. Hitung Jenis leukosi		
	Neutrofil	H 83.8	50.0 – 60.0
Limfosit	L 7.6	25.0 – 40.0	

	Monosit	H 8.5	3.0 – 7.0
	Eosinofil	L 0.0	1.0 – 4.0
	Basofil	L 0.1	0.5 – 1.0
	Hitung jenis leukosit Absolut		
	Neutrofil	H 14.75	3.00 – 7.00
	Limfosit	L 1.33	1.50 – 4.00
	Monosit	H 1.49	0.10 – 0.50
	Eosinofil	L 0.00	0.05 – 0.25
	Basofil	0.02	0.01 – 0.10
13 Jan 22	1. HB	11.4	14.0 – 18.0

3.1.4 Tabel Data Penunjang

1. Patologi Anatomi : Biopsi (Cartilago Lesion sesuai *chondrosarkoma*).
(Pemeriksaan di lakukan di RS Darmo, 04 Januari 22)
2. ECG Tanggal 27 Desember 2022 : Normal
3. Thorax Foto : Kecurigaan nodul di paru kanan, bila perlu dilakukan CT Scan. (Pemeriksaan di lakukan di RS Darmo, 21 Desember 22)
4. MSCT Thorax tanpa kontras : Multiple nodul di kedua paru menyokong gambaran metastase paru infiltrasi di lobus superior segmen apical paru kanan dan lobus inferior segmen superior paru kiri bisa merupakan gambaran metastase tipe pneumonia dd/ peradangan, lain – lain tak nampak kelainan. (Pemeriksaan di lakukan di RS Darmo, 27 Desember 22)
5. MRI Ekstremitas : 1.Malignant primary bone tumor of distal femur dextra sisi antero-posteromedial ukuran 8,5 x 7,8x11,95 cm, disertai central hemorrhagic and necrotic tissue, Suggestive of Giant cell tumor

MRI Advance : ADC value menunjukkan $0,3 - 1,74 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$, MR diffusion ; early rapid enchancemen denagan plateu pattern (type III TIC), MR spectroscopy : peningkatan Cholin & Choline – creatine ratio (2,82) dengan peningkatan lipid lectat menunjukkan komponen terdiri dari area necrotic yang luas, Tak tampak neurovasculer bundle encasement ke dalam massa, Destruksi cortex sisi anteromedial dan meluas ke intraarticular di suprapatellar recess & tibiofemoral joint dan adjacent m.medial vastus, Jarak antara *medial condyle femur* ke *shaft femur* yang bebas massa sejauh 13,05 cm, Jarak antara trochanter major femur ke shaft femur yang bebas massa sejauh 24,69 cm, Tak tampak skip lesion di proximal femur. (Pemeriksaan dilakukan di RS Premier Surabaya, 24 Desember 2021)

6. Foto Genu AP / Lat (Post Op Tanggal 11 Januari 2022)

Terpasang total knee replacement kanan, posisi baik, trabekulasi tulang diluar lesi normal, os petella kanan normal, Hip joint kanan normal

7. Foto Femur AP / Lat (Post Op Tanggal 11 Januari 2022)

- Terpasang total knee replacement kanan, posisi baik, trabekulasi tulang diluar lesi normal, os petella kanan normal, Hip joint kanan normal

Laporan Operasi Tanggal 11 Januari 2022

- Insisi Medial dengan mengambil bekas biopsi, dilakukan Wide Eksisi Tulang + Otot, Tulang dipotong setinggi 14 cm dari condyle femur, Wide Eksisi Otot dan Preservasi Perdarahan

- Tulang Femur + Tibia Proksimal Di Perparasi untuk pemasangan Implant, dilakukan pemasangan Implant Distal Femur Mega Prosthesis, luka dijahit di pasang drain
- Perdarahan di OK 350 cc

3.1.5 Pemberian Terapi

Tgl	Terapi Obat	Dosis	Rute	Indikasi
10 Januari 22	Ultracet		3 x 1 tab (bila nyeri)	Obat dengan kombinasi tramadol dan paracetamol untuk mengatasi rasa sakit, memiliki onset aksi yang lebih cepat dibandingkan dengan tramadol saja
	Terfacef	1 gr	2 x 1 amp	Obat yang digunakan untuk mengobati infeksi saluran pernafasan, infeksi saluran kemih, infeksi tulang, infeksi kulit dan sendi, profilaksisi bedah dan berbagai infeksi lain.
	Pyrex	1 gr	3 x 1 fl	Mengandung zat aktif paracetamol yang digunakan untuk menurunkan demam, meredakan sakit gigi.
	Esilgan	2 mg	1 tab	Esilgan memiliki kandungan berupa estazolam. Estazolam bekerja di otak dengan menghasilkan efek menenangkan
	Intervask	10 mg	0-0-1 tab	Obat untuk pengobatan lini

				pertama hipertensi dan dapat digunakan sebagai agen tunggal untuk pengontrol tekanan darah
	Gramet	40 mg	1 amp	Pencegahan dan pengobatan mual muntah akut dan yang berhubungan dengan kemoterapi dan radioterapi
	Omevel	40 mg	2 x 1 mg	Esomeprazole termasuk obat golongan penghambat pompa proton (PPI). Esomeprazole memiliki efek menurunkan produksi asam lambung
	Dynastat	40 mg	2 x 1 vial	Bekerja mengurangi produksi zat yang menyebabkan rasa nyeri, peradangan, pembengkakan, digunakan untuk meredakan nyeri pasca operasi
	Allupurinol	100 mg	0-0-1 tab	Obat untuk menurunkan kelebihan asam urat dalam darah dan komplikasinya
	Naropin 10 ml + Morphin 2 mg	37,5 ml	Via epidural 4 ml/jam	Diindikasikan untuk perawatan manajemen nyeri akut, anestesi bedah, pasca operasi, infiltrasi lokal dan kondisi lainnya, Morphin adalah obat bekerja langsung pada sistem saraf pusat untuk menghilangkan nyeri, pada kasus akut maupun

				kronis.
--	--	--	--	---------

3.1.6 Tabel Pemberian Obat

3.2 Analisa Data

NO	Data	Etiologi	Masalah
1	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengeluh nyeri pada lutut kaki sebelah kanan 2. Saat di kaji nyeri, pasien mengatakan : P = kaki kanan jika digerakkan, Q = tumpul, R = lutut kaki kanan, S = skala 5, T = saat di gerakkan <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak meringis 2. Pasien tampak gelisah 3. Pasien bersikap protektif (menghindari nyeri) 4. Patologi Anatomi : Biopsi (Cartilago Lesson sesuai <i>chondrosarkoma</i>). (Pemeriksaan di lakukan di RS Darmo, 04 Januari 	Infiltrasi Tumor	Nyeri Kronis (D.0078)

NO	Data	Etiologi	Masalah
	22) 5. MRI Ekstremitas : 1.Malignant primary bone tumor of distal femur dextra sisi antero-posteromedial ukuran 8,5 x 7,8x11,95 cm, disertai central hemorrhagic and necrotic tissue, Suggestive of Giant cell tumor		
2	DS : 1. Pasien mengatakan khawatir dengan akibat dari kondisi yang di hadapi DO : 1. Pasien tampak gelisah 2. Pasien tampak tegang 1. RR 24 x/mnt, Nadi 93 x/mnt, TD 148/83 mmHg Pasien berjalan menggunakan kruk	Ancaman Terhadap Konsep Diri	Ansietas (D.0080)

3.2 Tabel Analisa Masalah

3.3 Prioritas Masalah Keperawatan

1. Nyeri Kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor
2. Ansietas berhubungan dengan Ancaman terhadap konsep diri

3.4 Intervensi Keperawatan Pre Operasi

PRE OPERASI

NO	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	Nyeri Kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam maka tingkat nyeri menurun, dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri skala nyeri 0 - 1 2. Pasien tampak rileks dan tenang 3. Frekuensi nadi, RR, dan TD normal 4. Nadi 70-80 x/mnt, RR 16 – 20 x/mnt, Tekanan Darah 110 – 125/ 60 – 70 mmhg. <p style="text-align: center;">SLKI 2016 L.08066 Hal 145</p>	<p>SIKI I.08238, Hal 201 :</p> <p>Intervensi Utama :</p> <p>Manajemen Nyeri Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan analgetik dynastat 40 mg 2 x 1 amp intra vena <p>Obervasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Monitor skala nyeri setelah pemberian analgetik dynastat <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Sarankan pasien melakukan teknik relaksasi saat timbul keluhan nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Jelaskan strategi meredakan nyeri dengan melakukan teknik relaksasi saat timbul keluhan nyeri

NO	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
2	Ansietas berhubungan dengan Ancaman terhadap konsep diri	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam maka tingkat ansietas menurun, dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengungkapkan menerima kondisi sakitnya 2. Perilaku tegang dan gelisah menurun 3. Pola tidur membaik <p style="text-align: center;">SLKI 2016 L.09093 Hal 132</p>	<p>SIKI I.14573, Hal 354 : Intervensi Utama : Persipan Pembedahan Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tekanan darah, nadi, pernafasan, BB, EKG <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Puasakan 6 jam sebelum tindakan pembedahan 3. Anjurkan pasien mandi dengan cairan antiseptik yaitu chlorheksidin 2 % 4. Pastikan kelengkapan dokumen- dokumen pre operasi meliputi surat persetujuan tindakan operasi, form pre,intra,post operasi, pesanan dokter operator, pesanan dr anestesi. 5. Transfer pasien ke kamar operasi dengan tempat tidur <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Jelaskan tentang prosedur, waktu dan lamanya operasi 7. Jelaskan waktu puasa

NO	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
			mulai jam 24.00 dan minum esilgan 2 mg

Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan

3.5 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Pre Operasi

PRE OPERASI

Tgl	Diagnosa Keperawatan	Jam	Implementasi	Evaluasi	T.T
Senin, 10 Jan 22	1,2	18.00	Melakukan pengkajian pada pasien dan keluarga pasien, Pasien dirawat dengan dx.Chondro Sarkoma Femur Dystal , Mengeluh nyeri pada lutut kanan, skala 5, lutut bengkak, teraba hangat dan merah, lutut tertutup kassa dan hypafix, pasien opname saat ini membawa surat pengantar dari Dr Ferdiansyah untuk dilakukan operasi Wide Excisi Rekontruksi Mega Protesis	Diagnosa 1 (Nyeri Kronis) S::Pasien mengatakan P = kaki kanan nyeri jika digerakkan, Q = tumpul, R = lutut kaki kanan, S = skala 5, T = saat di gerakkan O: 1. Paisein tampak meringis bila kaki kanan digerakkan	Erlina
		18.30	Melakukan pengecekan ttv pada pasien : TD: 148/83 mmhg N:9 3x/mnt S: 36,9°C RR:24x/mnt SpO297%		

Tgl	Diagnosa Keperawatan	Jam	Implementasi	Evaluasi	T.T
		19.00	Mengajarkan teknik relaksasi dengan nafas panjang bila nyeri	2. Pasien terlihat masih gelisah 3. Pasien bersikap protektif (menghindari nyeri)	
		19.20	Mendampingi Dr Orthopedi visite dan memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarga tentang tindakan operasi yang akan dilaksanakan besok pagi dan ada alat yang akan dipakai dan sudah disiapkan oleh Dr Orthopedi	A : Masalah Belum Teratasi P : Intervensi dilanjutkan no 1,2,3,4 dan Rencana Operasi Diagnosa 2 (Ansietas)	
		19.30	Memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarga form yang harus ditandatangani untuk kelengkapan operasi yaitu infomconsent tindakan operasi, biaya operasi, pembiusan	S : 1. Pasien mengatakan khawatir dengan akibat dari kondisi yang di hadapi	
		20.00	Memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarga wacana tindakan operasi besok pagi jam 07.00, dan di program siap 3 bag darah WB, dan obat antibiotik Terfacef 2 gram di bawa ke OK	2. Pasien cemas akan di lakukan operasi O : 1. Pasien tampak gelisah	

Tgl	Diagnosa Keperawatan	Jam	Implementasi	Evaluasi	T.T
		20.15	<p>Memberikan penjelasan kepada pasien makan minum terakhir jam 24.00</p> <p>Memberikan pasien obat esilgan sesuai pesanan anestesi dan menganjurkan kepada pasien untuk istirahat</p> <p>Memberikan cairan antiseptik chlorheksidin 2 % untuk mandi 1 jam sebelum operasi</p>	<p>2. Pasien tampak tegang</p> <p>3. RR 24 x/mnt, Nadi 93 x/mnt, TD 148/83 mmHg</p> <p>4. GCSE4V5M6</p> <p>5. Perfusi hangat, kering, merah</p> <p>A : Masalah Belum Teratasi</p> <p>P : Intervensi di lanjutkan no 1,2,3,4,5,6,7</p>	

Tabel 3.5 Implementasi Keperawatan

3.6 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Pre Operasi

PRE OPERASI

Tgl	Diagnosa Keperawatan	Jam	Implementasi	Evaluasi	T.T
Selasa, 11 Jan	1,2	07.00	Melakukan timbang terima dengan dinas malam	Diagnosa 1 (Nyeri Kronis)	Erlina

Tgl	Diagnosa Keperawatan	Jam	Implementasi	Evaluasi	T.T
22		07.30	Melakukan pengecekan ttv pada pasien : TD: 148/83 mmhg N:9 3x/mnt S: 36,9°C RR:24x/mnt SpO297%	S::Pasien mengatakan P = kaki kanan nyeri jika digerakkan, Q = tumpul, R = lutut kaki kanan, S = skala 2,	
		07.25	Mengantarkan pasien ke Kamar Operasi dengan menggunakan tempat tidur, dan membawa 2 gr Terfacef, form darah 3 bag WB GSH	T = saat di gerakkan O: 1. Pasiin tampak meringis bila kaki kanan digerakkan 2. Pasien terlihat tenang	
		07.40	Melakukan timbang terima denga perawat Kamar Operasi, pesanan Dr Orthopedi, Dr Anestesi, terapi selama di ruangan, hasil- hasil pemeriksaan, dan kelengkapan dokumen operasi	A : Masalah Teratasi, timbul masalah baru Nyeri Akut	
		16.00	Menjemput pasien ke Kamar Operasi	P : Pasien selesai dilakukan	

Tgl	Diagnosa Keperawatan	Jam	Implementasi	Evaluasi	T.T
		16.05	Timbang terima dengan petugas Kamar Operasi, pasien selesai operasi Wide Eksisi Rekontruksi Mega Prosthesis , pasien sadar baik GCS 4-5-6/15 , terpasang epidural jalan naropin 10 ml + Morpin 2 mg jalan 4 mg/jam	<p>tindakan operasi Wide Eksisi Rekonstruksi Mega Prosthesis, lutut kanan tertutup elastic bandage yang terpasang drain voch merah 20 cc, terpasang epidural jalan obat via pump</p> <p>Diagnosa 2 (Ansietas)</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan sudah lega selesai operasi, berharap bisa jalan lagi seperti sebelum sakit. <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak tenang 2. RR 24 x/mnt, Nadi 93 x/mnt, TD 148/83 mmHg 3. GCS E4V5M6 4. Perfusi hangat, kering, 	

Tgl	Diagnosa Keperawatan	Jam	Implementasi	Evaluasi	T.T
				<p>merah</p> <p>A : Masalah Teratasi, timbul masalah baru resiko infeksi, gangguan mobilitas fisik</p> <p>P : Pasien selesai dilakukan tindakan operasi Wide Eksisi Rekonstruksi Mega Prosthesis, lutut kanan tertutup elastic bandage yang terpasang drain voch merah 20 cc, terpasang epidural jalan obat via pump</p> <p>Laporan Operasi Tanggal 11 Januari 2022</p> <p>- Insisi Medial dengan mengambil bekas biopsi,</p>	

Tgl	Diagnosa Keperawatan	Jam	Implementasi	Evaluasi	T.T
				<p>dilakukan Wide Eksisi Tulang + Otot, Tulang dipotong setinggi 14 cm dari condyle femur, Wide Eksisi Otot dan Preservasi Perdarahan</p> <p>- Tulang Femur + Tibia Proksimal Di Perparasi untuk pemasangan Implant, dilakukan pemasangan Implant Distal Femur Mega Prosthesis, luka dijahit di pasang drain</p>	

Tgl	Diagnosa Keperawatan	Jam	Implementasi	Evaluasi	T.T
				- Perdarahan di OK 350 cc	

Tabel 3.5 Implementasi Keperawatan

3.7 Intervensi Keperawatan Post Operasi

POST OPERASI

NO	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (Prosedur Operasi)	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam maka tingkat nyeri menurun, dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri skala nyeri 0 - 1 2. Pasien tampak rileks dan tenang 3. Frekuensi nadi, RR, dan TD normal 4. Nadi 70-80 x/mnt, RR 16 – 20 x/mnt, Tekanan Darah 110 – 125/ 60 – 70 mmhg. <p style="text-align: center;">SLKI 2016 L.08066 Hal 145</p>	<p>SIKI I.08238, Hal 201 :</p> <p>Intervensi Utama : Manajemen Nyeri</p> <p>Obervasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor penurunan nyeri <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Anjurkan pasien melakukan teknik relaksasi menarik nafas panjang dari hidung mengeluarkan lewat mulut saat nyeri timbul bila mobilisasi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Jelaskan strategi meredakan nyeri dengan melakukan teknik relaksasi menarik nafas panjang dari hidung mengeluarkan lewat mulut saat nyeri timbul bila mobilisasi <p>Kolaborasi</p>

NO	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
			<p>4. Monitor jalan obat naropin pump</p> <p>5. Berikan injeksi dynastat 2 x 1 amp/24 jam</p>
2	Resiko infeksi di buktikan dengan efek prosedur invasif	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam maka kontrol resiko meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memahami penjelasan tanda tanda infeksi luka operasi yaitu ruam kemerahan, demam, nyeri, bengkak, keluar nanah dari luka 2. Mampu menjelaskan kembali tanda tanda infeksi luka operasi yaitu ruam kemerahan, demam, nyeri, bengkak, keluar nanah dari luka 3. Memahami cara pencegahan infeksi pada luka operasi yaitu menjaga 	<p>SIKI I.14517, hal 196</p> <p>Intervensi Pendukung :</p> <p>Manajemen Medikasi</p> <p>Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan injeksi Terfacef 2 x 1gram / 24 jam <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Monitor darah lengkap <p>Intervensi Pendukung :</p> <p>Perawatan Selang</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Monitor jumlah, warna dan konsistensi drainase selang <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Lakukan cuci tangan 6 langkah sebelum dan sesudah perawatan selang 5. Kosongkan kantung penampung 1 x 24 jam 6. Anjurkan pasien melakukan aktivitas fisik

NO	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
		balutan luka tidak basah, konsumsi makanan bergizi, cuci tangan 6 langkah	secara bertahap
3	Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam maka mobilitas fisik meningkat, dengan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun skala 0-1 2. Pergerakan ekstremitas sedang 3. Kekuatan Otot sedang 4. Kecemasan menurun <p style="text-align: center;">SLKI 2016 L.05042 Hal 65</p>	<p>SIKI I.06171, Hal 22 :</p> <p>Intervensi Utama : Dukungan Ambulasi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi 4. Kolaborasi dengan fisioterapi untuk latihan mobilisasi bertahap <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Anjurkan ambulasi sederhana berjalan sesuai toleransi

Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan

3.8 Implementasi Keperawatan Post Operasi

POST OPERASI

Tgl/Hari	Diagnosa	Jam	Implementasi	Evaluasi	T. T
12 Jan 22	1,2,3	14.00	Operan shift dengan dinas pagi, Keadaan umum pasien sadar baik GCS E4V5M6 perfusi HKM nafas spontan tanpa O2, Pasien mengatakan bagaimana nanti bila latihan fisioterapi, takut bila timbul nyeri Melakukan observasi TTV Tensi: 131/67mmhg Nadi: 88x/mnt Suhu: 36,7° RR: 20 x/mnt SpO2: 98%	Diagnosa 1 (Nyeri Akut) S: Pasien mengatakan P = kaki kanan jika digerakkan, Q = tumpul, R = lutut kaki kanan, S = skala 4, T = saat di gerakkan O: 1. Pasien tampak meringis bila kaki kanan digerakkan 2. Pasien terlihat masih gelisah 3. Pasien	
		15.00	Memonitor jalan obat Naropin 10 ml + 2 mg Morphin jalan 3 ml/jam		
		15.15	Memotivasi pasien melakukan teknik relaksasi nafas panjang saat nyeri		
		15.45	Mendampingi pasien saat dilakukan tindakan fisioterapi pertama kali		
		16.10	Memberikan tranfusi 2 bag WB dari HB 9.7 hasil lab pagi ini		
		16.45	Mencatat intake output, Membalance cairan= Exces 195 ml		

			<p>Memonitor adanya perdarahan pasca operasi, (Drain 300 cc)</p> <p>Mengajarkan keluarga beberapa tahapan mengatasi nyeri</p> <p>Memberikan terapi Dynastat 40 mg intra vena dan Injeksi Terfacef 1 gr intra vena</p> <p>Menganjurkan pasien untuk istirahat</p>	<p>bersikap protektif (menghindari nyeri)</p> <p>A : Masalah Belum Teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan no 1,2,3,4,5</p> <p>Diagnosa 2 (Resiko Infeksi)</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <p>1. Lutut sebelah kanan terpasang elastic bandage dan selang drain voch kemerahan, rembesan di luka tidak ada</p> <p>A : Masalah tidak terjadi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan no 1,2,3,4,5,6</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>Diagnosa 3 (Gangguan Mobilitas Fisik)</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien takut menggerakkan ekstremitas 2. Pasien mengatakan nyeri berkurang saat bergerak <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan otot dan ROM menurun : <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">5555</td> <td style="padding: 0 10px;">5555</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; height: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">2222</td> <td style="padding: 0 10px;">5555</td> </tr> </table> <p>A : Masalah Teratasi Sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan no 1,2,3,4</p>	5555	5555			2222	5555	
5555	5555										
2222	5555										
13 Jan 22	1,2,3	08.00	Operan shift dengan dinas malam, Keadaan umum pasien sadar baik GCS E4V5M6 perfusi HKM nafas spontan tanpa O2, pasien mengatakan sudah bisa	<p>Diagnosa 1 (Nyeri Akut)</p> <p>S:Pasien mengatakan</p>							

		<p>latihan berdiri saat fisioterapi</p> <p>Melakukan observasiTTV</p> <p>TD: 124/88mmhg</p> <p>Nadi:72x/mnt</p> <p>Suhu: 36,5°</p> <p>RR:18 x/mnt</p> <p>SpO2:97%</p> <p>Hb : 12,0</p>	<p>P = kaki kanan,</p> <p>Q = sangat tumpul,</p> <p>R = lutut kaki kanan,</p> <p>S = skala 2,</p> <p>T = jarang-jarang</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tidak meringis 2. Pasien tidak terlihat gelisah 	
	09.00	<p>Memonitor jalan obat Naropin 10 ml + 2 mg Morphin jalan 3 ml/jam</p> <p>Memonitor adanya perdarahan pasca operasi, (Drain 70 cc), Tersisa 2 bag WB</p>		
	10.00	<p>Memberikan injeksi Terfacef 1 gram</p>		
	10.45	<p>Memberikan motivasi pada pasien untuk latihan mengerakkan kaki dan melaporkan bila saat latihan timbul keluhan nyeri</p>	<p>A : Masalah belum Teratasi</p> <p>P : Intervensi di lanjutkan 1,2,3,4,5</p>	
	11.05	<p>Memotivasi pasien dan keluarga untuk fokus pada program latihan jalan pasca tindakan operasi</p>	<p>Diagnosa 2 (Resiko Infeksi)</p> <p>S : -</p>	
	11.35	<p>Mendampingi pasien saat dilakukan tindakan fisioterapi</p>	<p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Lutut sebelah kanan terpasang elastic bandage dan selang 	
	12.00	<p>Mengatur posisi ketinggian tempat tidur dengan posisi rendah, memotivasi pasien untuk latihan duduk di tepi tempat tidur dengan kaki kanan</p>		

		12.30	menapak di lantai sambil digerakkan	drain voch kemerahan, rembesan di luka tidak ada	
		13.00	Memberikan apresiasi kepada pasien sudah melakukan latihan untuk menggerakkan kaki kanan secara bertahap	A : Masalah tidak terjadi	
			Monitor pasien sudah melakukan latihan gerak kaki kanan dan obat naropin + Morphin 3 mg/jam, keluhan nyeri tidak ada	P : Intervensi dilanjutkan no 1,2,3,4,5,6	
			Menganjurkan pasien untuk istirahat	Diagnosa 3 (Gangguan Mobilitas Fisik)	
				S :	
				1. Pasien sudah bisa menggerakkan ekstremitas sedikit demi sedikit	
				3. Pasien mengatakan nyeri berkurang saat bergerak	
				O :	
				1. Kekuatan otot dan ROM menurun	

				$\begin{array}{r l} 5555 & 5555 \\ \hline 3333 & 5555 \end{array}$ <p>2. Gerakan sedikit bebas</p> <p>A : Masalah belum Teratasi</p> <p>P : Intervensi di lanjutkan no 1,2,3,4,5</p>	
14 jan 22	1,2,3	08.00	<p>Operan shift dengan dinas malam, Keadaan umum pasien sadar baik GCS E4V5M6 perfusi HKM nafas spontan tanpa O2, pasien mengatakan sudah bisa latihan berdiri saat fisioterapi</p> <p>Melakukan observasiTTV</p> <p>TD: 124/88mmhg</p> <p>Nadi:72x/mnt</p> <p>Suhu: 36,5°</p> <p>RR:18 x/mnt</p> <p>SpO2:97%</p> <p>Hb : 12,0</p>	<p>Diagnosa 1 (Nyeri Akut)</p> <p>S:Pasien mengatakan</p> <p>P = kaki kanan,</p> <p>Q = sangat tumpul,</p> <p>R = lutut kaki kanan,</p> <p>S = skala 1</p> <p>T = jarang-jarang</p> <p>O:</p>	
		09.00	<p>Memonitor jalan obat Naropin 10 ml + 2 mg Morphin jalan 2 ml/jam, program Habis Stop</p>	<p>1. Pasien tidak meringis</p>	
		19.15	<p>Memonitor adanya perdarahan pasca operasi, (Drain 40 cc), Tersisa 1 bag WB</p>	<p>2. Pasien tidak terlihat gelisah</p>	
		10.45	<p>Memberikan injeksi Terfacef 1 gram</p>		
		11.05		<p>A : Masalah</p>	

		11.35	Memberikan motivasi pada pasien untuk latihan mengerakkan kaki dan melaporkan bila saat latihan timbul keluhan nyeri	Teratasi	
		12.00	Melepas balutan drainase	P : Intervensi di hentikan	
		12.30	Memotivasi pasien dan keluarga untuk fokus pada program latihan jalan pasca tindakan operasi	Diagnosa 2 (Resiko Infeksi)	
		13.00	Mendampingi pasien saat dilakukan tindakan fisioterapi	S : - O :	
		13.30	Mengatur posisi ketinggian tempat tidur dengan posisi rendah, memotivasi pasien untuk latihan duduk di tepi tempat tidur dengan kaki kanan menapak di lantai sambil digerakkan, pasien bisa melakukan dan nyeri tidak timbul	1. Lutut sebelah kanan terpasang elastic bandage dan selang drain voch kemerahan, rembesan di luka tidak ada	
			Memberikan apresiasi kepada pasien sudah melakukan latihan untuk menggerakkan kaki kanan secara bertahap	A : Masalah tidak terjadi	
			Monitor pasien sudah melakukan latihan gerak kaki kanan dan obat naropin + Morphin sudah habis, keluhan nyari tidak timbul	P : Intervensi dihentikan	
			Menganjurkan pasien untuk istirahat	Diagnosa 3 (Gangguan Mobilitas Fisik)	
				S :	

				<p>1.Pasien sudah bisa menggerakkan ekstremitas sedikit demi sedikit</p> <p>2.Pasien mengatakan nyeri berkurang saat bergerak</p> <p>O :</p> <p>1.Kekuatan otot dan ROM menurun</p> <p style="text-align: right;">5555 5555</p> <p style="text-align: right;">4444 5555</p> <p>2.Gerakan sedikit bebas</p> <p>A : Masalah Teratasi</p> <p>P : Intervensi di hentikan</p>	
--	--	--	--	--	--

3.7 Implementasi Keperawatan

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada bab 4 ini akan akan membahas asuhan keperawatan pada Tn.J dengan diagnosis medis diagnosa medis *Chondrosarkoma femur distal dextra* di Pav II RS Darmo Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 10 Januari 2022 sampai 14 Januari 2022 sesuai dengan pelaksanaan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan dari tahap pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

4.1. Pengkajian Keperawatan

Penulis melakukan pengkajian dengan cara wawancara dan melihat langsung kondisi Tn.J beserta keluarga serta mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang medis yang berada di ruang Pav II RS Darmo Surabaya.

Data di dapatkan, Pasien bernama Tn.J berumur 49 tahun berjenis kelamin laki-laki, dengan nomor rekam medis 2994xx di rawat di ruang Pav II RS Darmo Surabaya. Menurut Spjut dkk. serta Lichtenstein, *chondrosarkoma* lebih sering ditemukan pada pria daripada wanita, sedangkan Jaffe mengatakan, tidak ada perbedaan insidens. Dari segi ras penyakit ini tidak ada perbedaan. Tujuh puluh enam persen, *chondrosarkoma* primer berasal dari dalam tulang (sentral) sedangkan *chondrosarkoma* sekunder banyak ditemukan berasal dari tumor jinak seperti osteokondroma atau enkondroma yang mengalami transformasi (Rahman, 2015).

Saat pengkajian riwayat pasien sekarang, pasien mengatakan nyeri pada lutut sebelah kanan sudah di rasakan sekitar bulan Mei 2021 dikira sakit asam urat di cek kadar asam urat sekitar 7 diminumi Allupurinol, makin lama nyeri dirasakan makin sering dan bila setelah posisi duduk kaki kanan terasa kebas, bila berdiri kaki kanan harus di buat berdiri sebentar, lalu ke dokter di foto dan CT Scan, dan dibiopsi dari Dokter di kalimantan di sarankan ke Dr Ferdiansyah di Surabaya, MRS RS Darmo tanggal 21-12-2021. Dilakukan biopsi dan MSCT Genu, pasien opname saat ini membawa surat pengantar dari Dr Ferdiansyah untuk di lakukan tindakan operasi wide excisi rekontruksi mega protosit , saat pengkajian nyeri, di dapatkan P = kaki kanan jika digerakkan, Q = tumpul, R = lutut kaki kanan, S = skala 5, T = saat di gerakkan. Hal ini, Berdasarkan bentuk tulang, kondrosarkoma dapat mengenai tulang pipih dan bagian epifisis tulang panjang. *Chondrosarkoma* dapat terkena pada berbagai lokasi namun predileksi terbanyak pada lokasi proksimal seperti femur, pelvis, dan humerus. Selain itu dapat pula mengenai rusuk, tulang kraniofasial, sternum, skapula dan vertebra. Tumor ini jarang mengenai tangan dan biasanya merupakan bentuk keganasan atau komplikasi dari sindrom enkondromatosis multipel. (Tan, 2021).

Pada pemeriksaan B1-B5 tidak terdapat masalah keperawatan pada pasien. Tetapi pada bagian pemeriksaan B6 Pemeriksaan B6 Bone/Muskuloskeletal, tidak terdapat fraktur, kemampuan gerak terbatas, ROM terbatas pasda anggota tubuh bagian kanan, persendian ekstremitas kanan tampak kaku, kekuatan otot menurun (5524), Ekstremitas atas : tangan kanan dapat menggegam dan di gerakkan dengan bebas, tangan kiri dapat menggegam dan di gerakkan dengan bebas, Ekstremitas bawah : kaki kanan tidak dapat di gerakkan karena terdapat luka di bagian lutut, kaki kiri dapat di gerakkan tetapi tidak terlalu kuat. Menurut komite penanggulangan kanker nasional 2015 dalam Tan, 2021, Teraba massa tulang dan peningkatan suhu kulit di atas massa serta adanya pelebaran vena, Pembengkakan pada atau

di atas tulang atau persendian serta pergerakan yang terbatas. Nyeri tekan / nyeri lokal pada sisi yang sakit, mungkin hebat atau dangkal sering hilang dengan posisi flexi, anak berjalan pincang, keterbatasan dalam melakukan aktifitas, tidak mampu menahan objek berat.

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan perawat pada pasien yaitu dilakukan pemeriksaan patologi anatomi yaitu biopsi yang dimana hasilnya *Cartilago Lession/chondrosarkoma*, MRI Ekstremitas : 1.Malignant primary bone tumor of distal femur dextra sisi antero-posteromedial ukuran 8,5 x 7,8x11,95 cm, disertai central hemorrhagic and necrotic tissue, Suggestive of Giant cell tumor. Seperti yang dijelaskan oleh Rahman, 2015 Pemeriksaan radiologi merupakan pemeriksaan penting dalam usaha penegakan diagnosis tumor. Pada kondrosarkoma, pemeriksaan radiologi yang dapat dilakukan meliputi foto konvensional, CT scan, dan MRI. Selain itu, kondrosarkoma juga dapat diperiksa dengan USG dan Nuklear Medicine. Konfirmasi patologi anatomi diperlukan untuk diagnosis dan optimalisasi manajemen terapi. Biopsi sering dilakukan sebagai langkah awal penanganan. Biopsi perkutaneus dengan tuntunan imaging akan sangat membantu pada beberapa kasus tertentu (Sutardi et al., 2018) .

Pemeriksaan darah seperti Hb, Hct, PLT, Leukosit. Pemeriksaan laboratorium memberikan data yang penting dan bisa menggambarkan kondisi umum penderita. Pemeriksaan laboratorium pada tumor ganas tulang bervariasi sesuai dengan staging dari tumor. Anemia merupakan hasil yang sering ditemukan pada tumor ganas..

Penatalaksanaan yang dilakukan perawat pada pasien yaitu memberikan diet TKTP. RG, dan Ca yang dimana memenuhi kebutuhan energi, meningkatkan, mencegah, dan mengurangi kerusakan jaringan pada tubuh. Sedangkan diet rendah garam untuk menurunkan hipertensi, membantu mengurangi resiko kanker, meningkatkan proses penurunan bb,

menaga kesehatan ginjal, dan mengurangi resiko penyakit jantung. Penatalaksanaan selanjutnya yaitu dilakukan pembedahan dan kemoterapi, yang dimana Pemberian kemoterapi berguna untuk mengontrol mikrometastasis, memungkinkan penilaian histopatologi untuk melihat respons kemoterapi (Huvos), memungkinkan perencanaan limb salvage surgery (LSS) serta memudahkan tindakan reseksi tumor pada saat tindakan LSS (Komite Penanggulangan Kanker Nasional, 2015). Langkah utama penatalaksanaan kondrosarkoma pembedahan karena kondrosarkoma kurang berespon terhadap terapi radiasi dan kemoterapi. Variasi penatalaksanaan bedah dapat dilakukan dengan kuret intralesi untuk lesi grade rendah, eksisi radikal, bedah beku hingga amputasi radikal untuk lesi agresif grade tinggi. Lesi besar yang rekuren penatalaksanaan paling tepat adalah amputasi (Dimova, 2019).

4.2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan aktual atau potensial dimana berdasarkan pendidikan dan pengalaman, perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memeberikan intervensi secara pasti untuk menjaga atau menurunkan, membatasi, mencegah dan merubah status kesehatan klien (Koerniawan et al., 2020).

Menurut Diagnosis keperawatan pada Tn.J dengan diagnosa medis diagnosa medis *Chondrosarkoma femur distal dextra* disesuaikan dengan diagnosa keperawatan menurut (SDKI, 2018) meliputi :

1. Diagnosa pertama pre operasi yaitu Nyeri Kronis berhubungan dengan Infiltrasi Tumor (SDKI, 2018).

Diagnosa ini menjadi prioritas masalah karena Tn J mengeluh nyeri , Saat di kaji nyeri, P= kaki kanan jika digerakkan, Q = tumpul, R = lutut kaki kanan, S = skala 5, T = saat di gerakkan, Pasien tampak meringis, Pasien tampak gelisah, dan Pasien bersikap protektif (menghindari nyeri). Nyeri kronis adalah nyeri yang terus menerus terjadi selama tiga bulan atau lebih. Penderita nyeri kronis biasanya akan memiliki kecemasan yang tinggi dan cenderung mengembangkan perasaan putus asa dan tidak berdaya. Hal ini dikarenakan penderita nyeri kronis merasa berbagai pengobatan yang dijalannya tidak dapat menurunkan intensitas nyeri yang dirasakan (Sari, 2017).

Penulis memprioritaskan diagnosa ini karena keluhan utama yang dirasakan adanya nyeri pada lutut kanan sejak mei 2021, dan dari hasil biopsi jaringan hasilnya *Cartilago Lession/chondrosarkomaI*, MRI Ekstremitas : 1.Malignant primary bone tumor of distal femur dextra sisi antero-posteromedial ukuran 8,5 x 7,8x11,95 cm, disertai central hemorrhagic and necrotic tissue, Suggestive of Giant cell tumor dan penanganan pada pasien chondrosarkoma lebih efektif dilakukan operasi pengangkatan tumor selama belum ada pooses metastase. Nyeri ini harus segera di atasi karena nyeri merupakan alasan yang paling sering sehingga individu mencari perawatan kesehatan, karena nyeri sangat mengganggu dan meyulitkan aktivitas individu (Sari, 2017).

2. Diagnosa kedua pre operasi yaitu Ansietas berhubungan dengan Ancaman Terhadap Konsep Diri.

Diagnosa ini diangkat karena pasien mengungkapkan khawatir dengan akibat dari kondisi yang di hadapi, Pasien tampak gelisah dan tegang, serta tanda vital pasien RR 24 x/mnt, Nadi 93 x/mnt, TD 148/83 mmHg. Ansietas itu sendiri ialah kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu, terhadap obyek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang

memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman (SDKI, 2018). Diagnosa ini menjadi prioritas kedua karena pasien sudah mengeluh nyeri kronis pada lutut sebelah kanan sejak bulan Mei 2021. Penderita nyeri kronis biasanya akan memiliki kecemasan yang tinggi dan cenderung mengembangkan perasaan putus asa dan tidak berdaya. Hal ini dikarenakan penderita nyeri kronis merasa berbagai pengobatan yang dijalankannya tidak dapat menurunkan intensitas nyeri yang dirasakan (Sari, 2017).

3. Diagnosa ketiga post operasi yaitu Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (Prosedur Invasif).

Data yang diperoleh dari diagnosa tersebut adalah, Pasien mengatakan tidak bisa menggerakkan ekstremitas, Pasien mengatakan nyeri saat bergerak, Pasien mengatakan cemas saat bergerak. Kekuatan otot dan ROM menurun 5 5 2 4, Gerakan terbatas, Fisik tampak lemah. Nyeri Akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit atau intervensi bedah, dan memiliki awitan yang cepat dengan intensitas yang bervariasi ringan sampai berat serta berlangsung singkat (kurang dari enam bulan) dan menghilang dengan atau tanpa pengobatan setelah keadaan pulih pada area yang rusak. Nyeri akut biasanya menunjukkan gejala respirasi meningkat, denyut jantung dan tekanan darah meningkat (Rahayu putri Dian, 2020)

4. Diagnosa keempat post operasi yaitu Resiko Infeksi di buktikan dengan Efek Prosedur Invasif.

Diagnosa ini diangkat karena dari data yang diperoleh dari diagnosa tersebut adalah, Adanya faktor resiko efek prosedur invasif, lutut sebelah kanan terbalut elastic bandage dan selang drain voh darah tidak ada rembesan luka dan pada Laporan Operasi Tanggal 11 Januari 2022 dilakukan Insisi Medial dengan mengambil bekas biopsi, dilakukan Wide Eksisi

Tulang + Otot, Tulang dipotong setinggi 14 cm dari condyle femur, Wide Eksisi Otot dan Preservasi Perdarahan, Tulang Femur + Tibia Proksimal Di Perparasi untuk pemasangan Implant, dilakukan pemasangan Implant Distal Femur Mega Prosthesis, luka dijahit di pasang drain, Penatalaksanaan utama pada Chondrosarkoma adalah pembedahan karena kondrosarkoma kurang berespon terhadap terapi radiasi dan kemoterapi. Variasi penatalaksanaan bedah dapat dilakukan dengan kuret intralesi untuk lesi grade rendah, eksisi radikal, bedah beku hingga amputasi radikal untuk lesi agresif grade tinggi . Lesi bear yang rekuren penataksanaan paling tepat adalah amputasi (Rahman, 2015). pasien post operasi adalah perawatan luka untuk mencegah terjadi infeksi. Di Indonesia infeksi luka operasi (ILO) merupakan salah satu infeksi nosokomial yang paling sering terjadi dan sulit untuk di ketahui penyebab pastinya, salah satu cara untuk menekan angka kejadian ILO adalah dengan mengurangi faktor-faktor yang dapat meningkatkan resiko terjadinya infeksi luka operasi, faktor – faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka diantaranya personal hygiene, status gizi dan penyakit penyerta DM (Diabetes Melitus) (Vianti, 2015).

Diagnosa kelima post operasi yaitu Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Penurunan Kekuatan Otot. Data yang diperoleh dari diagnosa tersebut adalah, Pasien mengatakan tidak bisa menggerakkan ekstremitas, Pasien mengatakan nyeri saat bergerak, Pasien mengatakan cemas saat bergerak. Kekuatan otot dan ROM menurun 5 5 2 4, Gerakan terbatas, Fisik tampak lemah, hasil lab Patologi Anatomi : Biopsi (Cartilago Lession/*chondrosarkoma*). (Pemeriksaan di lakukan di RS Darmo, 04 Januari 22), MRI Ekstremitas : 1.Malignant primary bone tumor of distal femur dextra sisi antero-posteromedial ukuran 8,5 x 7,8x11,95 cm, disertai central hemorrhagic and necrotic tissue, Suggestive of Giant cell tumor. Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (SDKI, 2018). Gangguan mobilitas fisik

ini diatasi dengan menerapkan latihan fisik yang disarankan oleh dokter rehabilitasi medik saat berada di Rumah Sakit dan dukungan ambulasi (Sari, 2017).

4.3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada Tn.J dengan diagnosa medis *Chondro Sarkoma femur distal dextra* disesuaikan dengan diagnosa keperawatan menurut (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019) dan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Pada tahap penulisan intervensi, penulis melakukan 2 intervensi yang dimana sebelum dilakukannya Pre Operasi dan Post Operasi. Di tahap penegakkan diagnosa penulis menyamakan diagnosa yang sesuai dengan keadaan lapangan. Intervensi pada pasien *Chondrosarkoma* dengan luka *femur diatal dextra* dilakukan intervensi utama manajemen nyeri kronis dan intervensi pendukung nyeri kronis berhubungan dengan gangguan mobilitas fisik (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

1. Diagnosa pertama pada saat pre operasi yaitu Nyeri Kronis berhubungan dengan Infiltrasi Tumor.

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : Keluhan nyeri skala nyeri 0 – 1, pasien tampak rileks dan tenang, frekuensi nadi, rr dan tekanan darah normal nadi 70 – 80 x/mnt, RR 16 – 20 x/mnt, Tekanan darah 110 – 125/ 60 – 70 mmhg

Rencana keperawatan yang dilakukan pada Tn J adalah berikan analgetik dynastat 40 mg 2 x 1 amp intra vena, monitor skala nyeri setelah pemberian analgetik dynastat, sarankan pasien melakukan teknik relaksasi saat timbul keluhan nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri dengan melakukan teknik relaksasi saat timbul keluhan nyeri

Intervensi yang diberikan yaitu memberikan analgetik dynastat 40 mg intra vena, Dynastat 40 mg bekerja dengan mengurangi produksi zat yang menyebabkan rasa nyeri, peradangan dan pembengkakan, Dynastat adalah golongan NSAID yang secara selektif menghambat enzim COX-2 serta prostaglandin PgE2, enzim COX-1 tidak dihambat sehingga prostacylin (Pg12) dengan efek protektif terhadap mukosa lambung tetap dibentuk.

Intervensi yang dilakukan adalah monitor skala nyeri setelah pemberian analgetik dynastat, pemberian analgetik pada penanganan nyeri dilakukan penilaian efek dari analgetik yang diberikan (Handayani et al., 2019).

Intervensi selanjutnya sarankan pasien melakukan teknik relaksasi saat timbul keluhan nyeri. Penanganan nyeri dengan melakukan teknik relaksasi merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengurangi nyeri (Widianti, 2022).

Intervensi yang lain jelaskan strategi meredakan nyeri dengan melakukan teknik relaksasi saat timbul keluhan nyeri. Teknik relaksasi dapat menurunkan nyeri dengan merilekskan ketegangan otot yang menunjang nyeri, teknik relaksasi terdiri atas nafas abdomen dengan frekuensi lambat, berirama. Pasien dapat memejamkan matanya dan bernafas perlahan dengan nyaman (Widianti, 2022).

2. Diagnosa kedua pre operasi yaitu Ansietas berhubungan dengan Ancaman Terhadap Konsep Diri.

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3 x 24 jam maka tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil : Pasien mengungkapkan menerima kondisi sakitnya, perilaku tegang dan gelisah menurun, pola tidur membaik

Rencana keperawatan yang dilakukan pada Tn J adalah Monitor tekanan darah, nadi, pernafasan, BB, EKG; Puasakan 6 jam sebelum tindakan pembedahan; anjurkan pasien mandi dengan antiseptik yaitu chlorheksidin 2 %; Pastikan kelengkapan dokumen pre operasi meliputi surat persetujuan tindakan operasi, form pre, intra, post operasi, pesanan dokter operator, pesanan dr anestesi; transfer pasien ke kamar operasi dengan tempat tidur, jelaskan prosedur waktu dan lamanya operasi, jelaskan waktu puasa mulai jam 24.00 dan minum esilgan 2 mg

Intervensi yang dilakukan yaitu monitor tekanan darah, nadi, pernafasan, BB , EKG, tanda – tanda vital merupakan hal yang tidak bisa terlewatkan dalam berbagai kasus operasi maupun non operasi. Perawat dan dokter dapat memantau tanda – tanda vital pasien yang akan menjalani operasi, apakah pasien siap atau tidak untuk dilakukan operasi dan memberikan tindakan serta intervensi untuk kelancaran operasi yang dijalani, tanda – tanda vital dapat digunakan untuk mamantau terkait pemberian obat – obatan pre medikasi apakah ada perubahan yang signifikan antara sebelum dan sesudah pemberian pre medikasi, pengukuran berat badan di gunakan untuk penentuan dosis obat yang di gunakan, pemeriksaan EKG dibutuhkan untuk mengetahui penyulit sebelum tindakan operasi (Kurniawan et al., 2018)

Intervensi Puasakan 6 jam sebelum tindakan pembedahan, Tindakan puasa makan dan minum sebelum tindakan operasi bertujuan untuk menghindari aspirasi yaitu masuknya cairan lambung dalam paru – paru dan menghindari kontaminasi feses ke area pembedahan sehingga menghindari terjadinya infeksi pasca pembedahan (Kurniawan et al., 2018).

Intervensi anjurkan pasien mandi dengan antiseptik yaitu chlorheksidin 2 %. Persiapan fisik sebelum pembedahan adalah salah satunya personal hygiene, pasien di anjurkan mandi

menggunakan cairan chlorheksidin 2 %. Chlorheksidin 2 % merupakan antiseptik yang dapat melawan aktivitas perkembangan mikroorganisme gram negatif, ragi, jamur, protozoa, alga, virus dan gram positif seperti Methicillin resisten *Staphylococcus aureus* (MRSA) (Andini, 2012).

Intervensi Pastikan kelengkapan dokumen pre operasi meliputi surat persetujuan tindakan operasi, form pre, intra, post operasi, pesanan dokter operator, pesanan dr anestesi. Tahap – tahap yang dilakukan sebelum pembedahan adalah persiapan fisik, persiapan mental/psikis, inform consent, pemberian obat – obat premedikasi. Keperawatan pre operatif merupakan tahapan awal yang menjadi landasan untuk kesuksesan tahapan – tahapan berikutnya. Pengkajian secara integral dari fungsi pasien meliputi fungsi fisik biologis dan psikologis sangat diperlukan untuk keberhasilan dan kesuksesan suatu operasi, peranan perawat sangat penting bagi pasien pre operasi, baik pada masa sebelum, selama, setelah operasi

Intervensi transfer pasien ke kamar operasi dengan tempat tidur, Salah satu persiapan fisik pre operasi adalah mengantar pasien ke kamar operasi dengan memberikan kesempatan kepada keluarga dan pasien untuk berdoa bersama sama sebelum prosedur operasi dikerjakan , untuk memberikan ketenangan psikologis pada pasien dan keluarga dalam menghadapi tindakan operasi (Kurniawan et al., 2018).

Intervensi jelaskan prosedur waktu dan lamanya operasi. Dalam pelaksanaan persiapan pembedahan peranan perawat sangat penting, peranan tersebut adalah membantu pasien mengetahui tentang tindakan – tindakan yang dialami pasien sebelum operasi, memberikan informasi tentang waktu operasi , hal – hal yang dialami pasien selama proses operasi dan sebagainya, memberikan penjelasan terlebih dahulu setiap tindakan persiapan operasi sesuai

dengan tingkat perkembangan, menggunakan bahasa yang sederhana. Dengan informasi yang lengkap, kecemasan yang dialami oleh pasien bisa diturunkan dan mempersiapkan mental pasien dengan baik (Kurniawan et al., 2018).

Intervensi jelaskan waktu puasa mulai jam 24.00 dan minum esilgan 2 mg. Persiapan sebelum pembedahan pada pasien yang akan menjalani operasi atau dijadwalkan operasi akan dijelaskan oleh perawat mengenai instruksi puasa baik secara lisan maupun tertulis tentang penjadwalan puasa sebelum operasi dan dengan pemberian tanda atau label puasa pada *bed* pasien. Pada pasien dengan pembedahan mayor dilakukan pembiusan total, pembiusan tersebut berpengaruh pada fungsi organ dari pasien. Jika tidak dilakukan tindakan puasa akan beresiko aspirasi atau hal – hal beresiko lain yang dapat terjadi pada pasien. Setiap pasien yang akan menjalani operasi pasti akan mengalami kecemasan. Kecemasan dapat menyebabkan respon pathofisiologis seperti takikardia, hipertensi. Penurunan tingkat kecemasan tidak hanya penting untuk kenyamanan pada pasien tetapi juga untuk kesuksesan suatu pembedahan. Untuk menurunkan tingkat kecemasan pada pasien diberikan obat premedikasi salah satunya esilgan. Esilgan ini merupakan golongan obat benzodiazepine. Benzodiazepine muncul untuk menghasilkan efek farmakologi dengan memberi fasilitas kerja asam gama-aminobutirat (GABA), yaitu neurotransmitter inhibisi dalam sistem saraf pusat (Kurniawan et al., 2018).

3. Diagnosa ketiga pada saat post operasi yaitu Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi).

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3 x 24 jam maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : Keluhan nyeri : scala nyeri 0 -1, pasien tampak rileks dan

tenang, frekuensi nadi, RR dan tekanan darah normal, nadi 70 – 80x/mnt, tekanan darah 110 – 125/ 60 -70 mmhg

Rencana keperawatan yang dilakukan pada Tn J adalah Monitor penurunan nyari, Anjurkan pasien melakukan teknik relaksasi menarik nafas panjang dari hidung mengeluarkan lewat mulut saat nyeri timbul bila mobilisasi, Jelaskan strategi meredakan nyeri dengan melakukan teknik relaksasi menarik nafas panjang dari hidung mengeluarkan lewat mulut saat nyeri timbul bila mobilisasi, Monitor jalan obat naropin pump, berikan injeksi dynastat 2x1 amp/24 jam

Intervensi yang dilakukan adalah monitor skala nyeri setelah pemberian analgetik dynastat, pemberian analgetik pada penanganan nyeri dilakukan penilaian efek dari analgetik yang diberikan (Handayani et al., 2019).

Intervensi selanjutnya anjurkan pasien melakukan teknik relaksasi menarik nafas panjang dari hidung mengeluarkan lewat mulut saat nyeri timbul bila mobilisasi. Penanganan nyeri dengan melakukan teknik relaksasi merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengurangi nyeri (Widianti, 2022).

Intervensi yang lain jelaskan strategi meredakan nyeri dengan melakukan teknik relaksasi menarik nafas panjang dari hidung mengeluarkan lewat mulut saat nyeri timbul bila mobilisasi. Teknik relaksasi dapat menurunkan nyeri dengan merilekskan ketegangan otot yang menunjang nyeri, teknik relaksasi terdiri atas nafas abdomen dengan frekuensi lambat, berirama. Pasien dapat memejamkan matanya dan bernafas perlahan dengan nyaman (Widianti, 2022).

Intervensi monitor jalan obat naropin pump. Naropin merupakan Ropivakain obat anestesi lokal golongan Amida (-NHCO-). Pusat kerjanya terletak di membrane sel, anestesi lokal menghambat penerusan impuls dengan jalan menurunkan permeabilitas membrane sel saraf untuk ion-natrium, yang perlu bagi fungsi saraf yang layak. Hal ini disebabkan adanya persaingan dengan ion-ion kalsium yang berada berdekatan dengan saluran-saluran natrium di membrane sel saraf. Pada waktu bersamaan, akibat turunya laju depolarisasi, ambang kepekaan terhadap rangsangan listrik lambat laun meningkat, sehingga akhirnya terjadi kehilangan rasa setempat secara reversible (Nugraha, 2009).

Intervensi yang diberikan yaitu memberikan analgetik dynastat 40 mg intra vena, Dynastat 40 mg bekerja dengan mengurangi produksi zat yang menyebabkan rasa nyeri, peradangan dan pembengkakan, Dynastat adalah golongan NSAID yang secara selektif menghambat enzim COX-2 serta prostaglandin PgE2, enzim COX-1 tidak dihambat sehingga prostacylin (Pg12) dengan efek protektif terhadap mukosa lambung tetap dibentuk.

4. Diagnosa keempat post operasi yaitu Resiko Infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif.

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3 x 24 jam maka kontrol resiko meningkat dengan kriteria hasil : Memahami penjelasan tanda-tanda infeksi luka operasi yaitu ruam kemerahan, demam, nyeri, bengkak, keluar nanah dari luka

Rencana keperawatan yang dilakukan pada Tn J adalah Berikan injeksi terfacef 2 x 1 gram/24 jam, monitor darah lengkap, monitor jumlah warna dan konsistensi drainase, lakukan cuci tangan 6 langkah sebelum dan sesudah perawatan selang, kosongkan kantung penampung 1 x 24 jam, anjurkan pasien melakukan aktifitas fisik secara bertahap

Intervensi Berikan injeksi terfacef 2 x 1 gram/24 jam. Tercafec (Ceftriaxone) adalah antibiotik golongan cephalosporin generasi ketiga yang bekerja dengan cara mengikat satu atau lebih penicillin-binding protein (PBP) yang menghambat transpeptidasi tahap terakhir dari sintesis peptidoglikan di dinding sel bakteri, sehingga menghambat biosintesis dan mencegah dinding sel yang mengakibatkan kematian sel bakteri (Susanto & Permanasari, 2019).

Intervensi monitor darah lengkap. Leukosit merupakan sel yang berperan dalam sistem pertahanan tubuh yang sangat tanggap terhadap agen infeksi penyakit. Leukosit berfungsi melindungi tubuh terhadap berbagai penyakit dengan cara fagosit dan menghasilkan antibodi. Leukosit dapat dibagi menjadi dua kategori yaitu granulosit dan agranulosit. Granulosit adalah sel yang memiliki segmen atau lobus pada inti sel dan granula pada sitoplasma, terdiri atas neutrofil, eosinofil dan basofil. Laju endap darah (LED) disebut juga kecepatan pengendapan sel-sel eritrosit di dalam tabung berisi darah yang telah diberi antikoagulan dalam waktu satu jam. Peningkatan nilai LED menunjukkan suatu proses inflamasi dalam tubuh seseorang, baik inflamasi akut maupun kronik, atau adanya kerusakan jaringan. Peningkatan LED merupakan indikator yang tidak spesifik terhadap respon fase akut dan berguna dalam memonitor aktivitas penyakit. Nilai rujukan LED pada laki-laki 0 – 10 mm/jam dan perempuan 0 – 13 mm/jam (Gita & Mardina, 2019).

Intervensi monitor jumlah warna dan konsistensi drainase. Drain selang ini fungsinya adalah untuk mengeluarkan sisa bekuan darah yang berasal dari rongga organ di daerah operasi, sehingga proses penyembuhan luka lebih cepat dan berfungsi memonitor produksi yang keluar apakah masih berupa darah segar atau sudah berupa serum, bila masih berupa darah segar perlu di konfirmasi dengan pemeriksaan kadar hemoglobin apakah ada penurunan kadar HB atau tidak (Indra et al., 2018).

Intervensi lakukan cuci tangan 6 langkah sebelum dan sesudah perawatan selang, kosongkan kantung penampung 1 x 24 jam. Mencuci tangan dengan sabun adalah untuk mengurangi mikroorganisme yang menempel ditangan dengan tujuan menurunkan angka penyebaran kuman penyakit kepada orang lain ataupun kepada lingkungan yang mungkin ditularkan dari tangan yang kotor tersebut. Cuci tangan merupakan prosedur wajib tenaga kesehatan dalam setiap kegiatan dalam pelayanan kesehatan, Ada lima moment saat atau waktu cuci tangan dengan sabun yang wajib di lakukan oleh tenaga kesehatan yaitu: sebelum kontak atau interaksi dengan pasien, sebelum melakukan tindakan aseptik, setelah terpapar atau kontak dengan cairan tubuh seperti urine, darah pasien , setelah kontak atau interaksi dengan pasien, setelah terpapar dengan lingkungan pasien seperti meja, pakaian , linen pasien. Tangan harus selalu dicuci baik sebelum atau sesudah kegiatan termasuk sebelum dan sesudah menggunakan sarung tangan (Panirman et al., 2021).

Intervensi anjurkan pasien melakukan aktifitas fisik secara bertahap. Ambulasi dini merupakan komponen penting dalam perawatan paska operasi karena jika pasien membatasi pergerakannya di tempat tidur dan sama sekali tidak melakukan ambulasi klien akan semakin sulit untuk mulai berjalan. Pengembalian fungsi fisik dengan mobilisasi dini akan menunjang dalam perawatan yang maksimal pada pasien post operasi guna mempercepat penyembuhan luka operasi (Wulansari et al., 2015).

5. Diagnosa kelima post operasi yaitu Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Penurunan Kekuatan Otot.

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3 x 24 jam maka mobilisasi fisik meningkat dengan kriteria hasil : Keluhan nyeri menurun ,skala 0 -1, pergerakan ekstermitas sedang, kekuatan otot sedang, kecemasan menurun

Rencana keperawatan yang dilakukan pada Tn J adalah: Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi, kolaborasi dengan fisioterapi untuk latihan mobilisasi bertahap, anjurkan ambulasi sederhana berjalan sesuai toleransi.

Intervensi Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. Nyeri merupakan alasan yang paling umum sehingga individu mencari perawatan kesehatan, karena nyeri sangat mengganggu dan menyulitkan aktivitas individu. Pengungkapan nyeri bersifat sangat subyektif dan hanya orang yang mengalami yang dapat mengungkapkan, menjelaskan dan mengevaluasi perasaan tersebut (Sari, 2017).

Intervensi Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi. Pada pasien post operasi memerlukan perawatan yang maksimal demi mempercepat proses penyembuhan luka bedah dan penyembuhan fisik pasien itu sendiri. Pengembalian fungsi fisik dilakukan segera setelah operasi dengan latihan napas dan latihan mobilisasi dini. Seperti kita ketahui bahwa pasien yang selesai menjalani tindakan operasi cenderung merasa takut, mengeluh nyeri pada luka operasi bahkan tergantung dalam melakukan aktivitas, sehingga enggan bergerak dan berada di tempat tidur saja. Hal tersebut justru membuat pasien semakin tidak mandiri dalam proses pengembalian fungsi tubuh untuk melakukan aktivitas sehari-hari menjadi terhambat. Oleh karena itu mobilisasi dini sangat penting untuk mendorong kemandirian pasien sesegera mungkin (Wulansari et al., 2015).

Intervensi libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi. Pada pasien post operasi memerlukan perawatan yang maksimal demi mempercepat proses penyembuhan luka bedah dan penyembuhan fisik pasien itu sendiri. Pengembalian fungsi fisik dilakukan segera setelah operasi dengan latihan napas dan latihan mobilisasi dini. Seperti kita

ketahui bahwa pasien yang selesai menjalani tindakan operasi cenderung merasa takut, mengeluh nyeri pada luka operasi bahkan tergantung dalam melakukan aktivitas, sehingga enggan bergerak dan berada di tempat tidur saja. Hal tersebut justru membuat pasien semakin tidak mandiri dalam proses pengembalian fungsi tubuh untuk melakukan aktivitas sehari-hari menjadi terhambat . oleh karena itu mobilisasi dini sangat penting untuk mendorong kemandirian pasien sesegera mungkin (Wulansari et al., 2015).

Intervensi kolaborasi dengan fisioterapi untuk latihan mobilisasi bertahap. Fisioterapi dilakukan untuk meningkatkan kekuatan otot, mempercepat proses penyembuhan, mengurangi rasa nyeri serta mengembalikan mobilisasi dan ketahanan otot, terdapat berbagai macam jenis latihan dan alat fisioterapi yang digunakan disesuaikan dengan kebutuhan pasien, seperti exercise therapy, manual therapy dan lain-lain (Sari, 2017).

Intervensi anjurkan ambulasi sederhana berjalan sesuai toleransi. Pada pasien post operasi memerlukan perawatan yang maksimal demi mempercepat proses penyembuhan luka bedah dan penyembuhan fisik pasien itu sendiri. Pengembalian fungsi fisik dilakukan segera setelah operasi dengan latihan napas dan latihan mobilisasi dini. Seperti kita ketahui bahwa pasien yang selesai menjalani tindakan operasi cenderung merasa takut, mengeluh nyeri pada luka operasi bahkan tergantung dalam melakukan aktivitas, sehingga enggan bergerak dan berada di tempat tidur saja. Hal tersebut justru membuat pasien semakin tidak mandiri dalam proses pengembalian fungsi tubuh untuk melakukan aktivitas sehari-hari menjadi terhambat . oleh karena itu mobilisasi dini sangat penting untuk mendorong kemandirian pasien sesegera mungkin (Wulansari et al., 2015).

Penulis juga melibatkan keluarga dalam proses kesembuhan Tn.J, hal ini selaras dengan tugas keluarga menurut friedman. Terdapat lima tugas keluarga, yaitu keluarga mengenal

masalah kesehatan, keluarga membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat, keluarga memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit, keluarga memodifikasi lingkungan atau menciptakan suasana rumah yang sehat, dan keluarga dapat merujuk pada fasilitas pelayanan kesehatan.

Pada keadaany Tn.J, keluarga memberi perawatan pada anggota yang sakit. Ketika memberikan perawatan kepada anggota keluarganya yang sakit, keluarga harus mengetahui beberapa hal seperti keadaan penyakit, sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan, keberadaan fasilitas yang diperlukan, sumber-sumber yang ada dalam keluarga (anggota keluarga yang bertanggung jawab, finansial, fasilitas fisik, psikososial), dan sikap keluarga terhadap yang sakit.

4.4. Implementasi

Sebelum melakukan implementasi, perawat dan pasien sudah menyusun tindakan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan keperawatan sesuai dengan kondisi pasien saat ini. Hubungan saling percaya antara perawat dengan pasien perlu untuk membangun BHSP. Implementasi yang akan dilakukan dengan asuhan keperawatan pada Tn.J dengan diagnosa medis *Chondro Sarkoma femur distal dextra* disesuaikan dengan diagnosa keperawatan dilakukan mulai 10 Januari 2022 – 14 Januari 2022.

1. Diagnosa pre operasi pertama yaitu Nyeri Kronis berhubungan dengan Infiltrasi Tumor.

Pada diagnosa pertama implementasi yang dilakukan adalah berikan analgetik dynastat 40 mg 2 x 1 amp intra vena, monitor skala nyeri setelah pemberian analgetik dynastat,

sarankan pasien melakukan teknik relaksasi saat timbul keluhan nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri dengan melakukan teknik relaksasi saat timbul keluhan nyeri.

Pemberian analgetik dynastat bertujuan untuk terapi yang diberikan untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan. Dynastat 40 mg bekerja dengan mengurangi produksi zat yang menyebabkan rasa nyeri, peradangan dan pembengkakan, Dynastat adalah golongan NSAID yang secara selektif menghambat enzim COX-2 serta prostaglandin PgE2, enzim COX-1 tidak. dihambat sehingga prostacylin (Pg12) dengan efek prostektif terhadap mukosa lambung tetap dibentuk. Monitor skala nyeri setelah pemberian analgetik dynastat bertujuan untuk memantau tanda – tanda vital pasien yang akan menjalani operasi, apakah pasien siap atau tidak untuk dilakukan operasi dan memberikan tindakan serta intervensi untuk kelancaran operasi yang dijalani, tanda – tanda vital dapat digunakan untuk mamantau terkait pemberian obat – obatan pre medikasi apakah ada perubahan yang signifikan antara sebelum dan sesudah pemberian pre medikasi. Sarankan pasien melakukan teknik relaksasi saat timbul keluhan nyeri bertujuan untuk menurunkan intensitas nyeri yang dirasakan oleh pasien, penanganan nyeri dengan melakukan teknik relaksasi merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengurangi nyeri (Widianti, 2022). Jelaskan strategi meredakan nyeri dengan melakukan teknik relaksasi saat timbul keluhan nyeri bertujuan untuk menurunkan intensitas rasa nyeri yang dirasakan oleh pasien. Teknik relaksasi dapat menurunkan nyeri dengan merilekskan ketegangan otot yang menunjang nyeri, teknik relaksasi terdiri atas nafas abdomen dengan frekuensi lambat, berirama. Pasien dapat memejamkan matanya dan bernafas perlahan dengan nyaman (Widianti, 2022).

4.5.Diagnosa kedua pre operasi yaitu Ansietas berhubungan dengan Ancaman Terhadap Konsep Diri.

Pada implementasi diagnosa yang kedua yang dilakukan adalah Monitor tekanan darah, nadi, pernafasan, BB, EKG; Puasakan 6 jam sebelum tindakan pembedahan; anjurkan pasien mandi dengan antiseptik yaitu chlorheksidin 2 %; Pastikan kelengkapan dokumen pre operasi meliputi surat persetujuan tindakan operasi, form pre, intra, post operasi, pesanan dokter operator, pesanan dr anestesi; transfer pasien ke kamar operasi dengan tempat tidur, jelaskan prosedur waktu dan lamanya operasi, jelaskan waktu puasa mulai jam 24.00 dan minum esilgan 2 mg

Monitor tekanan darah, nadi, pernafasan BB, EKG bertujuan untuk tanda – tanda vital merupakan hal yang tidak bisa terlewatkan dalam berbagai kasus operasi maupun non operasi. Perawat dan dokter dapat memantau tanda – tanda vital pasien yang akan menjalani operasi, apakah pasien siap atau tidak untuk dilakukan operasi dan memberikan tindakan serta intervensi untuk kelancaran operasi yang dijalani, tanda – tanda vital dapat digunakan untuk mamantau terkait pemberian obat – obatan pre medikasi apakah ada perubahan yang signifikan antara sebelum dan sesudah pemberian pre medikasi. pengukuran berat badan di gunakan untuk penentuan dosis obat yang di gunakan, pemeriksaan EKG dibutuhkan untuk mengetahui penyulit sebelum tindakan operasi (Kurniawan et al., 2018). Puasakan 6 jam sebelum tindakan pembedahan bertujuan untuk menghindari aspirasi yaitu masuknya cairan lambung dalam paru – paru dan menghindari kontaminasi feses ke area pembedahan sehingga menghindari terjadinya infeksi pasca pembedahan (Kurniawan et al., 2018). Anjurkan pasien mandi dengan antiseptik yaitu chlorheksidin 2 % bertujuan untuk persiapan fisik sebelum pembedahan, adalah salah satunya personal hygiene, pasien di anjurkan mandi menggunakan cairan chlorheksidin 2 %. Chlorheksidin 2 % merupakan antiseptik yang dapat melawan aktivitas perkembangan mikoorganisme gram negatif, ragi, jamur, protozoa, alga, virus dan gram positif seperti Methicillin resisten Staphylococcus aureus (MRSA) (Andini, 2012).

Pastikan kelengkapan dokumen pre operasi meliputi surat persetujuan tindakan operasi, form pre, intra, post operasi, pesanan dokter operator, pesanan dr anestesi bertujuan untuk tahapan yang dilakukan sebelum pembedahan adalah persiapan fisik, persiapan mental/psikis, inform consent, pemberian obat – obat premedikasi. Keperawatan pre operatif merupakan tahapan awal yang menjadi landasan untuk kesuksesan tahapan – tahapan berikutnya. Pengkajian secara integral dari fungsi pasien meliputi fungsi fisik biologis dan psikologis sangat diperlukan untuk keberhasilan dan kesuksesan suatu operasi, peranan perawat sangat penting bagi pasien pre operasi, baik pada masa sebelum, selama, setelah operasi. Transfer pasien ke kamar operasi dengan tempat tidur bertujuan untuk persiapan fisik pre operasi adalah mengantar pasien ke kamar operasi dengan memberikan kesempatan kepada keluarga dan pasien untuk berdoa bersama sama sebelum prosedur operasi dikerjakan untuk memberikan ketenangan psikologis pada pasien dan keluarga dalam menghadapi tindakan operasi (Kurniawan et al., 2018). Menjelaskan prosedur waktu dan lamanya operasi bertujuan untuk membantu pasien mengetahui tentang tindakan – tindakan yang dialami pasien sebelum operasi, memberikan informasi tentang waktu operasi, hal – hal yang dialami pasien selama proses operasi dan sebagainya, memberikan penjelasan terlebih dahulu setiap tindakan persiapan operasi sesuai dengan tingkat perkembangan, menggunakan bahasa yang sederhana. Dengan informasi yang lengkap, kecemasan yang dialami oleh pasien bisa diturunkan dan mempersiapkan mental pasien dengan baik (Kurniawan et al., 2018). Menjelaskan waktu puasa mulai jam 24.00 dan minum esilgan 2 mg bertujuan untuk mencegah terjadinya resiko aspirasi atau hal – hal beresiko lain yang dapat terjadi pada pasien. Setiap pasien yang akan menjalani operasi pasti akan mengalami kecemasan. Kecemasan dapat menyebabkan respon pathofisiologis seperti takikardia, hipertensi. Penurunan tingkat kecemasan tidak hanya penting untuk kenyamanan pada pasien tetapi juga untuk kesuksesan suatu pembedahan. Untuk menurunkan tingkat kecemasan pada pasien

diberikan obat premedikasi salah satunya esilgan. Esilgan ini merupakan golongan obat benzodiazepine. Benzodiazepine muncul untuk menghasilkan efek farmakologi dengan memberi fasilitas kerja asam gama-aminobutirat (GABA), yaitu neurotransmitter inhibisi dalam sistem saraf pusat (Kurniawan et al., 2018). Mejelaskan waktu puasa mulai jam 24.00 dan minum esilgan 2 mg bertujuan untuk persiapan sebelum pembedahan pada pasien yang akan menjalani operasi atau dijadwalkan operasi akan dijelaskan oleh perawat mengenai instruksi puasa baik secara lisan maupun tertulis tentang penjadwalan puasa sebelum operasi dan dengan pemberian tanda atau label puasa pada *bed* pasien. Pada pasein dengan pembedahan mayor dilakukan pembiusan total, pembiusan tersebut berpengaruh pada fungsi organ dari pasien. Jika tidak dilakukan tindakan puasa akan beresiko aspirasi atau hal – hal beresiko lain yang dapat terjadi pada pasien. Setiap pasien yang akan menjalani operasi pasti akan mengalami kecemasan. Kecemasan dapat menyebabkan respon pathofisiologis seperti takikardia, hipertensi. Penurunan tingkat kecemasan tidak hanya penting untuk kenyamanan pada pasien tetapi juga untuk kesuksesan suatu pembedahan. Untuk menurunkan tingkat kecemasan pada pasien diberikan obat premedikasi salah satunya esilgan. Esilgan ini merupakan golongan obat benzodiazepine. Benzodiazepine muncul untuk menghasilkan efek farmakologi dengan memberi fasilitas kerja asam gama-aminobutirat (GABA), yaitu neurotransmitter inhibisi dalam sistem saraf pusat (Kurniawan et al., 2018).

4.6.Diagnosa ke tiga post operasi adalah yaitu Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi).

Implementasi yang dilakukan pada diagnosa ke tiga adalah Monitor penurunan nyeri, Anjurkan pasien melakukan teknik relaksasi menarik nafas panjang dari hidung mengeluarkan lewat mulut saat nyeri timbul bila mobilisasi, Jelaskan strategi meredakan nyeri dengan melakukan teknik relaksasi menarik nafas panjang dari hidung mengeluarkan

lewat mulut saat nyeri timbul bila mobilisasi, Monitor jalan obat naropin pump, berikan injeksi dynastat 2x1 amp/24 jam.

Memonitor penurunan nyeri bertujuan untuk melakukan penilaian efek dari analgetik yang diberikan (Handayani et al., 2019). Mengajarkan pasien melakukan teknik relaksasi menarik nafas panjang dari hidung mengeluarkan lewat mulut saat nyeri timbul bila mobilisasi bertujuan untuk mengurangi intensitas nyeri yang di rasakan oleh pasien, karena otot-otot akan rileks sehingga respon nyeri bisa bertahap turun. Penanganan nyeri dengan melakukan teknik relaksasi merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengurangi nyeri (Widianti, 2022). Menjelaskan strategi meredakan nyeri dengan melakukan teknik relaksasi menarik nafas panjang dari hidung mengeluarkan lewat mulut saat nyeri timbul bila mobilisasi bertujuan untuk menurunkan nyeri dengan merilekskan ketegangan otot yang menunjang nyeri, teknik relaksasi terdiri atas nafas abdomen dengan frekuensi lambat, berirama. Pasien dapat memejamkan matanya dan bernafas perlahan dengan nyaman (Widianti, 2022). Memonitor jalan obat naropin pump bertujuan untuk memonitor efektivitas pemberian obat naropin pada pasien untuk meredakan tingkat nyeri post tindakan operasi. Naropin merupakan Ropivakain obat anestesi lokal golongan Amida (-NHCO-). Pusat kerjanya terletak di membrane sel, anestesi lokal menghambat penerusan impuls dengan jalan menurunkan permeabilitas membrane sel saraf untuk ion-natrium, yang perlu bagi fungsi saraf yang layak. Hal ini disebabkan adanya persaingan dengan ion-ion kalsium yang berada berdekatan dengan saluran-saluran natrium di membrane sel saraf. Pada waktu bersamaan, akibat turunya laju depolarisasi, ambang kepekaan terhadap rangsangan listrik lambat laun meningkat, sehingga akhirnya terjadi kehilangan rasa setempat secara reversible (Nugraha, 2009). Memberikan injeksi dynastat 2x1 amp/24 jam bertujuan untuk terapi yang diberikan meredakan nyeri. Dynastat 40 mg bekerja dengan mengurangi produksi zat yang

menyebabkan rasa nyeri, peradangan dan pembengkakan, Dynastat adalah golongan NSAID yang secara selektif menghambat enzim COX-2 serta prostaglandin PgE2, enzim COX-1 tidak dihambat sehingga prostacyclin (Pg12) dengan efek protektif terhadap mukosa lambung tetap dibentuk.

4.7. Diagnosa keempat post operasi yaitu Resiko Infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif.

Pada implementasi diagnosa yang keempat yang dilakukan adalah Berikan injeksi terfacef 2 x 1 gram/24 jam, monitor darah lengkap, monitor jumlah warna dan konsistensi drainase, lakukan cuci tangan 6 langkah sebelum dan sesudah perawatan selang, kosongkan kantung penampung 1 x 24 jam, anjurkan pasien melakukan aktifitas fisik secara bertahap

Memberikan injeksi terfacef 2 x 1 gram/24 jam bertujuan untuk terapi antibiotik. Terfacef merupakan antibiotik golongan cephalosporin generasi ketiga yang bekerja dengan cara mengikat satu atau lebih penicillin-binding protein (PBP) yang menghambat transpeptidasi tahap terakhir dari sintesis peptidoglikan di dinding sel bakteri, sehingga menghambat biosintesis dan mencegah dinding sel yang mengakibatkan kematian sel bakteri (Susanto & Permanasari, 2019). Memonitor darah lengkap bertujuan untuk memonitor parameter infeksi yang meliputi leukosit merupakan sel yang berperan dalam sistem pertahanan tubuh yang sangat tanggap terhadap agen infeksi penyakit. Leukosit berfungsi melindungi tubuh terhadap berbagai penyakit dengan cara fagosit dan menghasilkan antibodi. Leukosit dapat dibagi menjadi dua kategori yaitu granulosit dan agranulosit. Granulosit adalah sel yang memiliki segmen atau lobus pada inti sel dan granula pada sitoplasma, terdiri atas neutrofil, eosinofil dan basofil. Laju endap darah (LED) disebut juga kecepatan pengendapan sel-sel eritrosit di dalam tabung berisi darah yang telah diberi antikoagulan

dalam waktu satu jam. Peningkatan nilai LED menunjukkan suatu proses inflamasi dalam tubuh seseorang, baik inflamasi akut maupun kronik, atau adanya kerusakan jaringan. Peningkatan LED merupakan indikator yang tidak spesifik terhadap respon fase akut dan berguna dalam memonitor aktivitas penyakit. Nilai rujukan LED pada laki-laki 0 – 10 mm/jam dan perempuan 0 – 13 mm/jam (Gita & Mardina, 2019). Memonitor jumlah warna dan konsistensi drainase bertujuan untuk memonitor produksi yang keluar apakah voch berupa darah segar atau sudah berupa serum, bila masih berupa darah segar perlu di konfirmasi dengan pemeriksaan kadar hemoglobin apakah ada penurunan kadar HB atau tidak (Indra et al., 2018). Melakukan cuci tangan 6 langkah sebelum dan sesudah perawatan selang bertujuan untuk mengurangi mikroorganisme yang menempel ditangan dengan tujuan menurunkan angka penyebaran kuman penyakit kepada orang lain ataupun kepada lingkungan yang mungkin ditularkan dari tangan yang kotor tersebut. Cuci tangan merupakan prosedur wajib tenaga kesehatan dalam setiap kegiatan dalam pelayanan kesehatan, Ada lima moment saat atau waktu cuci tangan dengan sabun yang wajib di lakukan oleh tenaga kesehatan yaitu: sebelum kontak atau interaksi dengan pasien, sebelum melakukan tindakan aseptik, setelah terpapar atau kontak dengan cairan tubuh seperti urine, darah pasien , setelah kontak atau interaksi dengan pasien, setelah terpapar dengan lingkungan pasien seperti meja, pakaian , linen pasien. Tangan harus selalu dicuci baik sebelum atau sesudah kegiatan termasuk sebelum dan sesudah menggunakan sarung tangan (Panirman et al., 2021). Mengosongkan kantung penampung 1 x 24 jam bertujuan untuk mengeluarkan sisa bekuan darah yang berasal dari rongga organ di daerah operasi, sehingga proses penyembuhan luka lebih cepat dan berfungsi memonitor produksi yang keluar apakah voch berupa darah segar atau sudah berupa serum, bila masih berupa darah segar perlu di konfirmasi dengan pemeriksaan kadar hemoglobin apakah ada penurunan kadar HB atau tidak (Indra et al., 2018). Menganjurkan pasien melakukan aktifitas fisik secara bertahap bertujuan untuk

pengembalian fungsi fisik dengan mobilisasi dini akan menunjang dalam perawatan yang maksimal pada pasien post operasi guna mempercepat penyembuhan luka operasi (Wulansari et al., 2015).

4.8. Diagnosa kelima post operasi yaitu Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Penurunan Kekuatan Otot.

Pada implementasi diagnosa yang kelima yang dilakukan adalah Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi, kolaborasi dengan fisioterapi untuk latihan mobilisasi bertahap, anjurkan ambulasi sederhana berjalan sesuai toleransi.

Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya bertujuan untuk pengembalian fungsi fisik dilakukan segera setelah operasi dengan latihan napas dan latihan mobilisasi dini. Seperti kita ketahui bahwa pasien yang selesai menjalani tindakan operasi cenderung merasa takut, mengeluh nyeri pada luka operasi bahkan tergantung dalam melakukan aktivitas, sehingga enggan bergerak dan berada di tempat tidur saja. Hal tersebut justru membuat pasien semakin tidak mandiri dalam proses pengembalian fungsi tubuh untuk melakukan aktivitas sehari-hari menjadi terhambat . oleh karena itu mobilisasi dini sangat penting untuk mendorong kemandirian pasien sesegera mungkin (Wulansari et al., 2015). Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi bertujuan untuk pengembalian fungsi fisik dilakukan segera setelah operasi dengan latihan napas dan latihan mobilisasi dini. Seperti kita ketahui bahwa pasien yang selesai menjalani tindakan operasi cenderung merasa takut, mengeluh nyeri pada luka operasi bahkan tergantung dalam melakukan aktivitas, sehingga enggan bergerak dan berada di tempat tidur saja. Hal tersebut justru membuat pasien semakin tidak

mandiri dalam proses pengembalian fungsi tubuh untuk melakukan aktivitas sehari-hari menjadi terhambat . oleh karena itu mobilisasi dini sangat penting untuk mendorong kemandirian pasien sesegera mungkin (Wulansari et al., 2015).

Intervensi libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi. Pada pasien post operasi memerlukan perawatan yang maksimal demi mempercepat proses penyembuhan luka bedah dan penyembuhan fisik pasien itu sendiri. Pengembalian fungsi fisik dilakukan segera setelah operasi dengan latihan napas dan latihan mobilisasi dini. Seperti kita ketahui bahwa pasien yang selesai menjalani tindakan operasi cenderung merasa takut, mengeluh nyeri pada luka operasi bahkan tergantung dalam melakukan aktivitas, sehingga enggan bergerak dan berada di tempat tidur saja. Hal tersebut justru membuat pasien semakin tidak mandiri dalam proses pengembalian fungsi tubuh untuk melakukan aktivitas sehari-hari menjadi terhambat . oleh karena itu mobilisasi dini sangat penting untuk mendorong kemandirian pasien sesegera mungkin (Wulansari et al., 2015). Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi bertujuan untuk pengembalian fungsi fisik dilakukan segera setelah operasi dengan latihan napas dan latihan mobilisasi dini. Seperti kita ketahui bahwa pasien yang selesai menjalani tindakan operasi cenderung merasa takut, mengeluh nyeri pada luka operasi bahkan tergantung dalam melakukan aktivitas, sehingga enggan bergerak dan berada di tempat tidur saja. Hal tersebut justru membuat pasien semakin tidak mandiri dalam proses pengembalian fungsi tubuh untuk melakukan aktivitas sehari-hari menjadi terhambat . oleh karena itu mobilisasi dini sangat penting untuk mendorong kemandirian pasien sesegera mungkin (Wulansari et al., 2015). Berkolaborasi dengan fisioterapi untuk latihan mobilisasi bertahap bertujuan untuk meningkatkan kekuatan otot, mempercepat proses penyembuhan, mengurangi rasa nyeri serta mengembalikan mobilisasi dan ketahanan otot, terdapat berbagai macam jenis latihan dan alat fisioterapi yang digunakan

disesuaikan dengan kebutuhan pasien, seperti exercise therapy, manual therapy dan lain-lain (Sari, 2017). Mengajarkan ambulasi sederhana berjalan sesuai toleransi bertujuan untuk pengembalian fungsi fisik dilakukan segera setelah operasi dengan latihan napas dan latihan mobilisasi dini. Seperti kita ketahui bahwa pasien yang selesai menjalani tindakan operasi cenderung merasa takut, mengeluh nyeri pada luka operasi bahkan tergantung dalam melakukan aktivitas, sehingga enggan bergerak dan berada di tempat tidur saja. Hal tersebut justru membuat pasien semakin tidak mandiri dalam proses pengembalian fungsi tubuh untuk melakukan aktivitas sehari-hari menjadi terhambat . oleh karena itu mobilisasi dini sangat penting untuk mendorong kemandirian pasien sesegera mungkin (Wulansari et al., 2015).

4.9. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan kegiatan dalam menilai suatu tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses. Dalam mengevaluasi perawat harus memiliki pengetahuan dan kemampuan untuk memahami respon terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambarkan kesimpulan tentang tujuan yang dicapai serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil yang sudah ada (Ayu, 2020) .

Evaluasi disusun menggunakan SOAP (subjektif, objektif, assesment, planning) secara operasional dengan tahapan dengan sumatif (dilakukan selama proses asuhan keperawatan) dan formatif yaitu dengan proses dan evaluasi terakhir. Evaluasi dapat dibagi menjadi 2 yaitu evaluasi sumatif (berjalan) dan evaluasi formatif (akhir). Pada evaluasi belum dapat dilaksanakan secara maksimal karena keterbatasan waktu. Sedangkan pada tinjauan evaluasi pada pasien dilakukan karena dapat diketahui secara langsung keadaan pasien (Ayu, 2020).

1. Diagnosa pertama pre op yaitu Nyeri Kronis berhubungan dengan Infiltrasi Tumor.

Pada hari pertama evaluasi keperawatan (10 Januari 2022) pada pasien, didapatkan data subjektif Pasien mengatakan P = kaki kanan nyeri jika digerakkan, Q = tumpul, R = lutut kaki kanan, S = skala 5, dan T = saat di gerakkan. Data Obyektif didapatkan Pasien tampak meringis bila kaki kanan digerakkan, Pasien terlihat masih gelisah, Pasien bersikap protektif (menghindari nyeri), Masalah pada masalah ini belum Teratasi, dan Intervensi dilanjutkan no 1,2,3,4 dan Rencana Operasi

Pada hari kedua evaluasi keperawatan (11 Januari 2022) pada pasien, didapatkan data subjektif Pasien mengatakan P = kaki kanan, Q = sangat tumpul, R = lutut kaki kanan, S = skala 2, T = jarang-jarang. Data obyektif Pasien tidak meringis, Pasien tidak terlihat gelisah. Masalah ini teratasi, dan timbul masalah baru Nyeri Akut, Intervensi Pasien selesai di lakukan tindakan operasi Wide Eksisi Rekontruksi Mega Prosthesis, lutut kanan tertutup elstic bandage yang terpasang drain voch merah 20 cc, terpasang epidural jalan obat via pump naropin.

2. Diagnosa kedua pre op yaitu Ansietas berhubungan dengan Ancaman terhadap konsep diri.

Pada hari pertama evaluasi keperawatan (10 Januari 2022) pada pasien, didapatkan data subjektif. Pasien mengatakan khawatir dengan akibat dari kondisi yang di hadapi, Pasien cemas akan di lakukan operasi. Data obyektif Pasien tampak gelisah, Pasien tampak tegang, RR 24 x/mnt, Nadi 93 x/mnt, TD 148/83 mmHg, GCSE4V5M6, Perfusi hangat, kering, merah. Masalah ini belum Teratasi, dan Intervensi di lanjutkan no 1,2,3,4,5,6,7

Pada hari kedua evaluasi keperawatan (11 Januari 2022) pada pasien, didapatkan data subyektif. Pasien mengatakan sudah lega selesai operasi, berharap bisa jalan lagi seperti

sebelum sakit. Data obyektif pasien tampak tenang, perfusi hangat, kering dan merah, RR 24x/mnt, Nadi 93x/mnt tekanan darah 148/83 mmhg, gcs E4V5M6. Masalah teratasi, timbul masalah baru resiko infeksi, gangguan mobilisasi fisik, dan intervensi Pasien selesai dilakukan tindakan operasi Wide Eksisi Rekonstruksi Mega Prosthesis, lutut kanan tertutup elastic bandage yang terpasang drain vohc merah 20 cc, terpasang epidural jalan obat via pump naropin. Laporan Operasi Tanggal 11 Januari 2022 : Insisi Medial dengan mengambil bekas biopsi, dilakukan Wide Eksisi Tulang + Otot, Tulang dipotong setinggi 14 cm dari condyle femur, Wide Eksisi Otot dan Preservasi Perdarahan Tulang Femur + Tibia Proksimal Di Perparasi untuk pemasangan Implant, dilakukan pemasangan Implant Distal Femur Mega Prosthesis, luka dijahit di pasang drain, Perdarahan di OK 350 cc.

3. Diagnosa ketiga post op yaitu Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (Prosedur Operasi).

Pada hari pertama evaluasi keperawatan (12 Januari 2022) pada pasien, didapatkan data subjektif Pasien mengatakan P=kaki kanan jika digerakkan, Q=tumpul, R=lutut kaki kanan, S = skala 4, T = saat di gerakkan. Data Obyektif Pasien tampak meringis bila kaki kanan digerakkan, Pasien terlihat masih gelisah, Pasien bersikap protektif (menghindari nyeri). Masalah ini belum Teratasi, dan Intervensi di lanjutkan no 1,2,3,4,5

Pada hari kedua evaluasi keperawatan (13 Januari 2022) pada pasien, didapatkan data subjektif Pasien mengatakan P=kaki kanan jika digerakkan, Q=tumpul, R=lutut kaki kanan, S = skala 2, T = jarang-jarang. Data Obyektif Pasien tampak rileks bila kaki kanan digerakkan, Pasien terlihat tidak gelisah. Masalah ini belum Teratasi, dan Intervensi di lanjutkan no 1,2,3,4,5

Pada hari ketiga evaluasi keperawatan (14 Januari 2022) pada pasien, didapatkan data subjektif Pasien mengatakan P=kaki kanan jika digerakkan, Q=tumpul, R=lutut kaki kanan, S = skala 1, T = jarang-jarang. Data Obyektif Pasien tampak rileks bila kaki kanan digerakkan, Pasien terlihat tidak gelisah. Masalah Teratasi, dan Intervensi dihentikan.

4. Diagnosa ke empat post op yaitu Resiko Infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif.

Pada hari pertama evaluasi keperawatan (12 Januari 2022) pada pasien, didapatkan data obyektif lutut sebelah kanan terpasang elastic bandage dan selang drain vohch kemerahan, rembesan di luka tidak ada, Masalah tidak terjadi, Intervensi dilanjutkan no 1,2,3,4,5,6

Pada hari kedua evaluasi keperawatan (13 Januari 2022) pada pasien, didapatkan data obyektif lutut sebelah kanan terpasang elastic bandage dan selang drain vohch kemerahan, rembesan di luka tidak ada, Masalah tidak terjadi, Intervensi dilanjutkan no 1,2,3,4,5,6

Pada hari ketiga evaluasi keperawatan (14 Januari 2022) pada pasien, didapatkan data obyektif lutut sebelah kanan terpasang elastic bandage dan selang drain vohch kemerahan, rembesan di luka tidak ada, Masalah tidak terjadi, Intervensi dihentikan

5. Diagnosa kelima post op yaitu Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.

Pada hari pertama evaluasi keperawatan (12 Januari 2022) pada pasien, didapatkan data subjektif Pasien mengatakan takut menggerakkan kaki kanan, Pasien mengatakan nyeri berkurang saat menggerakkan kaki kanan. Data obyektif Kekuatan otot dan ROM menurun pada ektrmitas bawah sebelah kanan 2222. Masalah belum teratasi. Intervensi dilanjutkan no 1,2,3,4

Pada hari kedua evaluasi keperawatan (13 Januari 2022) pada pasien, didapatkan data subjektif Pasien mengatakan sudah bisa menggerakkan kaki kanan sedikit demi sedikit, Pasien mengatakan nyeri berkurang saat menggerakkan kaki kanan. Data obyektif Kekuatan otot dan ROM menurun pada ekstremitas bawah sebelah kanan 3333. Masalah belum teratasi. Intervensi dilanjutkan no 1,2,3,4

Pada hari ketiga evaluasi keperawatan (14 Januari 2022) pada pasien, didapatkan data subjektif Pasien mengatakan sudah bisa menggerakkan kaki kanan sedikit demi sedikit, Pasien mengatakan nyeri berkurang saat menggerakkan kaki kanan. Data obyektif Kekuatan otot dan ROM menurun pada ekstremitas bawah sebelah kanan 4444. Masalah teratasi. Intervensi dihentikan.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan diagnosis medis *chondrosarkoma femur distal* di Pav II Rumah Sakit Darmo Surabaya, kemudian penulis dapat menarik simpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis *chondrosarkoma femur*

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil pembahasan tentang asuhan keperawatan jiwa yang dilakukan maka dapat diambil simpulan sebagai berikut :

1. Pengakjian pada Tn.J pada tanggal 10 Januari 2022 di ruang Pav II RS Darmo Surabaya dengan diagnosa medis *chondrosarkoma femur distal*, dengan keluhan utama nyeri pada lutut kanan. Skala nyeri : P = kaki kanan, Q = tumpul, R = lutut kaki kanan, S = skala 5, T = saat di gerakkan. Pada Tn.J menimbulkan masalah keperawatan seperti: Nyeri kronis, Ansietas, Nyeri akut, Resiko Infeksi, Gangguan mobilitas fisik.
2. Diagnosa keperawatan pada Tn.J dengan diagnosa medis *chondrosarkoma femur distal* dan telah diprioritaskan menjadi: Nyeri kronis berhubungan dengan Infiltrasi Tumor, Ansietas berhubungan dengan Ancaman terhadap konsep diri, Nyeri akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (Prosedur Operasi), Resiko Infeksi

dibuktikan dengan efek prosedur invasif, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.

3. Intervensi keperawatan pada Tn.J dengan diagnosa medis *chondrosarkoma femur distal* disesuaikan dengan diagnosa keperawatan dengan kriteria hasil untuk: Nyeri Kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor Keluhan nyeri skala nyeri 0 – 1, Pasien tampak rileks dan tenang, Frekuensi nadi, RR, dan TD normal, Nadi 70-80 x/mnt, RR 16 – 20 x/mnt, Tekanan Darah 110 – 125/ 60 – 70 mmhg. Ansietas berhubungan dengan Ancaman terhadap konsep diri. Pasien mengungkapkan menerima kondisi sakitnya, Perilaku tegang dan gelisah menurun, Pola tidur membaik. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (Prosedur Operasi) juga sama halnya seperti nyeri kronis. Resiko Infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif . Memahami penjelasan tanda-tanda infeksi luka operasi yaitu ruam kemerahan , demam, nyeri, bengkak, keluar nanah dari luka. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot Keluhan nyeri menurun skala 0-1, Pergerakan ekstremitas sedang, Kekuatan Otot sedang, Kecemasan menurun.
4. Implementasi keperawatan pada Tn.J dengan diagnosa medis *chondrosarkoma femur distal* disesuaikan dengan diagnosa keperawatan dengan: Berikan analgetik Dynastat 40 mg 2 x 1 amp intra vena, Monitor skala nyeri setelah pemberian analgetik dynasta, Sarankan pasien melakukan relaksasi saat timbul keluhan nyeri, Jelaskan strategi meredakan nyeri dengan melakukan teknik relaksasi saat timbul keluhan nyeri, Monitor tekanan darah ,nadi, pernafasan, BB, EKG, Puasakan 6 jam sebelum tindakan pembedahan, Anjurkan pasien mandi cairan antiseptik yaitu chlorheksidin 2 5, Pastikan kelengkapan dokumen pre operasi meliputi surat persetujuan tindakan operasi, form pre, intra, post operasi, pesanan dokter operator, pesanan dr anestesi, Transfer pasien ke kamar operasi dengan tempat tidur, Jelaskan tentang prosedur

waktu dan lamanya operasi, Jelaskan waktu puasa mulai jam 24.00 dan minum esilgan 2 mg, Monitor penurunan nyeri, Anjurkan pasien melakukan teknik relaksasi menarik nafas panjang dari hidung mengeluarkan lewat mulut saat nyeri timbul bila mobilisasi, Jelaskan strategi meredakan nyeri dengan melakukan teknik relaksasi menarik nafas panjang dari hidung mengeluarkan lewat mulut saat nyeri timbul bila mobilisasi, Monitor jalan obat naropin pump, Berikan injeksi dynastat 2x1 amp/24 jam, Berikan injeksi Terfacef 2 x 1 gram/24 jam, Monitor darah lengkap, Monitor jumlah, warna dan konsistensi drainase selang, Lakukan cuci tangan 6 langkah sebelum dan sesudah perawatan selang, Kosongkan kantung penampung 1 x 24 jam, Anjurkan pasien melakukan aktivitas fisik secara bertahap, Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi, Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi, Kolaborasi dengan fisioterapi untuk latihan mobilisasi bertahap, Anjurkan ambulasi sederhana berjalan sesuai toleransi.

5. Evaluasi keperawatan pada Tn.J dengan diagnosa medis *chondrosarkoma femur distal* disesuaikan dengan diagnosa keperawatan yaitu Nyeri kronis berhubungan dengan Infiltrasi Tumor, Ansietas berhubungan dengan Ancaman terhadap konsep diri, Nyeri akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (Prosedur Operasi), Resiko Infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.

5.2 Saran

5.1.1 Bagi Pasien dan Keluarga

Diharapkan hasil penelitian ini bisa menjadi referensi bagi pasien dan keluarga yang mendapatkan keluhan yang sama dan bisa segera melakukan pengobatan ke fasilitas kesehatan sehingga penanganan bisa lebih dini di lakukan.

5.1.2 Bagi Perawat

Diharapkan hasil penelitian ini bisa menjadi motivasi untuk mengembangkan kemampuan dalam merawat pasien dengan kasus chondrosarkoma sehingga perawatan yang diberikan lebih optimal.

5.1.3 Bagi Manajemen Ruangan

Rumah sakit hendaknya meningkatkan kualitas pelayanan yaitu dengan memberikan kesempatan perawat untuk mengikuti pendidikan berkelanjutan baik formal maupun informal. Mengadakan pelatihan internal yang diikuti oleh perawat khususnya semua perawat Ruang Pav II RS Darmo Surabaya mengenai perawatan pada pasien dengan diagnosa medis *chondrosarkoma*.

5.1.4 Bagi Pendidikan

Diharapkan hasil Karya Tulis Ilmiah ini bisa dijadikan referensi dalam penanganan keperawatan pada pasien chondrosarkoma

5.1.5 Bagi Mahasiswa

Diharapkan hasil Karya Tulis Ilmiah ini dapat meningkatkan motivasi bagi mahasiswa untuk melakukan kajian lebih dalam lagi dalam melakukan perawatan pada pasien dengan Chondrosarkoma.

DAFTAR PUSTAKA

- Andini, A. R. (2012). *Oral Hygiene Terhadap Jumlah Bakteri Orofaring Pada Penderita Dengan Ventilator Universitas Diponegoro Tahun 2012 Jurnal Media Medika Muda Pengaruh Pemberian Povidone Iodine 1 % Sebagai Oral Hygiene Terhadap Jumlah Bakteri.*
- Anggreani, I., Eka Wuyung, P., & Anggreani Evelina Kodrat Puspita Eka Wuyung, I. (2019). *Pratista Patologi Peran Isocitrate Dehydrogenase (IDH) pada Kondrosarkoma. Pratista Patologi, 6(2), 1–14.*
- Ayu, P. (2020). *ASUHAN KEPERAWATAN Ny. R DENGAN DIAGNOSA MEDIS SEPSIS DI RUANG ICU CENTRAL RSPAL DR. RAMELAN SURABAYA.*
- Cookson, M. D., & Stirk, P. M. R. (2019). *濟無No Title No Title No Title.*
- Dimova, M. (2019). *Laporan Pendahuluan Tumor Tulang.*
- Fadhila, H., Hesanda, Hilatus, & Indrian. (2021). *Makalah keperawatan medikal bedah ii asuhan keperawatan dengan klien osteosarcoma.*
- Gita, C. R. N., & Mardina, V. (2019). *Pemeriksaan Jumlah Leukosit, Laju Endap Darah Dan Bakteri Tahan Asam (Bta) Pada Pasien Penyakit Tuberculosis Paru Di Rsud Langsa. Pemeriksaan Jumlah Leukosit, Laju Endap Darah Dan Bakteri Tahan Asam (Bta) Pada Pasien Penyakit Tuberculosis Paru Di Rsud Langsa, 1(2), 6–15.*
- Handayani, S., Arifin, H., & Manjas, M. (2019). *Kajian Penggunaan Analgetik pada Pasien Pasca Bedah Fraktur di Trauma Centre RSUP M. Djamil Padang. Jurnal Sains Farmasi & Klinis, 6(2), 113. <https://doi.org/10.25077/jsfk.6.2.113-120.2019>*
- Indra, R., Bagus B.S.A, I., & Alfianto, U. (2018). *Perbedaan Penggunaan Drain Dan Tanpa Penggunaan Drain Intra Abdomen Terhadap Lama Perawatan Pascaoperasi Laparotomi Apendisitis Perforasi. Biomedika, 10(1), 35–40. <https://doi.org/10.23917/biomedika.v10i1.5852>*

- Koerniawan, D., Daeli, N. E., & Srimiyati, S. (2020). Aplikasi Standar Proses Keperawatan: Diagnosis, Outcome, dan Intervensi pada Asuhan Keperawatan. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 3(2), 739–751. <https://doi.org/10.31539/jks.v3i2.1198>
- Kurniawan, A., Kurnia, E., & Triyoga, A. (2018). Pengetahuan Pasien Pre Operasi Dalam Persiapan Pembedahan. *Jurnal Penelitian Keperawatan*, 4(2). <https://doi.org/10.32660/jurnal.v4i2.325>
- Nugraha, S. (2009). Obat – Obat Anestesi Lokal. *Universitas Kristen Indonesia*, 1, 1–30.
- Nur Hikmayanti, A. (2016). *ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK F YANG MENGALAMI OSTEOSARKOMA DI RUANG MELATI RSUD ABDUL WAHAB SYAHRANIE SAMARINDA* (Issue May).
- Panirman, L., Merisca, D. W., Candrayadi, Nugroho, P. B., Samsudin, & Nainggolan, J. S. (2021). Manajemen Enam Langkah Cuci Tangan Menurut Ketentuan WHO Sebagai Upaya Pencegahan Covid-19. *Abdi Masyarakat*, 2(2), 105–113.
- Rahayu putri Dian, ح. فاطمی. (2020). Asuhan keperawatan pada klien post operasi mioma uteri dengan masalah keperawatan nyeri akut. *Syria Studies*, 7(1), 37–72. https://www.researchgate.net/publication/269107473_What_is_governance/link/548173090cf22525dcb61443/download%0Ahttp://www.econ.upf.edu/~reynal/Civilwars_12December2010.pdf%0Ahttps://think-asia.org/handle/11540/8282%0Ahttps://www.jstor.org/stable/41857625
- Rahman. (2015). *LAPORAN PENDAHULUAN DAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN CHONDROSARCOMA DI RUANG 14 RUMAH SAKIT Dr. SAIFUL ANWAR MALANG*.
- Raylineshah. (2019). *Konsep Teori Gangguan Mobilitas Fisik*. 7–19.
- Sari, K. P. (2017). Perbedaan Kualitas Hidup antara Berbagai Metode Manajemen Nyeri pada Pasien Nyeri Kronis. *Jurnal Psikologi*, 44(2), 107. <https://doi.org/10.22146/jpsi.25208>
- SDKI. (2018). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). In *Persatuan Perawat Nasional Indonesia*.

- Sinda, T. I., Kati, R. K., Pangemanan, D. M., Sekeon, S. A. S., Neurologi, B., Kedokteran, F., & Sam, U. (2018). Mixed Pain. *Jurnal Sinaps*, 1(3), 59–69.
- Susanto, M. N., & Permanasari, V. Y. (2019). Penerapan Metode ABC Indeks Kritis dalam Pengelolaan Persediaan Obat di Instalasi Farmasi Rumah Sakit XYZ Pekanbaru, Riau Tahun 2018. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit Indonesia*, 5(2), 72–84. <https://doi.org/10.7454/arsi.v5i2.3196>
- Sutardi, G. B., Ismono, D., Irawan, M. N., & ... (2018). Chondrosarcoma pada Pelvis: Terapi Pembedahan dengan Preservasi Anggota Tubuh. *Jurnal Sistem ...*, 4(38), 84–88.
- Tan, A. (2021). KARAKTERISTIK PASIEN PENDERITA OSTEOSARKOMA DI RSUP DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR PERIODE JANUARI 2019 - DESEMBER 2020. 4(1), 1–23.
- Thalib, A. bin abi. (2020). Asuhan Keperawatan Chondrosarcoma. *Definitions*. <https://doi.org/10.32388/zs82m3>
- Vianti, R. A. (2015). Comorbidity : Apakah Merupakan Faktor Risiko Infeksi Luka Operasi Pasca Seksio Sesarea ? *Jurnal Ilmu Pengetahuan Dan Teknologi*, 29(1), 21–30.
- Wardani, N. P. (2017). Manajemen Nyeri Akut. *Manajemen Nyeri Akut*, 57–69.
- Widianti, S. (2022). Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Fraktur (Studi Literatur). *Jurnal Kesehatan Dan Pembangunan*, 12(23), 92–99.
- Wulansari, N. M. A., Ismonah, & Shobirun. (2015). Pengaruh Ambulasi Dini Terhadap Peningkatan Pemenuhan Activity Of Daily Living (ADL) Pada Pasien Post Operasi Fraktur Ekstremitas Di RSUD Ambarawa. *Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan (JIKK)*, III(1), 1–11.

Lampiran 1

CURRICULUM VITAE

Nama : Erlina Dwi Larasati

NIM : 2130136

Program Studi : Profesi Ners

Tempat, Tanggal Lahir : Malang, 11 Desember 1977

Alamat : Aspol Bangkingan Blok F no 98 Surabaya

Agama : Islam

Email : erlinalarasati1251@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

1. 1986 – 1991 : SDN 01 Turen, Malang
2. 1991 – 1994 : SMPN 01 Turen, Malang
3. 1994 – 1997 : SPK Celaket Malang
4. 2002 – 2005 : Politeknik Kesehatan Surabaya

Lampiran 2

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

“ Jangan pergi mengikuti ke mana jalan akan berujung. Buat jalanmu sendiri dan tinggalkan jejak”.

Persembahan :

Akhamdulillah piji syukur kepada Alloh SWT atas nikmat, tahmat berkah, cinta dan kasih sayang-Nya yang telah memberikan energi positif untuk terus semangat mencari ilmu dan menjadi manusia yang lebih baik. Dzat yang Maha Adil, Maha mengetahui segala isi hati hamba-Nya, tiada yang lebih Agung di dunia ini daripadaNya. Shalawat dan salam semoga tetap tercurahkan kepada Nabi tercinta, yaitu Nabi Besar Muhammad.

Saya persembahkan karya sederhana dalam wujud Karya Ilmiah Akhir ini kepada kedua orang tua saya yang selalu mengiringi langkah hidup saya dengan ridho dan doa, juga kepada suami saya tercinta Hendro Daryanto, anak saya tersayang M Riki H yang selalu memberikan support dan dukungan, tak lupa buat teman – teman icu tempat saya bekerja, teman – teman seperjuangan kuliah Ners yang saling mendukung. Saya harap Karya Ilmiah Akhir ini dapat memberikan manfaat tidak hanya untuk saya namun juga mengantarkan saya menjadi pribadi yang bermanfaat sebagaimana tujuan orang tua saya.

Tak banyak yang bisa saya berikan, hanya ucapan terima kasih dan doa tulus, Semoga Alloh SWT melimpahkan Rahmat-Nya kepada semua yang saya sayangi.

SOP
(STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR)
PEMBERIAN OBAT MELALUI SELANG
INFUS

PENGERTIAN	Memasukkan dosis obat yang kental atau pekat langsung ke dalam sirkulasi sitemik melalui port pada selang infus
TUJUAN	Pemberian obat dengan bolus intravena bertujuan agar obat yang diberikan dapat beraksi dengan cepat dan untuk menghindari pencampuran medikasi yang tidak cocok
INDIKASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien yang secara kritis tidak stabil 2. Situasi gawat darurat 3. Pemberian obat-obat yang perlu absorpsi lebih cepat pada pasien yang jumlah masukan cairannya terbatas
PERSIAPAN ALAT	<p>Baki berisi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vial atau ampul obat yang diresepkan 2. Spuit steril sesuai ukuran beserta jarum 3. Pelarut yang tepat sesuai indikasi (misalnya aquades/normal salin) 4. Selang IV dengan port injeksi 5. Swab alkohol 6. Bak spuit 7. Bengkok 8. Catatan pemberian obat 9. Jam tangan yang disertai detik/digital

<p style="text-align: center;">PROSEDUR PELAKSANAAN</p>	<p>TAHAP PRA-INTERAKSI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengecek program terapi dan obat dengan 6 benar 2. Mencuci tangan 3. Periksa nama pasien dan konfirmasi dengan gelang pasien 4. Menyiapkan alat
	<p>TAHAP ORIENTASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam dan sapa nama pasien 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan, kaji riwayat medis dan riwayat alergi terhadap obat yang sama sebelumnya, berikan kesempatan pasien untuk bertanya dan jawab seluruh pertanyaan pasien 3. Atur posisi pasien yang aman dan nyaman
	<p>TAHAP KERJA</p>
	<ol style="list-style-type: none"> 1) Perawat mencuci tangan 2) Kenakan sarung tangan 3) Siapkan obat sesuai instruksi dokter dan sediaan obat yang sudah dihandling dari farmasi 4) Periksa kepatenan selang iv dan memastikan bahwa cairan diinfuskan dengan kecepatan yang tepat 5) Periksa kateter infus dan letaknya 6) Pilih port injeksi selang IV yang paling dekat dengan pembuluh darah pasien 7) Bersihkan port injeksi dengan swab antiseptik, biarkan mengering 8) Hubungkan spuit dengan selang IV <ul style="list-style-type: none"> - Sistem jarum : masukkan jarum ukuran kecil pada spuit yang berisi obat melalui port injeksi - Sistem tanpa jarum : lepas port injeksi tanpa jarum, hunkan ujung spuit secara langsung 9) Sumbat aliran IV dengan menekuk selang di bagian depan pangkal injeksi, tarik pluger perlahan untuk aspirasi aliran darah balik 10) Setelah darah teraspirasi, lanjutkan penyumbatan selang dan menyuntikkan obat secara perlahan

	<p>selama beberapa menit, gunakan jam tangan untuk memperhitungkan waktu pemberian</p> <p>11) Setelah penyuntikan obat, lepas selang, tarik spuit dan periksa kembali kecepatan aliran infus</p> <p>12) Buang spuit pada tempat khusus anti tusuk tanpa harus menutup jarum dengan satu tangan dan letakkan pada bengkok sebelum dibuang di tempat sampah khusus</p> <p>13) Bereskan peralatan dan lepas sarung tangan</p> <p>14) Catat setiap pemberian obat, tulis inisial dan tanda tangan perawat</p> <p>15) Evaluasi respon pasien setelah dilakukan tindakan</p> <p>16) Beri reinforcement positif</p> <p>17) Kembalikan semua peralatan ke tempatnya</p> <p>18) Cuci tangan</p>
	<p>TAHAP TERMINASI</p> <p>a) Akhiri kegiatan dengan memberikan penjelasan ke pasien bila ada keluhan setelah tindakan untuk melapor</p> <p>b) Mengucapkan salam terapeutik</p>
	<p>Hal-hal yang perlu diperhatikan</p> <p>a) Pastikan sistem IV paten, tidak bengkak pada tempat insersi infus, dan tidak ada kebocoran cairan IV pada tempat insersi, bila sistem IV tidak berfungsi dengan tepat, kateter IV perlu dipasang ulang sebelum memasukkan obat melalui selang IV</p> <p>b) Efek samping yang serius dapat terjadi secara langsung dalam hitungan detik sehingga pemberian harus hati-hati untuk mencegah aliran infus terlalu cepat</p> <p>c) Observasi lokasi intra vena selama pemberian obat, adanya bengkak yang tiba-tiba mengindikasikan terjadi infiltrasi, penting untuk menghentikan injeksi jika terjadi infiltrasi, penting juga untuk mengetahui efek samping setiap obat dan memperhatikan adanya</p>

	<p>reaksi pada pasien</p> <p>d) Perawat perlu mengevaluasi respon pasien terhadap pengobatan dalam 10 sampai 30 menit</p>
--	---

SOP
(STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR)
CUCI TANGAN

PENGERTIAN	Kegiatan dalam membersihkan tangan petugas dengan menggunakan sabun
TUJUAN	Menekan pertumbuhan kuman bakteri dan menurunkan jumlah kuman yang tumbuh di tangan
PROSEDUR PELAKSANAAN	<p>PERSIAPAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sarana cuci tangan 2. Air bersih mengalir 3. Sabun batang / cair 4. Lap kertas kain yang kering 5. Kuku di jaga selalu pendek 6. Cincin dan gelang perhiasan harus dilepaskan <p>PROSEDUR</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Basahi tangan dengan air mengalir yang bersih 2. Tuangkan 3 - 5 cc sabun untuk menggosok seluruh permukaan tangan 3. Ratakan dengan kedua tangan 4. Gosok punggung dan sela - sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan punggung tangan kanan dengan tangan kiri 5. Telapak dengan telapak dan jari saling terkait 6. Letakkan punggung jari pada telapak satunya dengan jari saling mengunci 7. Jempol kanan di gosok memutar oleh telapak kiri dan sebaliknya 8. Jari kiri menguncup, gosok memutar kekanan dan kekiri pada telapak kanan dan sebaliknya 9. Pegang pergelangan tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya, gerakan memuta

SOP
(STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR)
PERAWATAN LUKA JAHITAN

PENGERTIAN	Kegiatan dalam membersihkan tangan petugas dengan menggunakan sabun
TUJUAN	Menekan pertumbuhan kuman bakteri dan menurunkan jumlah kuman yang tumbuh di tangan
PROSEDUR PELAKSANAAN	<p>FASE PRE INTERAKSI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengecek catatan medis dan perawatan 2. Cuci tangan 3. Menyiapkan alat-alat yang diperlukan : <ol style="list-style-type: none"> a. 2 pncet anatomis b. 2 pncet cirurgis c. 1 arteri kleam d. Kapas lidi e. Depper f. Gunting lurus g. Gunting hecting h. Kassa steril i. Handscoon bersih j. Hendscoon steril k. Gunting perban l. Kasaa gulung m. Com steril n. Bengkok o. Larutan Nacl p. Betadin q. Obat untuk luka r. Alas

	<p>s. Tempat sampah</p> <p>FASE INTERAKSI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberika salam teraupetik 2. Melakukan evaluasi / validasi 3. Melakukan kontrak waktu, tempat dan topik 4. Menerangkan tujuan dan prosedur tindakan 5. Menjaga privasi klien <p>FASE KERJA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengatur posisi pasien 2. Mempersiapkan dan letakkan alat di dekat pasien 3. Perawat cuci tangan 4. Pasang alas di bawah luka 5. Letakkan bengkok dekat are luka yang akan dirawat 6. Gunakan handscoon bersih untuk mengangkat balutan lama, sebelumnya gunakan kapas alkohol untuk membuka plester dan buang dalam bengkok atau tempat sampah 7. Bila balutan lengket pada luka, lepaskan dengan memberikan larutan steril 8. Lepaskan sarung tangan dengan menarik bagian dalam ke luar 9. Set Up peralatan : <ul style="list-style-type: none"> - Membuka peralatan steril - Siapkan cairan yang diperlukan 10. Kenakan sarung tangan steril 11. Inspeksi luka, perhatikan kondisinya, integritas jahitan atau penutupan kulit, karakter drainase, palpasi 12. Bersihkan luka denga larutan Nacl 0,9 %, pegang kassa yang telah dibasahi oleh Nacl, Bersihkan daerah luka sampai bersih 13. Setelah itu buang kassa ke dalam bengkok 14. Ambil kassa dan inggat untu memeras, bentangan kassa untuk menutupi luka debelum di balut 15. Bila menggunakan hypafik, gunakan 2 pincet untuk membentangkan kassa yng sudah dibasahi Nacl dan diperas ke atas luka luka . Luka diukur , lalu tutup dengan kassa , tutup dengan hypafik 16. Bila menggunakan opsite tutup dengan kassa kering Setelah itu
--	--

	rapikan alat 17. Cuci tangan 18. Dokumentasi
--	--