

**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn. R DENGAN DIAGNOSIS  
MEDIS POST OPERASI TOTAL HIP REPLACEMENT CLOSE  
FRAKTUR ACCETABULLUM DEXTRA HARI KE-0  
DI RUANG C1 RSPAL dr. RAMELAN SURABAYA**



**Oleh:**  
**OLIVIA RACHMANINGRUM, S.Kep.**  
**NIM: 2230085**

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

**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn. R DENGAN DIAGNOSIS  
MEDIS POST OPERASI TOTAL HIP REPLACEMENT CLOSE  
FRAKTUR ACETABULLUM DEXTRA HARI KE-0  
DI RUANG C1 RSPAL dr. RAMELAN SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk  
Memperoleh Gelar Ners**



**Oleh:**

**OLIVIA RACHMANINGRUM, S.Kep.**

**NIM: 2230085**

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

## **SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN**

Saya 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 plagiarasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 13 Jaanuari 2023

Olivia Rachmaningrum, S.Kep.  
NIM. 2230082

## HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : Olivia Rachmaningrum, S.Kep.

NIM : 2230085

Program Studi : Profesi NERS

Judul : Asuhan keperawatan pada pasien Tn.R dengan diagnosis medis post operasi total hip replacement close fraktur acetabulum dextra hari ke-0 di ruang C1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa skripsi ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar:

**NERS (Ns.)**

**Pembimbing Institusi**

**Pembimbing Klinik**

**Christina Yuliasuti S.Kep., Ns., M.Kep.**  
NIP. 03017

**Novi Indriyatie R., S.kep., Ns.**  
NIP. 198604162008122002

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

**Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep.,**  
NIP.03009

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya  
Tanggal : Januari 2023

**HALAMAN PENGESAHAN**

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Olivia Rachmaningrum, S.Kep

NIM : 2230085

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn.R Dengan Diagnosis Medis  
Post Operasi Total Hip Replacement Close Fraktur dextra Hari Ke-  
0 Di Ruang C1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya

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

**Penguji I : Merina Widyastuti., S.Kep., Ns., M.Kep \_\_\_\_\_**  
**NIP. 03033**

**Penguji II : Christina Yuliasuti., S.Kep., Ns., M.Kep \_\_\_\_\_**  
**NIP. 03017**

**Penguji III : Novi Indriyatie R., S.kep., Ns. \_\_\_\_\_**  
**NIP. 198604162008122002**

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya  
Tanggal : Januari 2023

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmad dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah di tentukan. Karya Ilmiah Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran Karya Ilmiah ini bukan hanya karena kemampuan penulis saja tetapi banyak bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada

1. Dr. A. V Sri Suhardiningsih, S. Kp., M. Kes. Selaku Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami menyelesaikan pendidikan Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya
2. Dr. Gigih ImantaJ., Sp.PD., Finasim., M.M Selaku Kepala Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Surabaya yang telah memberi Ijin dan lahan praktik untuk penyusunan Karya Ilmiah Akhir
3. Dr. Hidayatus Sa'diyah, S.Kep.,Ns.,M.Kep., Selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Ibu Christina Yulastuti, S.Kep., Ns., M.Kep Selaku dosen pembimbing yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.

5. Ibu Novi Indriyatie R, S.Kep.,Ns. Selaku pembimbing ruangan yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan bimbingan dalam penyusunan dalam penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini
6. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan maka dalam penyempurnaan penulisan Karya Ilmiah Akhir ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulisan selama menjalani studi dan penulisaanya
7. Pasien Tn.R yang telah memberikan kesempatan untuk dilakukan asuhan keperawatan dalam mendukung pelaksanaan praktek keperawatan komprehensif dan penulisan Karya Ilmiah Akhir ini

Penulis hanya bisa berdoa semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini. Selanjutnya, penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 13 Januari 2023  
Penulis.

## DAFTAR ISI

<b>JUDUL</b> .....	<b>i</b>
<b>SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN</b> .....	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	<b>iv</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>v</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>vii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>x</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>xi</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xii</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan .....	4
1.3.1 Tujuan Umum .....	4
1.3.2 Tujuan Khusus .....	5
1.4 Manfaat .....	5
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	6
1.4.2 Manfaat Praktis .....	6
1.5 Metode Penulisan.....	7
1.6 Sistematika Penulisan .....	8
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>9</b>
2.1 Konsep Fraktur .....	9
2.1.1 Definisi.....	9
2.1.2 Etiologi.....	10
2.1.3 Anatomi.....	11
2.1.4 Patofisiologi .....	13
2.1.5 Klasifikasi .....	14
2.1.6 Manifestasi Klinis .....	16
2.1.7 Komplikasi .....	17
2.1.8 Penatalaksanaan .....	19
2.1.9 Pemeriksaan Penunjang .....	21
2.2 Konsep Nyeri .....	22
2.2.1 Definisi.....	22
2.2.2 Klasifikasi .....	23



2.2.3 Etiologi.....	25
2.2.4 Manifestasi Klinis .....	27
2.2.5 Pathofisiologi .....	27
2.2.6 Komplikasi .....	28
2.2.7 Penatalaksanaan .....	29
2.2.8 Skala Nyeri.....	30
2.3 Konsep Teori Asuhan Keperawatan .....	34
2.3.1 Pengkajian.....	34
2.3.2 Diagnosa Keperawatan .....	37
2.3.3 Intervensi keperawatan .....	37
2.3.4 Implementasi Keperawatan.....	41
2.3.5 Evaluasi Keperawatan.....	41
2.4 Kerangka Masalah .....	42
<b>BAB 3 TINJAUAN KASUS .....</b>	<b>44</b>
3.1 Pengkajian.....	44
3.1.1 Identitas Pasien .....	44
3.1.2 Data Dasar.....	44
3.1.3 Pola Fungsi Kesehatan .....	46
3.1.4 Pemeriksaan Fisik .....	50
3.1.5 Pemeriksaan Penunjang .....	52
3.1.6 Pemberian Terapi .....	53
3.2 Diagnosa Keperawatan .....	54
3.3 Intervensi Keperawatan .....	57
3.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan .....	59
<b>BAB 4 PEMBAHASAN .....</b>	<b>70</b>
4.1 Pengkajian.....	70
4.1.1 Pola Fungsi Kesehatan .....	71
4.1.2 Pemeriksaan Persistem.....	72
4.1.3 Pemeriksaan Penunjang .....	73
4.2 Diagnosa Keperawatan .....	74
4.3 Intervensi Keperawatan .....	77
4.4 Implementasi Keperawatan.....	81
4.5 Evaluasi Keperawatan.....	89
<b>BAB 5 PENUTUP .....</b>	<b>90</b>
5.1 Kesimpulan .....	90

5.2 Saran .....	92
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>93</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>	<b>97</b>

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Batas Atas Ekstemitas Bawah .....	11
Gambar 2.2 Accetabulum.....	12
Gambar 2.3 Sendi Panggul dan Pergerakan Sendi Panggul.....	13
Gambar 2.4 skala nyeri VAS .....	32
Gambar 2.5 Skala nyeri VRS .....	32
Gambar 2.6 Skala nyeri NRS.....	33
Gambar 2.7 Skala nyeri Wong-Baker Pain Rating Scale.....	33
Gambar 2.8 Pathway Fraktur .....	43
Gambar 3.1 Genogram Tn.R dengan post operasi close fraktur accetabulum dextra hari ke-0.....	45

## DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Intervensi keperawatan pada konsep asuhan keperawatan .....	37
Tabel 3.1 Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 30 November 2022.....	52
Tabel 3. 2 Terapi obat .....	53
Tabel 3. 3 Analisa Data .....	55
Tabel 3. 4 Intevensi Keperawatan. ....	57
Tabel 3. 5 Implemnetasi Keperawatan .....	59
<i>Tabel 3. 6 Evaluasi Sumatif</i> .....	68

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Curriculum Vitae .....	97
Lampiran 2 Motto dan Persembahan .....	98
Lampiran 3 Standar Prosedur Operasional (SPO) <i>Range of Motion</i> (ROM)....	100
Lampiran 4 Manajemen Nyeri .....	106
Lampiran 5 SPO Distraksi.....	108

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Fraktur atau patah tulang merupakan suatu kejadian terputusnya kontinuitas tulang atau tulang rawan umumnya dikarenakan rudapaksa yang bersifat total maupun sebagian yang ditentukan berdasarkan jenis dan luasnya. Fraktur disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik, kekuatan, sudut, tenaga, keadaan tulang, dan jaringan lunak disekitar tulang yang akan menentukan apakah fraktur yang terjadi disebut lengkap atau tidak lengkap Fraktur lengkap terjadi apabila seluruh tulang patah, sedangkan fraktur tidak lengkap tidak melibatkan seluruh ketebalan tulang. (Aditya, 2021). Pasien dengan fraktur acetabulum mengalami fraktur atau patah tulang pada kondisi cedera serius yang terjadi pada pergelangan panggul atau mangkuk sendi yang membentuk hip joint. Fraktur ini biasanya terjadi karena benturan keras pada tulang pelvic (Radelli & Holzapfel, 2022). Salah satu penanganan yang dilakukan pada fraktur yaitu dengan tindakan operasi Total Hip Replacement setelah prosedur ini dilakukan dapat menyebabkan ketidakmampuan pasien dalam mobilisasi secara mandiri dan nyeri hebat dan terasa terus menerus, rasa nyeri bisa timbul di area fraktur. Pasien dengan post operasi juga rentan terkena infeksi pada luka operasi dan harus menjadi perhatian khusus pada tenaga kesehatan dan keluarga untuk tetap menjaga kesterilan luka post operasi terutama pada acetabulum. Tindakan utama yang kurang tepat dapat berdampak dalam proses penyembuhan dan dapat meningkatkan angka morbiditas dan mortalitas, perlu penanganan yang lebih efektif untuk meminimalkan nyeri yang dialami pasien (Lailul, 2018).

Badan kesehatan dunia World Health of Organization (WHO) tahun tahun 2020 menyatakan bahwa Insiden Fraktur semakin meningkat mencatat terjadi fraktur kurang lebih 13 juta orang dengan angka prevalensi sebesar 2,7%. Fraktur pada tahun 2019 terjadi kurang lebih 15 juta orang dengan angka prevalensi 3,2% dan pada tahun 2018 kasus fraktur menjadi 21 juta orang dengan angka prevalensi 3,8% akibat kecelakaan lalu lintas (Safitri & Fitriyani, 2022). Data di Indonesia kasus fraktur sebanyak 1,775 orang (3,8%) dari 14.127 trauma benda tajam atau benda tumpul yang mengalami fraktur sebanyak 236 orang (1,7%). Di Jawa Timur angka kejadian pada fraktur sebanyak 6,0% (Yolanda et al., 2022). Berdasarkan studi pendahuluan di ruang C1 RSPAL dr.Ramelan Surabaya dengan acuan buku registrasi ruangan didapatkan hasil pada bulan Oktober-November 2022 didapatkan kurang lebih 45 kasus kejadian fraktur dan dengan kasus acetabulum berjumlah 6 dibulan Oktober dan 8 dibulan November.

Fraktor utama fraktur dapat disebabkan oleh keadaan patologis selain dari faktor traumatik. Trauma tunggal seperti pada kejadian injury benturan, terjatuh, hantaman. Keadaan fraktur patologis pada tulang dengan posisi tidak teratur atau miring, dislokasi, penarikan, kelemahan abnormal pada tulang mekanisme tersebut antara lain, trauma langsung dengan energi tinggi (*high energy trauma*) yang mengenai tulang pada pasien sehat dan trauma dengan energi yang relatif rendah (*low energy trauma*) pada pasien dengan penyakit predisposisi, alkoholisme atau hasil awal dari demineralisasi terkait kerapuhan. Pada orang dewasa yang lebih tua, jatuh energi rendah adalah penyebab paling umum sekitar 65 persen dari patah tulang tulang (M. Noer et al., 2020).

Manifestasi klinik dari fraktur ini berupa nyeri. Nyeri pada penderita fraktur bersifat tajam dan menusuk. Nyeri merupakan sensasi subjektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan yang memperlihatkan ketidaknyamanan baik verbal maupun non verbal dan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang aktual dan potensial, masalah keperawatan lain yang dapat terjadi yaitu gangguan mobilitas fisik dan resiko infeksi (SDKI, 2017). Gangguan mobilitas fisik dapat terjadi karena nyeri yang terjadi pada luka operasi dan dapat disebabkan juga karena ketidakmampuan dalam menopang tubuh, ketidakmampuan organ tubuh dalam melakukan kebutuhan sehari-hari. Masalah keperawatan nyeri dapat muncul karena pasien dengan post operasi mengalami sayatan pada tubuh yang beresiko terkena infeksi. Penatalaksanaan Fraktur acetabulum dengan tindakan operatif atau pembedahan. pada tulang panggul yaitu total hip replacemen merupakan operasi yang dilakukan untuk mengganti sendi panggul yang rusak atau bermasalah dengan sendi baru buatan. Dilakukan perancangan dan analisis sambungan pengganti tulang panggul buatan menggunakan perangkat lunak Solidworks dengan karakteristik yang kuat dan aman dari infeksi maupun dislokasi. (Yusuf & Arief, 2022).

Penatalaksanaan fraktur ini dapat menimbulkan masalah dan komplikasi seperti kesemutan, nyeri, kekakuan otot melemah, pembengkakan dan edema serta pucat pada anggota badan yang dioperasi. Keluhan utama pada pasien fraktur yang telah menjalani operasi orthopedi adalah nyeri. Manajemen mengurangi nyeri, stabilisasi, mencegah bertambah parahnya gangguan muskuloskeletal dan meminimalisir gangguan mobilisasi. Nyeri post operasi pembedahan merupakan respon ketidaknyamanan seseorang atau pengalaman emosional yang sangat tidak



menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang aktual, potensial atau yang dirasakan dalam kejadian saat terjadi kerusakan. Pengendalian nyeri secara farmakologi efektif untuk menurunkan nyeri yang dilakukan antara kolaborasi dokter dan perawat dalam pemberian analgesik, kombinasi dengan non farmakologi menjadi lebih efektif yaitu dengan teknik musik menenangkan, hot pack, teknik relaksasi nafas dalam atau dengan humidifier, guided imagery, distraksi, stimulus saraf elektrik transkutan, dan terapi stimulasi pijat merupakan tindakan keperawatan dilakukan untuk mengurangi rasa nyeri(Nur et al., 2022).

Berdasarkan latar belakang dan data diatas, maka peneliti tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan dengan diagnosis medis post operasi close fraktur acetabulum di Ruang C1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Uraian latar belakang di atas yang menjadi rumusan masalah adalah bagaimana pelayanan asuhan keperawatan secara komprehensif (pengkajian, identifikasi masalah, dan menegakam diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi, dan pendokumentasian) pada Tn.R dengan diagnosis medis post operasi total hip replacement close fraktur accetabulum dextra di ruang C1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya?

## **1.3 Tujuan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Memberikan gambaran pelaksanaan asuhan keperawatan pada Tn.R dengan diagnosis medis post operasi total hip replacement close fraktur accetabulum dextra hari ke-0 di ruang C1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Melakukan pengkajian pada Tn.R dengan diagnosis medis post operasi total hip replacement close fraktur acetabulum dextra hari ke-0 di ruang C1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
2. Merumuskan diagnose keperawatan pada Tn.R dengan diagnosis medis post operasi total hip replacement close fraktur acetabulum dextra hari ke-0 di ruang C1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
3. Menyusun rencana tindakan asuhan keperawatan pada Tn.R dengan diagnosis medis post operasi total hip replacement close fraktur acetabulum dextra hari ke-0 di ruang C1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai rencana keperawatan pada Tn.R dengan diagnosis medis post operasi total hip replacement close fraktur acetabulum dextra hari ke-0 di ruang C1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
5. Mengevaluasi tindakan keperawatan pada Tn.R dengan diagnosis medis post operasi total hip replacement close fraktur acetabulum dextra hari ke-0 di ruang C1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Tn.R dengan diagnosis post operasi total hip replacement close fraktur acetabulum dextra hari ke-0 di ruang C1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya

### **1.4 Manfaat**

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

### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Pemberian asuhan keperawatan secara cepat, tepat dan efisien akan menghasilkan keluaran klinik yang baik, menurunkan angka kejadian morbidity, disability, dan mortalitas pada pasien dengan diagnosis medis post operasi total hip replacement close fraktur acetabulum dextra hari ke-0.

### **1.4.2 Manfaat Praktis**

#### **1. Rumah Sakit**

Hasil karya tulis ilmiah ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di Rumah Sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan post operasi total hip replacement close fraktur acetabulum dextra hari ke-0 dengan lebih berkualitas.

#### **2. Pendidikan**

Hasil karya ilmiah ini dapat digunakan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada pasien dengan post operasi total hip replacement close fraktur acetabulum dextra hari ke-0 serta meningkatkan pengembangan profesi keperawatan.

#### **3. Keluarga dan Klien**

Hasil karya ilmiah ini dapat digunakan sebagai bahan penyuluhan kepada keluarga tentang asuhan keperawatan secara mandiri yang dapat dilakukan oleh keluarga pada pasien yang menderita penyakit post operasi *total hip replacement close fraktur acetabulum dextra* hari ke-0 sehingga keluarga mampu menggunakan pelayanan medis secara maksimal.

#### 4. Penulis Selanjutnya

Hasil karya ilmiah ini dapat digunakan sebagai perbandingan atau gambaran oleh peneliti selanjutnya tentang asuhan keperawatan pasien dengan post operasi total hip replacement close fraktur acetabulum dextra hari ke-0 sehingga penulis selanjutnya mampu mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang terbaru dan lebih berkualitas.

### **1.5 Metode Penulisan**

1. Metode penulisan karya ilmiah ini menggunakan metode deskriptif, dimana penulis menggambarkan asuhan keperawatan dengan diagnose keperawatan pada pasien Ny.R yang dilakukan pada tanggal 30 November 2022 menggunakan pendekatan proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnose, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.
2. Teknik Pengumpulan Data
  - a. Wawancara yang digunakan pada karya ilmiah ini diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga, maupun tim kesehatan lain.
  - b. Observasi merupakan pengambilan data yang diambil melalui proses pemantauan kondisi pasien sebelum operasi dan sesudah operasi.
  - c. Pemeriksaan yang dilakukan meliputi pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang yang terdiri dari cek darah lengkap dan foto CT Scan Pelvic yang dapat menunjang menegakkan diagnose dan penanganan selanjutnya.
3. Sumber Data
  - a. Data Primer yang diperoleh merupakan informasi dari keluhan pasien berupa data subjektif dan objektif.

- b. Data Sekunder merupakan data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat pasien berupa data subjektif dan data objektif, SIM RS , hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.
- 4. Data kepustakaan yang didapatkan dengan melalui buku sumber dan jurnal yang berhubungan dengan judul karya ilmiah dan masalah yang dibahas.

### **1.6 Sistematika Penulisan**

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami karya tulis ilmiah ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian, yaitu :

- 1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.
- 2. Bagian inti, terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB 1 : Pendahuluan berisi latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika karya tulis ilmiah.

BAB 2 : Tinjauan pustaka berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa post operasi total hip replacement close fraktur acetabulum, serta kerangka masalah.

BAB 3 :Tinjauan kasus berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian,diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

BAB 4 : Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada dilapangan

BAB 5 : Penutup berisi tentang simpulan dan saran

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Bab 2 Tinjauan Pustaka menguraikan tentang konsep dan landasan teori dan berbagai aspek meliputi : 1) Konsep dasar Fraktur dan 2) Konsep Nyeri 3) Konsep Teori Asuhan Keperawatan 4) Kerangka Masalah.

#### **2.1 Konsep Fraktur**

##### **2.1.1 Definisi**

Fraktur merupakan suatu kejadian terputusnya kontinuitas tulang atau retaknya tulang atau patah pada tulang yang utuh, yang biasanya disebabkan oleh trauma atau faktor fisiologi. Fenomena ini dapat disebabkan antara lain dari pukulan langsung, gaya meremuk dan kontraksi otot ekstrem. Saat tulang patah, jaringan disekitar akan terpengaruh, yang dapat mengakibatkan edema pada jaringan lunak, dislokasi sendi, kerusakan saraf. Organ tubuh dapat mengalami suatu cedera akibat gaya yang disebabkan oleh fraktur maupun ketidaksesuaian fragmen tulang (Prabowo, 2022).

Fraktur menurut (Smeltzer, 2016) adalah terputusnya kontinuitas tulang dan ditentukan sesuai jenis nya. Fraktur adalah terputusnya kontinuitas tulang, retak atau patah pada tulang yang utuh, yang biasanya disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik yang ditentukan jenis dan luasnya trauma.

Fraktur acetabulum merupakan fraktur atau patah tulang merupakan suatu kondisi cedera serius. Fraktur ini terjadi pada pergelangan panggul atau mangkuk sendi tempat masuknya caput femur yang membentuk hip joint. Fraktur ini biasanya terjadi karena benturan keras pada tulang pelvic (Hidayat et al., 2022).

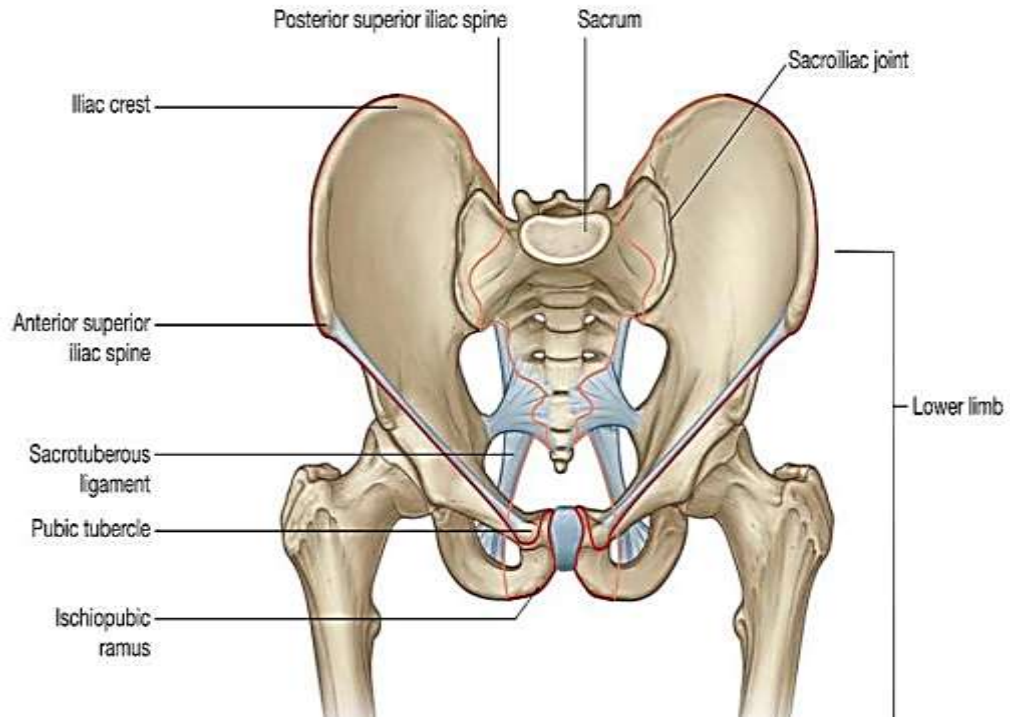
### 2.1.2 Etiologi

Menurut (Hidayat et al., 2022) etiologi fraktur berdasarkan klasifikasinya antara lain. :

1. Cedera Traumatik: Cedera traumatik pada tulang dapat disebabkan oleh:
  - a. Cedera langsung berarti pukulan langsung terhadap tulang sehingga tulang patah secara spontan. Pemukulan biasanya menyebabkan fraktur melintang dan kerusakan pada kulit di atasnya.
  - b. Cedera tidak langsung berarti pukulan langsung berada jauh dari lokasi benturan, misalnya jatuh dengan tangan terjulur dan menyebabkan fraktur klavikula.
  - c. Fraktur yang disebabkan kontraksi keras yang mendadak dari otot yang kuat.
2. Fraktur Patologik : Dalam hal ini kerusakan tulang akibat proses penyakit dimana dengan trauma minor dapat menyebabkan fraktur, seperti:
  - a. Tumor tulang (jinak dan ganas), yaitu pertumbuhan jaringan baru yang tidak terkendali dan progresif.
  - b. Infeksi seperti osteomyelitis, dapat terjadi sebagai akibat dari infeksi akut atau dapat timbul sebagai salah satu proses yang progresif, lambat dan sakit nyeri.
  - c. Rakhitis : penyakit tulang yang disebabkan oleh defisiensi Vitamin D.
  - d. Stress tulang seperti pada penyakit polio dan orang yang bertugas di kemiliteran.

### 2.1.3 Anatomi

#### Anatomi Sendi Panggul

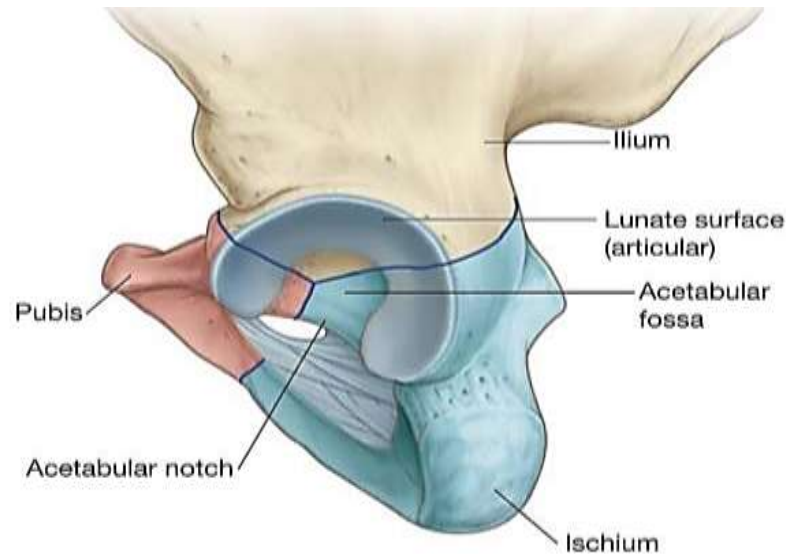


(Drake & Mitchell, 2015)

Gambar 2. 1 Batas Atas Ekstemitas Bawah

Sendi panggul adalah persendian yang dibentuk oleh caput femoris dengan acetabulum dari os coxae. Sendi panggul merupakan jenis persendian enarthrosis (synovial ball and socket joint). Berdasarkan gerakan, sendi panggul termasuk persendian multiaxial sehingga memungkinkan gerakan fleksi, ekstensi, abduksi, adduksi dan rotasi. Sendi panggul memiliki banyak gambaran anatomis yang cocok sebagai stabilitas dan penyangga berat badan selama berdiri, berjalan, dan berlari (Al-Muqsith, 2017).

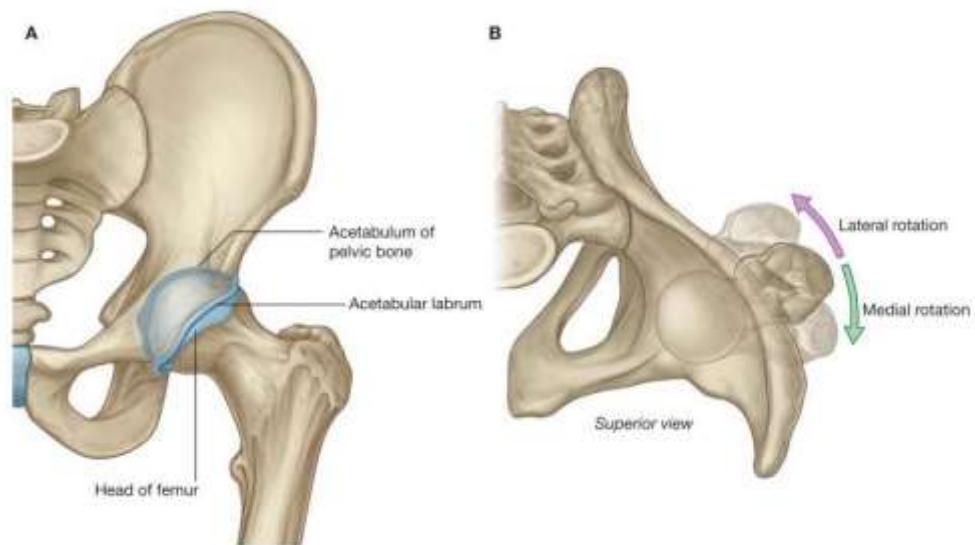




(Drake & Mitchell, 2015).

*Gambar 2. 2Acetabulum*

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



(Drake & Mitchell, 2015)

Gambar 2. 3 Sendi Panggul dan Pergerakan Sendi Panggul

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

#### 2.1.4 Patofisiologi

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

peningkatan aliran darah ketempat tersebut aktifitas osteoblast terangsang dan terbentuk tulang baru amatir yang disebut callus.

Bekuan fibrin di reabsorpsi dan sel-sel tulang baru mengalami remodelling untuk membentuk tulang sejati. Insufisiensi pembuluh darah atau penekanan serabut saraf yang berkaitan dengan pembengkakan yang tidak ditangani dapat menurunkan asupan darah ke ekstermitas dan mengakibatkan kerusakan saraf perifer. Bila tidak terkontrol pembengkakan akan mengakibatkan peningkatan tekanan jaringan, oklusa darah total dan berakibat anoreksia mengakibatkan rusaknya serabut saraf maupun jaringan otot. Komplikasi ini dinamakan sindrom compartment (Brunner & Suddarth, 2018).

#### 2.1.5 Klasifikasi

Berdasarkan ada tidaknya hubungan antar tulang dibagi menjadi :

1. Fraktur Terbuka Adalah patah tulang yang menembus kulit dan memungkinkan adanya hubungan dengan dunia luar serta menjadikan adanya kemungkinan untuk masuknya kuman atau bakteri ke dalam luka. Berdasarkan tingkat keparahannya fraktur terbuka dikelompokkan menjadi 3 kelompok besar menurut klasifikasi :
  - 1) Derajat I : Kulit terbuka <1cm, biasanya dari dalam ke luar, memar otot yang ringan disebabkan oleh energi rendah atau fraktur dengan luka terbuka menyerong pendek.
  - 2) Derajat II : Kulit terbuka >1 cm tanpa kerusakan jaringan lunak yang luas, komponen penghancuran minimal sampai sedang, fraktur dengan luka terbuka melintang sederhana dengan pemecahan minimal.
  - 3) Derajat III : Kerusakan jaringan lunak yang lebih luas, termasuk otot,

kulit, dan struktur neurovaskuler, cedera yang disebabkan oleh energi tinggi dengan kehancuran komponen tulang yang parah.

- I. Derajat IIIA : Laserasi jaringan lunak yang luas, cakupan tulang yang memadai, fraktur segmental, pengupasan periosteal minimal.
  - II. Derajat IIIB : Cedera jaringan lunak yang luas dengan pengelupasan periosteal dan paparan tulang yang membutuhkan penutupan jaringan lunak; biasanya berhubungan dengan kontaminasi masif.
  - III. Derajat IIIC: Cedera vaskular membutuhkan perbaikan (Kenneth et al., 2015).
2. Fraktur Tertutup : patah tulang yang tidak mengakibatkan robeknya kulit sehingga tidak ada kontak dengan dunia luar. Fraktur tertutup diklasifikasikan berdasarkan tingkat kerusakan jaringan lunak dan mekanisme cedera tidak langsung dan cedera langsung antara lain:
- 1) Derajat 0 Cedera akibat kekuatan yang tidak langsung dengan kerusakan jaringan lunak yang tidak begitu berarti.
  - 2) Derajat 1 Fraktur tertutup yang disebabkan oleh mekanisme energi rendah sampai sedang dengan abrasi superfisial atau memar pada jaringan lunak di permukaan situs fraktur.
  - 3) Derajat 2 Fraktur tertutup dengan memar yang signifikan pada otot, yang mungkin dalam, kulit lecet terkontaminasi yang berkaitan dengan mekanisme energi sedang hingga berat dan cedera tulang, sangat beresiko terkena sindrom kompartemen.
  - 4) Derajat 3 Kerusakan jaringan lunak yang luas atau avulsi subkutan dan gangguan arteri atau terbentuk sindrom kompartemen (Kenneth et al., 2015).

Menurut (Purwanto, 2016) berdasarkan garis frakturnya dibagi menjadi :

1. Fraktur Komplet Yaitu fraktur dimana terjadi patahan diseluruh penampang tulang biasanya disertai dengan perpindahan posisi tulang.
2. Fraktur Inkomplet Yaitu fraktur yang terjadi hanya pada sebagian dari garis tengah tulang.
3. Fraktur Transversal Yaitu fraktur yang terjadi sepanjang garis lurus tengah tulang.
4. Fraktur Oblig Yaitu fraktur yang membentuk garis sudut dengan garis tengah tulang.
5. Fraktur Spiral Yaitu garis fraktur yang memuntir seputar batang tulang sehingga menciptakan pola spiral.
6. Fraktur Kompresi Terjadi adanya tekanan tulang pada satu sisi bisa disebabkan tekanan, gaya aksial langsung diterapkan diatas sisi fraktur.
7. Fraktur Kominutif Yaitu apabila terdapat beberapa patahan tulang sampai menghancurkan tulang menjadi tiga atau lebih bagian.
8. Fraktur Impaksi Yaitu fraktur dengan salah satu irisan ke ujung atau ke fragmen retak.

#### 2.1.6 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinik yang dicetuskan oleh (Yasmara & Deni, 2016) yaitu :

1. Deformitas, yaitu fragmen tulang berpindah dari tempatnya perubahan bentuk pada kaki atau suatu kondisi kelainan bentuk secara anatomi dimana struktur tulang berubah dari bentuk yang seharusnya.
2. Bengkak, yaitu edema muncul secara cepat dari lokasi dan ekstrasvasasi darah terjadi dalam jaringan yang berdekatan dengan fraktur.
3. Ekimosis adalah perdarahan di dalam kulit yang terjadi akibat pecahnya pembuluh darah.
4. Spasme otot, yaitu kontraksi involunter mendadak satu kelompok otot atau

lebih meliputi kram dan kontraktur. Spasme otot sering kali disebut sebagai kram otot atau bahkan nyeri otot.

5. Nyeri tekan Jika klien secara neurologis masih baik, nyeri akan selalu mengiringi fraktur, intensitas dan keparahan dari nyeri akan berbeda pada masing-masing klien. Nyeri biasanya terus-menerus, meningkat jika fraktur dimobilisasi. Hal ini terjadi karena spasme otot, fragmen fraktur yang bertindihan atau cedera pada struktur sekitarnya.
6. Kehilangan sensai (mati rasa, mungkin terjadi akibat kerusakan saraf/perdarahan)
7. Kesulitan menopang berat badan dengan area luka
8. Krepitasi yaitu bunyi ini dapat muncul berupa derik akibat gesekan ujung-ujung tulang patah, pergerakan sendi dan fragmen fraktur.
9. Perubahan neurovaskular Cedera neurovaskuler terjadi akibat kerusakan saraf perifer atau struktur vaskular yang terkait. Klien dapat mengeluhkan rasa kebas atau kesemutan atau tidak teraba nadi pada daerah distal dari fraktur.
10. Syok Fragmen tulang dapat merobek pembuluh darah. Perdarahan besar atau tersembunyi dapat menyebabkan syok.

#### 2.1.7 Komplikasi

Menurut (Rifqi, 2018) komplikasi yang terjadi pada pasien fraktur yaitu :

1. Kerusakan Awal
  - a. Kerusakan Arteri

Pecahnya arteri karena trauma dapat ditandai dengan tidak adanya nadi, CRT (capillary refill time) menurun, sianosis pada bagian distal, hematoma melebar dan dingin pada ekstremita.

- b. Sindrom kompartemen  
Komplikasi serius yang terjadi karena terjebaknya otot, tulang, saraf, pembuluh darah dalam jaringan parut. Ini disebabkan oleh edem atau perdarahan yang menekan otot, saraf, pembuluh darah atau tekanan luar seperti gips, pembebatan dan penyangga.
  - c. Fat Embolism Sindrom  
Fat embolism syndrome merupakan suatu sindrom yang mengakibatkan komplikasi serius pada fraktur tulang panjang, terjadi karena sel-sel lemak yang dihasilkan bone marrow kuning masuk ke aliran darah dan menyebabkan kadar oksigen dalam darah menurun. Ditandai dengan adanya gangguan pernafasan, takikardi, hipertensi, takipnea dan demam.
  - d. Infeksi  
Infeksi terjadi pada kasus fraktur terbuka tetapi dapat terjadi pada penggunaan bahan lain dalam pembedahan, seperti plat yang terpasang didalam tulang.
  - e. Nekrosis Avaskuler  
Aliran darah ketulang rusak atau terganggu sehingga menyebabkan nekrosis tulang. Biasanya diawali dengan adanya iskemia volkman.
  - f. Syok : terjadi karena kehilangan banyak darah dan meningkatnya permeabilitas kapiler sehingga menyebabkan oksigenasi menurun.
2. Kerusakan Lama
- a. Delayed Union  
Merupakan kegagalan fraktur terkonsolidasi sesuai dengan waktu yang dibutuhkan ruang untuk menyambung. Ini terjadi karena suplai darah ketulang menurun.

b. Non Union

Komplikasi ini terjadi karena adanya fraktur yang tidak sembuh antara 6 sampai 8 bulan dan tidak di dapatkan konsolidasi sehingga terdapat infeksi

c. Mal Union

Keadaan tulang patah yang telah mengalami penyatuan dengan fragmen fraktur berada dalam posisi tidak normal (posisi buruk).

### 2.1.8 Penatalaksanaan

Prinsip menangani fraktur adalah mengembalikan posisi patahan ke posisi semula dan mempertahankan posisi itu selama masa penyembuhan patah tulang (Hidayat et al., 2022):

1. Cara pertama penanganan adalah proteksi saja tanpa reposisi atau imobilisasi, misalnya menggunakan mitela. Biasanya dilakukan pada fraktur iga dan fraktur klavikula pada anak.
2. Cara kedua adalah imobilisasi luar tanpa reposisi, biasanya dilakukan pada patah tulang tungkai bawah tanpa dislokasi.
3. Cara ketiga adalah reposisi dengan cara manipulasi yang diikuti dengan imobilisasi, biasanya dilakukan pada patah tulang radius distal.
4. Cara keempat adalah reposisi dengan traksi secara terus-menerus selama masa tertentu. Hal ini dilakukan pada patah tulang yang apabila direposisi akan terdislokasi di dalam gips.
5. Cara kelima berupa reposisi yang diikuti dengan imobilisasi dengan fiksasi luar.
6. Cara keenam berupa reposisi secara non-operatif diikuti dengan pemasangan fiksator tulang secara operatif.



7. Cara ketujuh berupa reposisi secara operatif diikuti dengan fiksasi interna yang biasa disebut dengan ORIF (Open Reduction Internal Fixation).
8. Cara yang terakhir berupa eksisi fragmen patahan tulang dengan prostesis atau bisa disebut Total hip replacement adalah operasi yang dilakukan untuk mengganti sendi panggul yang rusak atau bermasalah dengan sendi baru buatan.

Hingga saat ini para ilmuwan dan ahli bedah telah berusaha keras untuk mendapatkan desain dan *fixation* terbaik antara *femur* dan *artificial hip joint*. Sampai sekarang, ada dua metode yang digunakan untuk memasang *artificial hip joint*, metode ini adalah *cemented* (dengan semen tulang) dan *cementless* (tanpa semen tulang) *total hip replacement* (THR). Tindakan ini dilakukan untuk meredakan rasa sakit dan memudahkan penderita untuk berjalan dengan normal (Perwiraputra et al., 2017).

#### 1) *Cemented Total Hip Replacement*

Pada metode pemasangan ini, semen tulang digunakan untuk merekatkan *artificial hip joint* ke dalam tulang *femur*. Semen tulang tidak berfungsi seperti lem, melainkan sebagai material pengisi. Hingga saat ini material dari semen tulang yang banyak digunakan adalah *polymethylmethacrylate* (PMMA).

#### 2) *Cementless Total Hip Replacement*

*Cementless* THR, juga disebut dengan *uncemented* THR diperkenalkan pada awal 1980. Metode THR ini berkembang karena pada *cemented* THR memiliki kekurangan. Pertama, pengisian semen tulang kedalam tulang femur selama operasi dapat menyebabkan gangguan pada sirkulasi dan dapat menghalangi aliran darah. Kedua, semen tulang membutuhkan rata-rata 10 menit untuk

mengeraas. Dalam waktu ini, ada kemungkinan *artificial hip joint* berubah posisi. Ketiga, semen tulang bisa retak dan menyebabkan pergeseran dari implan. Untuk *cementless artificial hip joint*, permukaan dari sistem *artificial hip joint* dibuat kasar. Hal ini untuk menghasilkan gesekan yang baik antara *artificial hp joint* dan kortikal sehingga lebih dapat terpasang dengan stabil. Pada metode ini juga terdapat kekurangan. Pertama, ketika *artificial hip joint* terpasang pada tulang, substansi tulang akan terdorong sampai sistem sirkulasi darah dan menghalangi sirkulasi darah. *Femur* dapat patah selama operasi karena beban yang besar. Pemasangan yang stabil dan tepat dapat mengembalikan fungsi seperti semula.

### 3) *Hybrid Total Hip Replacement*

Pada metode ini, menggabungkan antara metode *cementless* dan *cemented* THR. Kombinasi ini menghasilkan *cementless acetabular cup* dengan *femoral stem* dipasang dengan menggunakan semen. Metode dapat mengurangi kerusakan atau kegagalan *stem* dari 30-40% sampai 3-4%.

#### 2.1.9 Pemeriksaan Penunjang

Adapun beberapa pemeriksaan penunjang menurut (Jitowiyono, 2016) yang dilakukan untuk menegakkan diagnosa fraktur adalah sebagai berikut.

1. Pemeriksaan rontgen Menentukan lokasi/luasnya fraktur/trauma
2. Scan tulang, scan CT/MRI: Memperlihatkan fraktur juga dapat digunakan untuk mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak.
3. Arteriogram :Dilakukan bila kerusakan vaskuler di curigai
4. Hitung darah lengkap HT mungkin meningkat (hemokonsentrasi) atau menurun (pendarahan bermakna pada sisi fraktur) perdarahan bermakna pada sisi fraktur atau organ jauh pada mulltipel.

5. Kreatinin Trauma otot meningkatkan beban kreatinin untuk klirens ginjal
6. Profil kagulasi Penurunan dapat terjadi pada kehilangan darah, transfuse multiple, atau cedera hati.

## **2.2 Konsep Nyeri**

### **2.2.1 Definisi**

Rasa nyeri merupakan stresor yang dapat menimbulkan stress dan ketegangan dimana individu dapat berespon secara biologis dan perilaku yang menimbulkan respon fisik dan psikis. Respon fisik meliputi perubahan keadaan umum, wajah, denyut nadi, pernafasan, suhu badan, sikap badan dan apabila nafas makin berat dapat menyebabkan kolaps kardiovaskuler dan syok, sedangkan respon psikis akibat nyeri dapat merangsang respon stress yang dapat mengurangi sistem imun dalam peradangan, serta menghambat penyembuhan respon yang lebih parah akan mengarah pada ancaman merusak diri sendiri. Pemulihan pasien post operasi membutuhkan waktu rata-rata 72,45 menit, sehingga pasien akan merasakan nyeri yang hebat rata-rata pada dua jam pertama sesudah operasi karena pengaruh obat anastesi sudah hilang, dan pasien sudah keluar dari kamar sadar. Nyeri yang dirasakan pascaoperasi bisa dirasakan lebih hebat dan berlangsung lebih lama pada pasien lansia daripada pasien muda (Fatudin, 2017).

Nyeri kronis adalah pengalaman sensorik dan emosional tidak menyenangkan dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial, atau digambarkan sebagai suatu kerusakan; awitan yang tiba-tiba atau lambat dengan intensitas dari ringan hingga berat, terjadi konstan atau berulang tanpa akhir yang dapat diantisipasi atau diperdiksi dan berlangsung lebih dari tiga bulan. Nyeri akut adalah pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan

aktual atau potensial atau yang digambarkan sebagai kerusakan; awitan yang tiba-tiba atau lambat dengan intensitas dari ringan hingga berat, terjadi konstan atau berulang tanpa akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung lebih dari 3 bulan (Hermanto et al., 2020).

### 2.2.2 Klasifikasi

Terdapat beberapa klasifikasi pada nyeri menurut (Widiyono et al., 2022):

1. Berdasarkan sumber nyeri, dapat dibagi menjadi:
  - 1) Nyeri somatik luar Nyeri yang stimulusnya berasal dari kulit, jaringan subkutan dan membran mukosa. Biasanya terasa seperti terbakar, jatan dan terlokalisasi.
  - 2) Nyeri somatik dalam Nyeri tumpul (dullness) tidak terlokalisasi dengan baik akibat rangsangan pada otot rangka, tulang, sendi, jaringan ikat.
  - 3) Nyeri viseral Terjadi karena perangsangan organ viseral atau organ yang menutupinya (pleura parietalis, pericardium, peritoneum). Nyeri tipe ini dibagi menjadi nyeri viseral terlokalisasi, nyeri parietal terlokalisasi, nyeri alih viseral dan nyeri alih parietal.
2. Berdasarkan 5 aksin:
  - 1) Aksin I : lokasi anatomi nyeri.
  - 2) Aksin II : sistem organ primer ditubuh berhubungan dengan timbulnya nyeri.
  - 3) Aksin III : karakteristik nyeri (tunggal, regular, kontinu).
  - 4) Aksin IV : awalan terjadinya nyeri
  - 5) Aksin V : etiologi nyeri
3. Berdasarkan jenisnya nyeri juga dapat diklasifikasikan menjadi:
  - 1) Nyeri nosiseptif Karena kerusakan jaringan baik somatic maupun viseral.

Stimulasi nosiseptor baik secara langsung maupun tidak langsung akan mengakibatkan pengeluaran mediator inflamasi dari jaringan, sel imun dan ujung saraf sensoris dan simpatik.

- 2) Nyeri neurogenik nyeri yang didahului atau disebabkan oleh lesi atau disfungsi primer pada system saraf perifer. Hal ini disebabkan oleh cedera pada jalur serat saraf perifer, infiltrasi sel kanker pada serabut saraf, dan terpotongnya saraf perifer. Sensasi yang dirasakan adalah rasa panas dan seperti ditusk-tusuk dan kadang disertai hilangnya rasa atau adanya rasa tidak enak pada perabaan. Nyeri neurogenik dapat menyebabkan terjadinya allodynia. Hal ini mungkin terjadi secara mekanik atau peningkatan sensitivitas dari noradrenalin yang kemudian menghasilkan sympathetically maintained pain (SMP). SMP merupakan komponen pada nyeri kronik. Nyeri tipe ini sering menunjukkan respon yang buruk pada pemberian analgetik konvensional.
  - 3) Nyeri psikogenik Nyeri ini berhubungan dengan adanya gangguan jiwa misalnya cemas dan depresi. Nyeri akan hilang apabila keadaan kejiwaan pasien tenang.
4. Berdasarkan timbulnya nyeri dapat diklasifikasikan menjadi:
- 1) Nyeri akut Nyeri yang timbul mendadak dan berlangsung sementara. Nyeri ini ditandai dengan adanya aktivitas saraf otonom seperti: takikardi, hipertensi, hiperhidrosis, pucat dan midriasis dan perubahan wajah: menyeringai atau menangis.  
Bentuk nyeri akut dapat berupa:
    - i. Nyeri somatik luar: nyeri tajam dikulit, subkutis dan mukosa

- ii. Nyeri somatik dalam : nyeri tumpul pada ototrangka, sendi dan jaringanikat
- iii. Nyeri viseral : nyeri akibat disfungsi organ viseral

2) Nyeri kronik Nyeri berkepanjangan dapat berbulan-bulan tanpa tanda-tanda aktivitas otonom kecuali serangan akut. Nyeri tersebut dapat berupa nyeri yang tetap bertahan sesudah penyembuhan luka (penyakit/operasi) atau awalnya berupa nyeri akut lalu menetap sampai melebihi 3 bulan.

5. Berdasarkan derajat nyeri dikelompokkan menjadi:

- 1) Nyeri ringan adalah nyeri hilang timbul, terutama saat beraktivitas sehari hari dan menjelang tidur.
- 2) Nyeri sedang adalah nyeri terus-menerus, aktivitas terganggu yang hanya hilang bila penderita tidur.
- 3) Nyeri berat adalah nyeri terus menerus sepanjang hari, penderita tidak dapat tidur dan sering terjaga akibat nyeri.

### 2.2.3 Etiologi

Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri menurut (Damayanti & Evi, 2021):

1. Etnik dan nilai budaya Latar belakang etnik dan budaya merupakan faktor yang mempengaruhi reaksi terhadap nyeri dan ekspresi nyeri. Sebagai contoh: individu dari budaya tertentu cenderung ekspresif dalam mengungkapkan nyeri, sedangkan individu dari budaya lain justru lebih memilih menahan perasaan mereka dan tidak ingin merepotkan orang lain.
2. Tahap perkembangan Usia dan tahap perkembangan seseorang merupakan variabel penting yang akan memengaruhi reaksi dan ekspresi terhadap nyeri. Dalam hal ini, anak-anak cenderung kurang mau mengungkapkan nyeri yang mereka rasakan dibanding dewasa, kondisi ini dapat menghambat penanganan nyeri untuk

mereka. Sedangkan prevalensi nyeri pada lansia lebih tinggi karena penyakit akut atau kronis yang mereka derita. Walaupun ambang batas nyeri tidak berubah karena penuaan, tetapi efek analgesik yang diberikan menurun karena perubahan fisiologis yang terjadi.

3. Lingkungan dan individu pendukung Lingkungan yang asing, tingkat kebisingan yang tinggi, pencahayaan, dan aktivitas yang tinggi di lingkungan tersebut dapat memperberat nyeri. Selain itu, dukungan dari keluarga dan orang terdekat menjadi salah satu faktor penting yang mempengaruhi persepsi nyeri individu.

4. Pengalaman nyeri sebelumnya

5. Pengalaman masa lalu berpengaruh terhadap persepsi nyeri individu dan kepekaan terhadap nyeri. Individu yang pernah mengalami nyeri atau menyaksikan penderitaan orang terdekatnya saat mengalami nyeri cenderung merasa terancam dengan peristiwa nyeri yang akan terjadi dibandingkan individu lain yang belum pernah mengalaminya. Selain itu, keberhasilan atau kegagalan metode penanganan nyeri sebelumnya juga berpengaruh terhadap harapan individu terhadap penanganan nyeri saat ini.

6. Ansietas dan stress Ansietas seringkali menyertai peristiwa yang terjadi. Ancaman yang tidak jelas asalnya dan ketidakmampuan mengontrol nyeri atau peristiwa disekelilingnya dapat memperberat persepsi nyeri. Sebaliknya individu yang mampu mengontrol nyeri yang mereka rasakan akan mengalami penurunan rasa takut dan kecemasan yang akan menurunkan persepsi nyeri mereka.

#### 2.2.4 Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala menurut (Martyarini, 2020) yaitu :

1. Gangguan tidur
2. Posisi menghindari nyeri
3. Raut wajah kesakitan
4. Perubahan nafsu makan
5. Tekanan darah meningkat
6. Nadi meningkat
7. Gerakan menghindari nyeri
8. Pernafasan meningkat

#### 2.2.5 Pathofisiologi

Mekanisme timbulnya nyeri didasari oleh proses multipel yaitu nosisepsi, sensitisasi perifer, perubahan fenotip, sensitisasi sentral, eksitabilitas ektopik, reorganisasi struktural, dan penurunan inhibisi. Antara stimulus cedera jaringan dan pengalaman subjektif nyeri terdapat empat proses tersendiri : transduksi, transmisi, modulasi, dan persepsi.

Transduksi adalah suatu proses dimana akhiran saraf aferen menerjemahkan stimulus (misalnya tusukan jarum) ke dalam impuls nosiseptif. Ada tiga tipe serabut saraf yang terlibat dalam proses ini, yaitu serabut A-beta, A-delta, dan C. Serabut yang berespon secara maksimal terhadap stimulasi non noksius dikelompokkan sebagai serabut penghantar nyeri, atau nosiseptor. Serabut ini adalah A-delta dan C. Silent nociceptor, juga terlibat dalam proses transduksi, merupakan serabut saraf aferen yang tidak berespon terhadap stimulasi eksternal tanpa adanya mediator inflamasi.



Transmisi adalah suatu proses dimana impuls disalurkan menuju kornu dorsalis medula spinalis, kemudian sepanjang traktus sensorik menuju otak. Neuron aferen primer merupakan pengirim dan penerima aktif dari sinyal elektrik dan kimiawi. Aksonnya berakhir di kornu dorsalis medula spinalis dan selanjutnya berhubungan dengan banyak neuron spinal.

Modulasi adalah proses amplifikasi sinyal neural terkait nyeri (pain related neural signals). Proses ini terutama terjadi di kornu dorsalis medula spinalis, dan mungkin juga terjadi di level lainnya. Serangkaian reseptor opioid seperti mu, kappa, dan delta dapat ditemukan di kornu dorsalis. Sistem nosiseptif juga mempunyai jalur descending berasal dari korteks frontalis, hipotalamus, dan area otak lainnya ke otak tengah (midbrain) dan medula oblongata, selanjutnya menuju medula spinalis. Hasil dari proses inhibisi desendens ini adalah penguatan, atau bahkan penghambatan (blok) sinyal nosiseptif di kornu dorsalis.

Persepsi nyeri adalah kesadaran akan pengalaman nyeri. Persepsi merupakan hasil dari interaksi proses transduksi, transmisi, modulasi, aspek psikologis, dan karakteristik individu lainnya. Reseptor nyeri adalah organ tubuh yang berfungsi untuk menerima rangsang nyeri. Organ tubuh yang berperan sebagai reseptor nyeri adalah ujung syaraf bebas dalam kulit yang berespon hanya terhadap stimulus kuat yang secara potensial merusak. Reseptor nyeri disebut juga Nociseptor. Secara anatomis, reseptor nyeri (nociseptor) ada yang bermielin dan ada juga yang tidak bermielin dari syaraf aferen (Bahrudin, 2018).

#### 2.2.6 Komplikasi

Menurut (Damayanti & Evi, 2021) komplikasi terdiri dari :

##### 1. Edema pulmonal

2. Kejang
3. Masalah mobilisasi
4. Hipertensi
5. Hipovolemik
6. Hipertermi

#### 2.2.7 Penatalaksanaan

Menurut (Martyarini, 2020) antara lain :

##### 1. Non farmakologis

(Distraksi) Merupakan metode untuk menghilangkan nyeri dengan mengalihkan perhatian pasien pada hal-hal lain sehingga pasien akan lupa pada nyeri yang di alami Distraksi pendengaran merupakan salah satu tindakan untuk mengatasi nyeri pada fraktur, individu yang mengalami kesakitan akan merasa rileks saat mendengarkan musik atau sejenisnya. pelepasan opioid endogen, atau disosiasi. Musik atau sejenisnya memberikan efek distraksi dan disosiasi opiat endogen di beberapa fosi didalam otak, termasuk hipotalamus dan sistem limbik. Musik merupakan sebuah rangsangan pendengaran (Martyarini, 2020).

Relaksasi nafas dalam dapat memberikan perubahan yang dirasakan pada oleh tubuh secara fisiologis yang bersifat emosional serta sensorik. Relaksasi nafas dalam merupakan salah satu terapi non farmakologi yang mmberikan efek relaksasi yang dapt menurunkan skala nyeri dengan merangsang susunan saraf pusat yaitu otak dan sumsum tulang belakang guna untuk memproduksi pengeluaran hormone edorphine yang membantu untuk menurunkan skala nyeri yang dirasakan oleh individu

Kompres dingin merupakan salah satu tindakan keperawatan dan banyak digunakan untuk menurunkan nyeri. Sensasi dingin yang dirasakan memberikan efek fisiologis yang dapat menurunkan respon inflamasi, menurunkan aliran darah, mampu menurunkan edema serta mengurangi rasa nyeri lokal. Secara fisiologis, 10-15 menit setelah diberikan kompres dingin terjadi proses vasokonstriksi dari efek relaks otot polos yang dapat timbul akibat stimulasi system saraf otonom serta mampu menstimulasi pengeluaran hormone endorphine

ROM merupakan upaya pengobatan yang penatalaksanaannya menggunakan latihan gerak baik secara aktif maupun secara pasif. ROM diberikan untuk mengatasi gangguan ungsi gerak, mecegah komplikasi, mengurangi nyeri dan edema dan melatih aktivitas akibat operasi. Rom diberikan pada bagian yang mudah kontraski dan relaksasi sehingga pasien yang telah menjalani operasi fraktur tidak mengalami kekakuan otot (Risnah et al., 2019).

2. Farmakologis Kategori obat obatan analgesic terdapat tiga macam obat-obatan untuk mengontrol nyeri yaitu analgesic non opiotik analgesic opiot analgesik adjuvant (Martyarini, 2020).

#### 2.2.8 Skala Nyeri

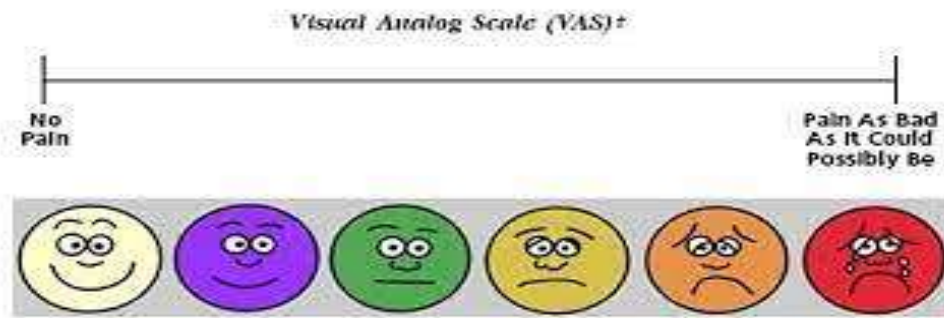
Berikut ini jenis-jenis skala nyeri berdasarkan nilai angka yaitu (Martyarini, 2020):

1. Skala 0 : Tidak nyeri
2. Skala 1 : Nyeri sangat ringan
3. Skala 2 : Nyeri ringan. Ada sensasi seperti dicubit, namun tidak begitu sakit.
4. Skala 3 : Nyeri sudah mulai berasa, namun masih bisa ditoleransi.
5. Skala 4 : Nyeri cukup mengganggu (Contoh : nyeri sakit gigi)
6. Skala 5 : Nyeri mengganggu dan tidak bisa didiamkan dalam waktu lama

7. Skala 6 : Nyeri sudah sampai tahap mengganggu indra, terutama indra penglihatan
8. Skala 7 : Nyeri sudah tidak bisa melakukan aktivitas
9. Skala 8 : Nyeri mengakibatkan tidak mampu berfikir jernih, bahkan terjadi perubahan perilaku
10. Skala 9 : Nyeri mengakibatkan menjerit-jerit dan mengakibatkan cara apapun untuk menyembuhkan nyeri
11. Skala 10 : Nyeri berada di tahap yang paling parah dan dapat menyebabkan tidak sadarkan diri.

Berikut ini beberapa cara menghitung skala nyeri yang paling populer dan sering digunakan (Dewi & Rohni, 2022):

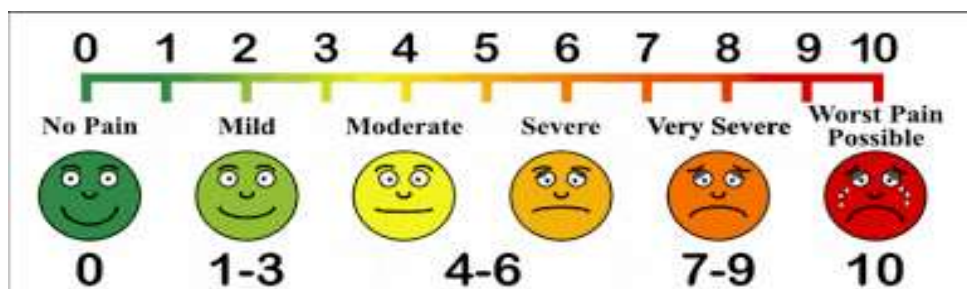
1. VAS (Visual Analog Scale) Visual Analog Scale merupakan skala linear yang akan memvisualisasikan gradasi tingkatan nyeri yang diderita. Visualisasi berupa rentang garis sepanjang kurang lebih 10 cm, dimana pada ujung garis kiri tidak mengindikasikan nyeri, sementara ujung satunya mengindikasikan rasa nyeri terparah yang mungkin terjadi. Selain dua indikator tersebut, VAS bisa diisi dengan indikator redanya rasa nyeri. VAS adalah prosedur penghitungan yang mudah untuk digunakan. Namun, VAS tidak disarankan untuk menganalisis efek nyeri pada pasien yang baru mengalami pembedahan. Ini karena VAS membutuhkan koordinasi visual, motorik, dan konsentrasi.



(Dewi & Rohni, 2022)

Gambar 2. 4 skala nyeri VAS

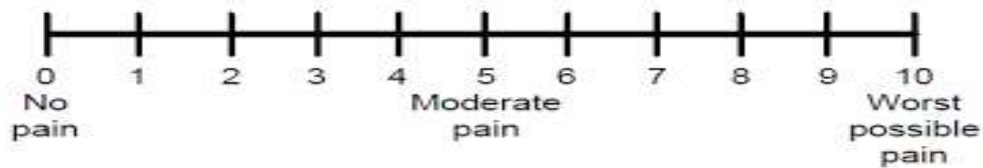
2. VRS (Verbal Rating Scale) Verbal Rating Scale hampir sama dengan VAS hanya pernyataan verbal dari rasa nyeri yang dialami oleh pasien ini jadi lebih spesifik. VRS lebih sesuai jika digunakan pada pasien pasca operasi bedah karena prosedurnya yang tidak begitu bergantung pada koordinasi motorik dan visual. 33



(Dewi & Rohni, 2022)

Gambar 2. 5 Skala nyeri VRS

3. NRS (Numeric Rating Scale) Metode ini didasari pada skala angka 1-10 untuk menggambarkan kualitas nyeri yang dirasakan pasien. NRS diklaim lebih mudah dipahami, lebih sensitif terhadap jenis kelamin, etnis, hingga dosis. NRS juga lebih efektif untuk mendeteksi penyebab nyeri akut daripada VAS dan VRS.



*Dewi & Rohni, 2022)*

*( Gambar 2. 6 skala nyeri NRS.*

4. Wong-Baker Pain Rating Scale Metode penghitungan skala nyeri yang diciptakan dan dikembangkan oleh Donna Wong dan Connie Baker. Cara mendeteksi skala nyeri dengan metode ini yaitu dengan melihat ekspresi wajah yang sudah dikelompokkan ke dalam beberapa tingkatan rasa nyeri.



*(Baker, 1983).*

Gambar 2. 7 skala nyeri Wong-Baker Pain Rating Scale

5. McGill Pain Questionnaire (MPQ) Metode menghitung skala nyeri yang diperkenalkan oleh Torgerson dan Melzack dari Universitas McGill tahun 1971. Prosedur kuesioner yang berisikan kategori rasa tidak nyaman yang diderita.

6. Oswestry Disability Index (ODI) Metode deteksi skala nyeri yang bertujuan untuk mengukur derajat kecacatan dan indeks kualitas hidup dari penderita nyeri, khususnya nyeri pinggang. Pada penerapannya pasien akan melakukan serangkaian tes guna mengidentifikasi intensitas nyeri, kemampuan gerak motorik, kemampuan berjalan, duduk, fungsi seksual, kualitas tidur dan kehidupannya.

7. Brief Pain Inventory (BPI) Metode ini digunakan untuk menghitung skala nyeri pada penderita kanker. BPI digunakan untuk menilai derajat nyeri pada penderita nyeri kronik.

8. Memorial Pain Assessment Card Metode ini digunakan untuk penderita nyeri kronik. Dalam penerapannya berfokus pada 4 indikator yaitu intensitas nyeri, deskripsi nyeri, pengurangan nyeri, dan mood.

## **2.3 Konsep Teori Asuhan Keperawatan**

### **2.3.1 Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam proses pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien menjadi derajat yang lebih baik lagi (Huda & Nurarif, 2015). Pengkajian keperawatan yang menyeluruh dan akurat memiliki peran penting dalam salah satu proses aplikasi asuhan keperawatan pasien yang memiliki masalah fisik maupun fisiologis. Perawat diharapkan memahami keadaan klinis baik yang adekuat maupun nonadekuat dalam kondisi kondisi pasien yang kemungkinan menunjukkan perburukan kondisi (Siregar et al., 2021).

#### **1. Data demografi**

Identitas pada klien yang harus diketahui diantaranya: nama, umur, agama, pendidikan, pendidikan, pekerjaan, pekerjaan, suku/bangsa, suku/bangsa, alamat, alamat, jenis kelamin, kelamin, status perkawinan, perkawinan, dan penanggung biaya. Pada jenis kelamin laki-laki rentang terkena fraktur acetabulum dikarenakan mayoritas laki-laki memiliki pekerjaan yang berat dan beresiko. Rentang Usia yang rentan mengalami musibah cedera kecelakaan merupakan usia

yang produktif muda 15-59 tahun, pada usia lanjut diatas 60 tahun fraktur seringkali terjadi akibat dari menurunnya massa tulang(Ramadhan & Pristianto, 2022).

## 2. Keluhan utama

Biasanya klien mengeluh nyeri pada area yang patah yang hilang timbul dan durasinya makin meningkat.

3. Riwayat penyakit saat ini Klien mengeluh nyeri pada area yang patah, kelemahan otot motoric atau kelumpuhan, sensori menurun,
4. Riwayat penyakit dahulu mungkin ada riwayat penyakit klien sekarang, yaitu fraktur Accetabulum atau Hipertensi, Diabetes mellitus. Pasien dengan diabetes mellitus dapat memperlambat proses penyembuhan luka operasi.
5. Riwayat penyakit keluarga Keluarga Adakah penyakit yang diderita oleh anggota keluarga yang mungkin ada hubungannya dengan penyakit klien sekarang, yaitu fraktur Accetabulum atau Hipertensi, Diabetes mellitus. Pasien dengan diabetes mellitus dapat memperlambat proses penyembuhan luka operasi.
6. Pengkajian psiko-sosio-spiritual Perubahan kepribadian dan perilaku klien, perubahan mental, kesulitan mengambil keputusan, kecemasan dan ketakutan hospitalisasi, diagnostic test dan prosedur pembedahan, adanya perubahan peran.
7. Pemeriksaan fisik menurut Muttaqin (2017) pemeriksaan fisik pada klien meliputi pemeriksaan fisik umum persystem dari observasi keadaan umum, pemeriksaan tanda-tanda vital.



- a. Pernafasan B1 (Breath) Adanya peningkatan irama pernafasan, pola napas tidak teratur, dispnea, potensi obstruksi.
- b. Kardiovaskular B2 (Blood) Adanya perubahan tekanan darah atau normal Selain itu terjadi ketidakteraturan irama jantung (irreguler) dan bradikardi. Klien tidak mengeluhkan nyeri dada, bunyi jantung normal, akral hangat, nadi bradikardi.
- c. Persyarafan B3 (Brain) kesadaran : amnesia, vertigo, synkop, kejang
  - 1) Penglihatan (mata) : ketidakmampuan mengikuti pergerakan.
  - 2) Pendengaran (telinga): kehilangan pendengaran, tinnitus
  - 3) Penciuman (hidung): terdapat gangguan pada penciuman
  - 4) Pengecapan (lidah): Ketidakmampuan sensasi, gangguan menelan
  - 5) Ekstremitas : tingling, baal pada ekstremitas, gengaman lemah, tidak seimbang, reflek tendon dalam lemah, apraxia, hemiparase, quadriplegi, sensitive terhadap gerakan
  - 6) GCS : Skala yang digunakan untuk menilai tingkat kesadaran pasien, (apakah pasien dalam kondisi koma atau tidak) dengan menilai respon pasien terhadap rangsangan yang diberikan.
- d. Perkemihan B4 (Bladder) Gangguan control sfinter urine, kebersihan bersih, bentuk alat kelamin normal, uretra normal, produksi urin normal
- e. Pencernaan B5(Bowel) mual,muntah proyektil,usus terdapat gangguan fungsi
- f. Muskuloskeletal/integument B6 (Bone) Keterbatasan pergerakan anggota gerak karena fraktur acetabulum., inspeksi apakah terpasang drain pada luka operasi, pengamatan luka operasi apakah ada rembesan luka

### 2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa ditegakkan berpedoman pada data mayor dan minor (SDKI, 2017):

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)  
(D.0077)
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas strukture tulang (D.0054)
3. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif pembedahan  
(D.0142)
4. Risiko Hipovolemia dibuktikan dengan Kehilangan cairan secara aktif (D. 0034)

### 2.3.3 Intervensi keperawatan

Tabel 2. 1 Intervensi keperawatan pada konsep asuhan keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan Keperawatan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	Nyeri akut berhubungan agen pencedera fisik (prosedur operasi). (D.0077)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam maka tingkat nyeri pasien menurun dengan KH: (L.08066) (SLKI, 2017) <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun</li> <li>2. Meringis menurun</li> <li>3. Sikap protektif menurun</li> <li>4. Gelisah menurun</li> <li>5. Kesulitan tidur menurun</li> <li>6. Frekuensi nadi membaik (Normalnya 60100x/mnt)</li> </ol>	Manajemen Nyeri (I.08238)(SIKI, 2017) Observasi: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.</li> <li>- Identifikasi skala nyeri</li> <li>- Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>- Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>- Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>- Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>- Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"><li>- Monitor keberhasilan terapi komplementer</li><li>- Monitor efek samping penggunaan analgetik</li><li>Terapeutik:</li><li>- Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li><li>- Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li><li>- Fasilitasi istirahat dan tidur</li><li>- Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam meredakan nyeri</li><li>Edukasi:</li><li>- Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li><li>- Jelaskan strategi meredakan nyeri</li><li>- Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li><li>- Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</li><li>- Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li><li>Kolaborasi:</li><li>- Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li></ul>
--	--	--	--

2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas strukture tulang (D.0054)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka mobilitas fisik pasien meningkat dengan KH: (L.12111)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstermitas meningkat</li> <li>2. Kekuatan otot meningkat</li> <li>3. Rentang gerak (ROM) meningkat</li> <li>4. Nyeri menurun</li> </ol>	<p>Dukungan Ambulasi (I.06171)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>- Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi</li> <li>- Ambulasi frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi</li> <li>- Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi</li> </ul> <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fasilitasi aktifitas ambulasi dengan alat bantu</li> <li>- Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik</li> <li>- Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan ambulasi</li> </ul> <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi</li> <li>- Anjurkan melakukan ambulasi dini</li> <li>- Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan</li> </ul>
----	--	--	---

3.	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif pembedahan (D.0142)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam maka tingkat infeksi pasien menurun dengan KH: (L.14137) <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Demam menurun</li> <li>2. Kemerahan menurun</li> <li>3. Nyeri menurun</li> <li>4. Bengkak menurun</li> <li>5. Nafsu makan meningkat</li> <li>6. Kadar sel darah putih membaik</li> </ol>	Pencegahan infeksi (I.14539) Observasi : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</li> </ul> Terapeutik: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Batasi jumlah pengunjung</li> <li>- Berikan perawatan kulit pada area edema</li> <li>- Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>- Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi</li> </ul> Edukasi: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>- Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</li> <li>- Ajarkan etika batuk</li> <li>- Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</li> <li>- Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> <li>- Anjurkan meningkatkan asupan cairan</li> </ul> Kolaborasi: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi pemberian obat / imunisasi, jika perlu</li> </ul>
4.	Resiko Hipovolemia dibuktikan dengan Kehilangan cairan secara aktif D. 0034	Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam maka kehilangan cairan pasien menurun dengan KH: (L. 03028) <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Output urin meningkat</li> <li>2. Membran mukosa lembab meningkat</li> <li>3. Tekanan darah membaik</li> <li>4. Frekuensi nadi membaik</li> <li>5. Turgor kulit membaik</li> </ol>	Manajemen Hipovolemia (I.03116) Observasi <ul style="list-style-type: none"> <li>• Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis: frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah)</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor intake dan output cairan</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hitung kebutuhan cairan</li> <li>• Berikan posisi modified Trendelenburg</li> <li>• Berikan asupan cairan oral</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral</li> <li>• Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis: NaCL, RL)</li> <li>• Kolaborasi pemberian cairan koloid (albumin, plasmanate)</li> <li>• Kolaborasi pemberian produk darah</li> </ul>
--	--	--	--

### 2.3.4 Implementasi Keperawatan

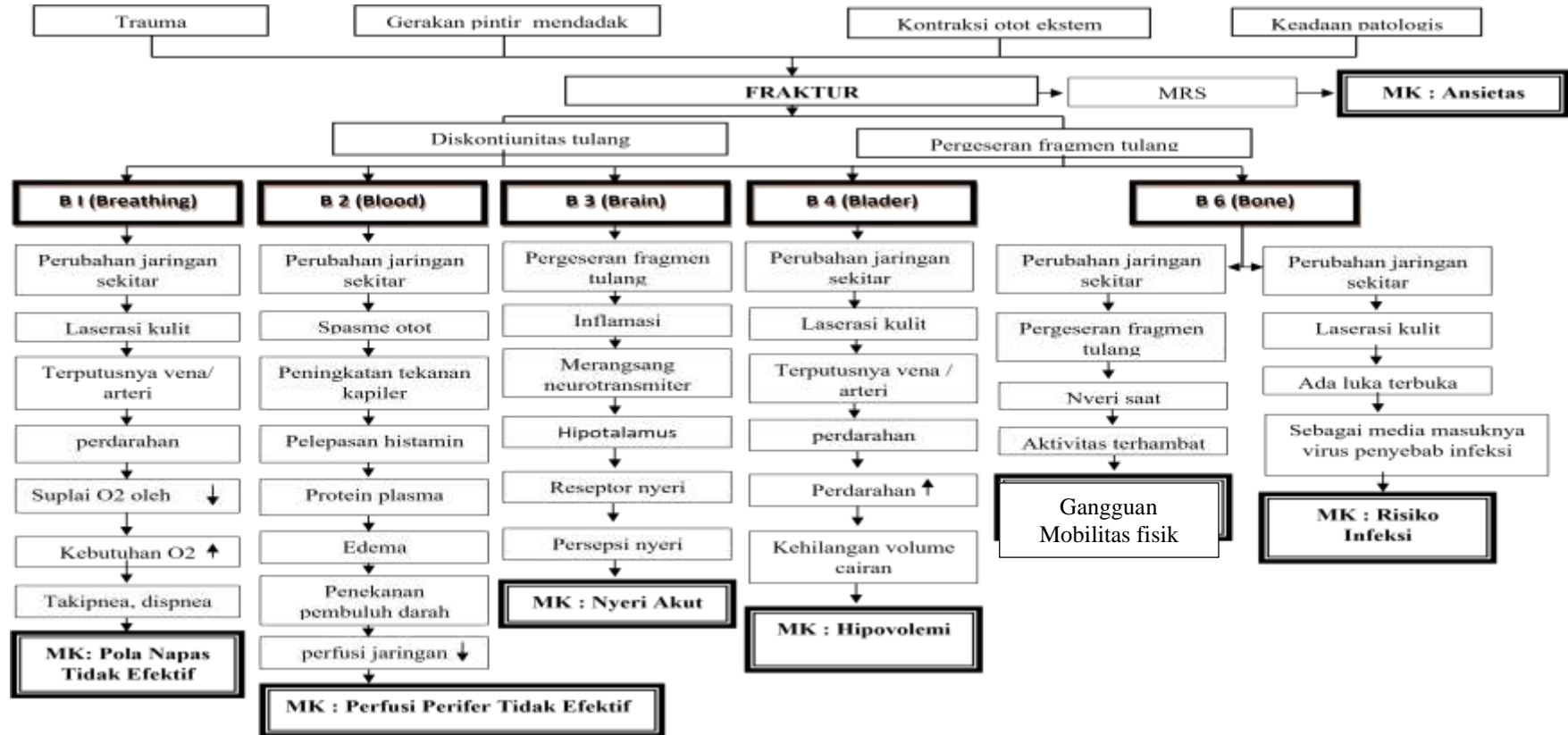
Fase dimana perawat melakukan tindakan intervensi dalam rangka membantu Pasien untuk mencegah, mengurangi dan menghilangkan dampak atau respons yang ditimbulkan oleh masalah keperawatan dan kesehatan (Nursalam, 2014). Catatan keperawatan biasanya menggunakan format yang sudah terstruktur.

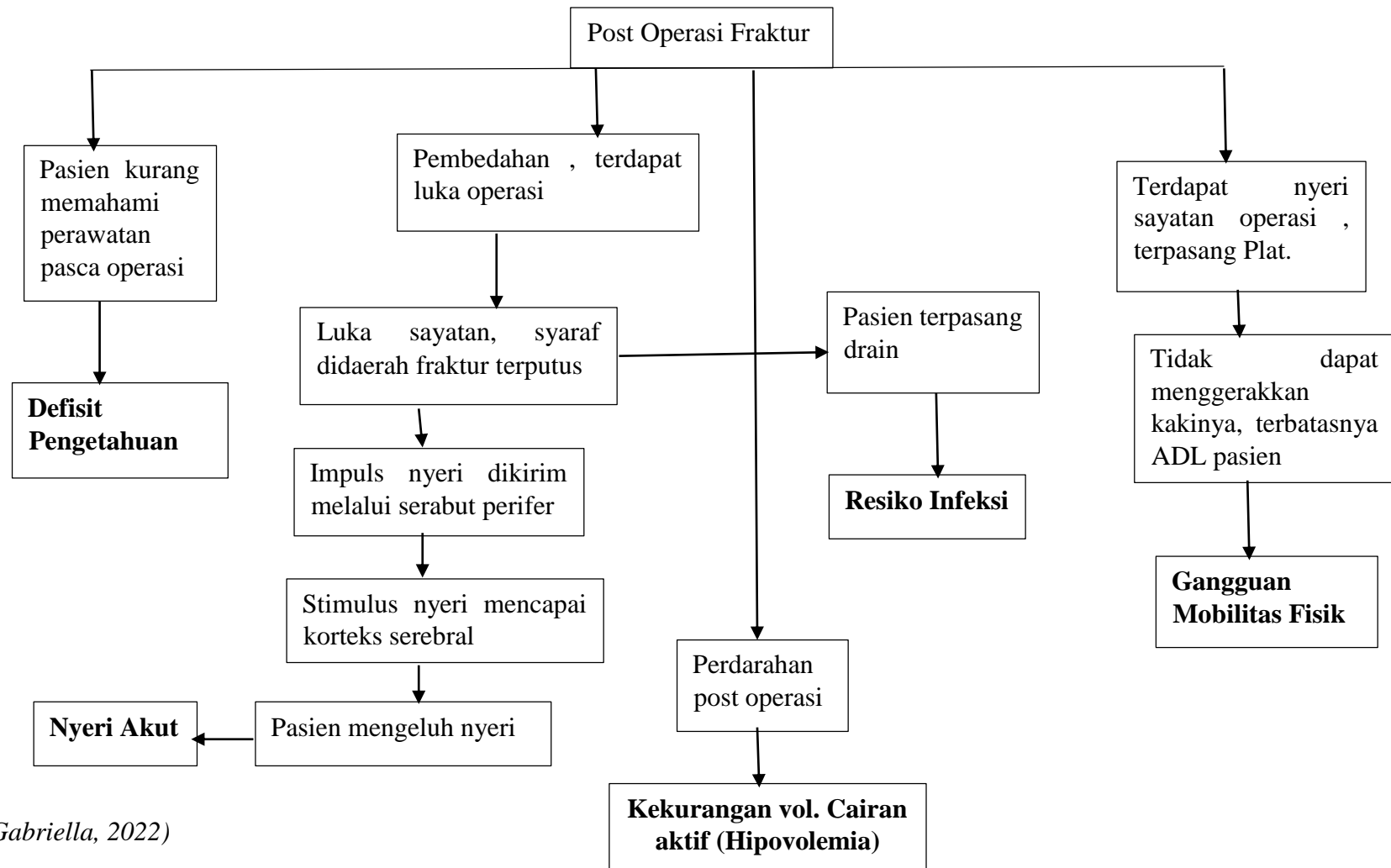
### 2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk mengetahui keberhasilan tindakan keperawatan yang telah diberikan yaitu : (Nursalam, 2014)

1. Evaluasi formatif Evaluasi formatif berfokus pada tindakan keperawatan dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi formatif menggunakan rumusan SOAP yaitu subjektif, objektif, analisa data (perbandingan data dan teori), dan perencanaan.
2. Evaluasi sumatif Evaluasi sumatif bertujuan menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang diberikan kepada Pasien.

## 2.4 Kerangka Masalah





(Gabriella, 2022)

Gambar 2. 8 Pathway Fraktur



## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

#### **3.1 Pengkajian**

##### **3.1.1 Identitas Pasien**

Tn.R (32 Tahun), beragama islam, Jawa/Indonesia, sebagai seorang anak, belum menikah , Pendidikan SMA, Alamat Surabaya, No Register 87xxxx. Pasien dirawat dengan diagnosi medis Post Op Total Hip Replament Fraktur Accetabulum dextra hari ke-0, Pasien masuk RSPAL dr. Ramelan Surabaya datang ke IGD pada tanggal 27 November 2022 pada pukul 10.00 WIB, masuk di ruang C1 Rspal pada tanggal 27 November 2022 pukul 15.25 WIB.

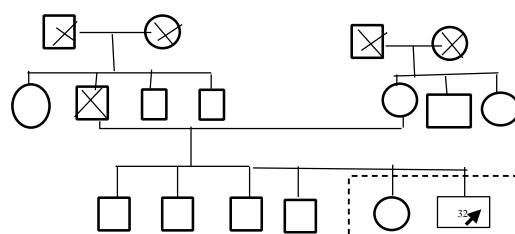
##### **3.1.2 Data Dasar**

Keluhan Utama pasien mengatakan nyeri pada bagian pinggul kanan setelah operasi. Riwayat penyakit sekarang adalah kecelakaan lalu lintas tunggal pada tanggal 26 November 2022 terjadi sekitar pukul 07.00 WIB di Bali kemudian dibawa ke IGD gilimanuk bali kemudian dirujuk ke RSPAL dr.Ramelan Surabaya, pada tanggal 27 November 2022 pukul 14.00 WIB pasien tiba di IGD RSPAL dr. Ramelan Surabaya, pasien dalam keadaan sadar penuh GCS E4M5V6 pasien diberi cairan infus NaCl 0,9 % dan Ranitidin 50 mg/iv, kemudian dilakukan pemeriksaan penunjang berupa foto CT Scan pelvic didapatkan hasil fracture off acetabulum dextra, close dislocation of hip dan pemeriksaan penunjang laboratorium darah lengkap dan klinik. Pasien dipindahkan ke ruang C1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya pukul 15.25 WIB pasien diruang C1 mendapatkan terapi NS, Painlos, ranitidin. Kemudian dilakukan operasi pada tanggal 30 november 2022 pada pukul 07.00 sampa dengan 13.00 kemudian dilakukan CT Scan dengan hasil terpasang plat dan serew pada os acetabulum terpasang dengan baik. Kemudian kembali ke C1 pada

pukul 13.30 pasien terpasang infus NS 14 tpm, terpasang drain berwarna merah segar sebanyak 200ml, terpasang kateter (500ml) dan dilakukan pengkajian pada tanggal 30 november 2022 pada pukul 14.00 terdapat keluhan saat pengkajian pasien mengeluhkan nyeri pada pinggul bawah kiri dan masih belum bisa digerakan dan terasa nyeri jika digerakkan, pasien mengatakan nyeri terasa cekot-cekot dan sensasi terbakar pasien mengatakan dari 1-10 yaitu pada skala ke 8, pasien mengatakan nyeri terasa terus menerus. Pasien mengatakan setelah operasi aktivitas dibantu kakaknya, pasien mengatakan tidak dapat berjalan akibat nyeri yang dirasakan, pasien terlihat terpasang drain (200ml) dengan warna merah segar, kateter (500ml), dan infus (NS) 14 tpm dan terdapat luka operasi pada pinggul kanan terlihat kasa tidak ada rembesan. Nafsu makan kurang baik 3 x/hari ½ porsi, nafsu makan pasien menurun. Dilakukan observasi TTV didapatkan hasil TD: 110/80 mm/Hg, S:36,7 C, Spo2: 98%, N: 91 x/mnt, RR: 20 x/mnt. Pasien terlihat tampak meringis dan gelisah.

Pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit fraktur sebelumnya dan Hipertensi, diabetes melitus, asma maupun TBC. Tidak ada anggota keluarga yang mempunyai riwayat penyakit seperti yang diderita pasien seperti Hipertensi, Diabetes Mellitus maupun TBC, pasien tidak mempunyai Riwayat alergi pada obat-obatan ataupun makanan.

Genogram pasien



Gambar 3.1 Genogram Tn.R dengan post operasi close fraktur acetabulum dextra hari ke-0

**Keterangan:**

- : Laki - laki
- : Perempuan
- ↗ : Pasien
- : Garis Keturunan
- : Tinggal Bersama
- × : Meninggal

### 3.1.3 Pola Fungsi Kesehatan

#### 1. Persepsi Terhadap Kesehatan (Keyakinan Terhadap Kesehatan & Sakitnya)

Pasien mengatakan kalau sakitnya ini adalah ujian dari Allah SWT dan tidak pernah mengeluh karena cobaan yang diberikan tidak melebihi batas kemampuannya, serta penyakit bisa membaik dan cepat pulang bisa berkumpul bersama keluarga.

#### 2. Pola Aktivitas dan Latihan

##### 1) Kemampuan perawatan diri

1) Saat di rumah :Pasien mengatakan kemampuan perawatan diri di rumah dilakukan secara mandiri, mulai dari mandi, berpakaian, dan berjalan

2) Saat di rumah sakit :Pasien mengatakan perawatan dirinya dibantu oleh kakaknya, seperti mandi dengan air diseka, berganti pakaian, beraktifitas di tempat tidur, eliminasi/ toileting BAK menggunakan pispot, berpindah masih belum dapat dilakukan, karena pasien masih nyeri pasca operasi . Masalah Keperawatan : Nyeri Akut

##### 2) Kebersihan diri

1) Saat dirumah :Pasien mengatakan saat di rumah, mandi sebanyak 3x/hari, gosok gigi rutin pasien dilaksanakan saat mandi 3x/hari, pasien keramas 2 hari sekali, memotong kuku jika kukunya sudah panjang

2) Saat di rumah sakit : Pasien mengatakan perawatan dirinya dibantu oleh kakaknya, seperti mandi diseka, berganti pakaian, beraktifitas di tempat tidur, eliminasi/ toileting BAK menggunakan pispot, berpindah masih belum dapat dilakukan, karena pasien masih merasakan nyeri pasca operasi. Masalah Keperawatan : Nyeri akut

c. Aktivitas sehari-hari

- 1) Saat dirumah : Pasien mengatakan sebagai anak terakhir dari 6 bersaudara
- 2) Saat di rumah sakit : Pasien mengatakan sementara ini lebih banyak istirahat semi fowler terlebih dahulu karena masih terasa nyeri.

Masalah keperawatan : keterbatasan aktifitas

d. Rekreasi

- 1) Saat di rumah : Pasien mengatakan hiburan di waktu senggang yaitu dengan liburan dengan teman dan keluarganya .
- 2) Saat di rumah sakit : Pasien mengatakan bahwa bertemu dengan orang-orang di ruangan saling menyapa merupakan suatu hiburan selama di rumah sakit. Masalah keperawatan : tidak ada

e. Olah raga

- 1) Saat di rumah Pasien mengatakan setiap pagi berjalan-jalan dan menyiram bunga dirumahnya
- 2) Saat di rumah sakit Pasien sementara (bedrest) sehingga olahraga tidak dilakukan. Masalah Keperawatan : tidak ada

3. Pola istirahat dan tidur

- a. Saat di rumah : Pasien mengatakan, saat di rumah tidur dengan teratur sebanyak  $\pm$  8 jam per hari, pasien tidur siang pada jam 12.00-15.00, dan tidur malam jam 23.00-04.00, pasien tidak pernah merasa kesulitan dalam tidur.
- b. Saat di rumah sakit : Pasien baru MRS 08.00 WIB tanggal 27 November 2022, tidur siang mulai pukul 12.00-14.00 WIB dan tidur malam pukul

21.00- 04.00 WIB, pasien mengatakan tidur sering terbangun tidak nyenyak.

Masalah Keperawatan : -

4. Pola nutrisi metabolic

a. Pola makan

1) Saat di rumah

Pasien mengatakan di rumah makan 3x/hari dengan teratur dalam porsi yang sedikit, pasien terkadang minum teh hangat di pagi hari.

2) Saat di rumah sakit : Pasien mengatakan makan habis ½ porsi

Masalah Keperawatan : tidak ada

b. Pola minum

1) Saat di rumah : Pasien mengatakan di rumah minum sebanyak 5-6 gelas per hari ( $\pm$  1500 cc) terdiri dari air putih, teh manis.

2) Saat di rumah sakit : Pasien mengatakan di rumah sakit minum sebanyak 5-6 gelas per hari ( $\pm$  1500 cc) terdiri dari air putih dan teh manis. Masalah Keperawatan : tidak ada

5. Pola eliminasi

a. Saat di rumah : Pasien mengatakan saat di rumah BAB 2x/hari, tidak keras, lembek, tidak cair, warna kuning kecoklatan, bau khas, dan tidak ada waktu tertentu saat BAB. Untuk BAK klien sebanyak 5-6 kali/hari dan klien memperkirakan sebanyak 1500 ml/hari, warna kuning dan tidak ada rasa nyeri saat BAK.

b. Saat di rumah sakit : Pasien mengatakan BAB 1x/hari, klien menggunakan pispot dengan jumlah urine  $\pm$  500 ml, warna kuning pekat seperti teh.

Masalah Keperawatan : tidak ada

#### 6. Pola kognitif perseptual

Pasien menganggap sakitnya merupakan bentuk perhatian dari ALLAH SWT kepada dirinya karena dengan sakit berarti klien mungkin dianjurkan untuk beristirahat. Klien mengatakan penyakit yang dia alami sekarang tidak dijadikannya sebagai suatu beban pikiran. Masalah Keperawatan : -

#### 7. Pola konsep diri

- a. Gambaran diri : Pasien mengatakan ingin segera sembuh dari penyakitnya
- b. Identitas diri : Pasien mengatakan dirinya adalah seorang laki-laki
- c. Peran diri : Pasien mengatakan dirinya sebagai anak
- d. Ideal diri : Pasien yakin segera sembuh dan bisa beraktivitas seperti biasanya
- e. Harga diri : Pasien mengatakan tidak merasa malu dan yakin dia sembuh.

Masalah Keperawatan : tidak ada

#### 8. Pola Koping

Pasien mengatakan selama dirawat di rumah sakit semua biaya perawatan ditanggung oleh BPJS dari segi biaya perawatan pasien merasa terbantu, fasilitas yang diberikan sudah cukup bagi pasien dan keluarga.

Pasien masih mampu beradaptasi dengan baik dibuktikan dengan pasien dan keluarga mampu mengikuti alur kegiatan dalam pemberian obat dan orientasi lingkungan baik. Masalah Keperawatan : tidak ada

#### 9. Pola seksual reproduksi : Pasien berjenis kelamin laki-laki. Pasien tidak mengalami masalah dalam reproduksinya, pasien belum menikah. Ingin segera menikah . Masalah Keperawatan : tidak ada

10. Pola peran-hubungan : Pasien adalah seorang anak terakhir . orang tuanya sudah meninggal kakak perempuannya adalah *support system* yang dimiliki oleh pasien, pasien merasa bersyukur masih diberi umur panjang sampai sekarang bisa melihat sodara-sodaranya menyayanginya. Selama di rumah sakit tidak ada masalah tentang pembiayaan . Masalah Keperawatan : tidak ada
11. Pola nilai kepercayaan :Pasien mengatakan dirinya beragama Islam, selama berada di rumah sakit kegiatan ibadah dilakukan dengan posisi berbaring diatas tempat tidur. Masalah Keperawatan : tidak ada

### 3.1.4 Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum pasien lemah GCS 4-5-6 dengan kesadaran composmentis, dimana mata pasien terbuka secara spontan. Vital Sign : TD : 110/80 mmHg, N :91 x/mnt, S : 36.7 °C, RR : 20 x/mnt, SpO2 : 98%.

1. B1 (Breathing) : Pasien mengatakan tidak sesak, irama nafas regular dengan kualitas 20 x/menit, otot bantu nafas (sterno kleido mastoideus) tidak ada, cuping hidung tidakada, septum hidung tepat di tengah, bentuk dada normochest, pergerakan dada simetris, tidak ada krepitasi, suara dada sonor, suara napas vesikuler, tidak ada suara napas tambahan.
2. B2 (Blood) : Konjungtiva ananemis, mata tidak cowong, tidak ada pembesaran vena jugularis, pergerakan ictus cordis terlihat, akral tangan dan kaki terlihat merah teraba hangat. CRT  $\leq$  2 detik, akral teraba sedikit dingin dan kering, ictus cordis tidak teraba, nadi teraba kuat 91 x/menit, sklera normal, kekuatan ictus cordis kuat, irama jantung regular, bunyi jantung S1 S2 tunggal, terpasang infus Ns pada tangan sebelah kiri.

3. B3 (Brain) : Keadaan umum baik, kesadaran composmetis dengan GCS E4V5M6, N1 penciuman baik, N2 pasien mengatakan tidak memiliki rabun jauh, N3 N4 N6 pasien mampu menggerakkan mata kesegala arah, lapang pandang normal, N7 pasien mampu mengerutkan dahi, N8 pendengaran baik, N9 N10 pasien mampu menelan, N11 pasien mampu mengangkat bahu, N12 pasien mampu menggerakkan lidah.
4. B4 (Bladder) : Pasien mengatakan BAK  $\pm 5$  x/hari sebelum MRS, tidak ada nyeri tekan, pasien terpasang kateter (500cc), suara kandung kemih pekak.
5. B5 (Bowel) : Pasien mengatakan tidak mual muntah, nafsu makan kurang baik 3 x/hari  $\frac{1}{2}$  porsi, nafsu makan pasien menurun, kebiasaan defekasi 1x/hari dan feses lembek. pasien tidak terpasang NGT, ada reflek menelan, mukosa bibir kering. Terdengar peristaltic usus 15 x/mnt. tidak ada nyeri tekan pada abdomen, tidak teraba pembesaran hati dan limfa.
6. B6 (Bone & Integumen) Pasien mengatakan kemampuan pergerakan pinggul kanan terbatas, aktifitas dibantu oleh keluarga klien mengalami masalah pada musculoskeletal kekuatan otot tidak maksimal. Pada ektremitas bawah mengalami keterbatasan anggota gerak. Terdapat luka post operasi pada pinggul kanan, terlihat tidak ada rembesan pada kasa, terpasang drain (200ml), pasien mengatakan nyeri pada luka operasi digerakkan semakin nyeri, pasien mengatakan nyeri terasa cekot-ceot dan terbakar, pasien mengatakan dari rentang 1-10 adalah skala 8, pasien mengatakan nyeri terasa terus menerus. pasien terlihat belum mampu menggeserkan kakinya. kekuatan otot pasien

5555	5555
4422	5555



### 3.1.5 Pemeriksaan Penunjang

#### 1. Laboratorium

Tabel 3.1 Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 30 November 2022 Pada Tn.R dengan diagnosis post operasi *total hip replacement* fraktur *acetabulum* hari ke-0 druang C1 RSPAL dr.Ramelan Surabaya.

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
<b>Hematologi</b>			
Leukosit	<b>12.26</b>	$10^3/\mu\text{L}$	4.00-10.00
Eosinofil#	0.09	$10^3/\mu\text{L}$	0.02-0.50
Eosinofil%	0.70	%	0.5-5.0
Basofil#	0.01	$10^3/\mu\text{L}$	0.00-0.10
Basofil%	0.1	%	0.0-1.0
Neutrofil#	<b>9.09</b>	$10^3/\mu\text{L}$	2.00-7.00
Neutrofil%	<b>74.20</b>	%	50.0-70.0
Limfosit#	1.97	$10^3/\mu\text{L}$	0.80-4.00
Limfosit%	<b>16.10</b>	%	20.0-40.0
Monosit#	1.10	$10^3/\mu\text{L}$	0.12-1.20
Monosit%	8.90	%	3.0-12.0
IMG#	0.020	%	0.16-0.62
IMG%	0.200	%	0.16-0.62
Hemoglobin	<b>8.80</b>	g/dL	12-15
Hematokrit	<b>26.20</b>	%	37.0-47.0
Eritrosit	<b>3.09</b>	$10^3/\mu\text{L}$	3.50-5.00
MCV	84.6	Fmol/cell	80-100
MCH	28.5	pg	26-34
MCHC	33.7	g/dL	32-36
RDW_CV	12.3	%	11.0-16.0
RDW_SD	36.5	fL	35.0-56.0
Trombosit	340.000	$10^3/\mu\text{L}$	150-450
MPV	8.2	fL	6.5-12.0
PDW	15.7	%	15-17
PCT	0.280	$10^3/\mu\text{L}$	0.108-0.282
P-LCC	49.0	$10^3/\mu\text{L}$	30-90

P-LCR	14.5	%	11.0-45.0
Gula Darah Sewaktu	<b>88</b>	mg/dL	< 200
Kreatinin	0.73	mg/dL	0.6-1.5
BUN	<b>6</b>	mg/dL	10-24
Natrium (Na)	143.2	mEq/L	135-147
Kalium (K)	3.84	Mmol/L	3.0-5.0
Clorida (Cl)	104.4	mEq/L	95-105
SGOT	<b>56</b>	U/L	0-50
SGPT	21	U/L	0-50

## 2. CT Scan Pelvic

- a. Hasil Pemeriksaan tanggal 27 November 2022 Pukul 12.00 WIB Fracture of acetabulum dextra, closed dislocation of hip
- b. Hasil Pemeriksaan tanggal 30 November 2022 Pukul 14.30  
Post Fraktur tertutup acetabulum dextra terpasang plate dan serew pada os isobulum dextra (acetabulum posisi) baik.

### 3.1.6 Pemberian Terapi

Tabel 3. 2 Terapi obat Pada Tn.R dengan diagnosis post operasi *total hip replacement* fraktur *acetabulum* hari ke-0 druang C1 RSPAL dr.Ramelan Surabaya

Terapi	Tepat Obat	Dosis	Rute	Indikasi
28/12 2022	Inj. Cefozolin	2x1 (1 gr)	Injeksi Intravena	Antibiotik kombinasi mengobati infeksi Menurunkan nyeri dengan penghambatan (blok) sinyal nosiseptif di kornu dorsalis. Menurunkan sekresi asam lambung antiinflamasi nonsteroid menurunkan peradangan dan nyeri Menambah cairan dalam tubuh  Mengganti hilangnya plasma darah yang hilang, mis : prosedur operasi.
	Inj. Peinlos	3x1 (400mg)	Injeksi Intravena	
	Inj. Ranitidin	3x1 (50 mg)	Injeksi Intravena	
	Meloxicam	2x1 (7,5mg)	Oral	
	Infus. NaCl 0,9%	1 klf 500 ml	Injeksi Intravena	
Transfusi darah PRC (A) -221943391 -221190191	2 kantong	Injeksi Intravena		

### 3.2 Diagnosa Keperawatan

#### 3.2.1 Analisa data

Hasil pengkajian pasien didapatkan diagnose keperawatan, yaitu :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post operasi) dibuktikan dengan pasien terlihat gelisah, tampak meringis, post operasi total hip pada acetabulum, pasien mengatakan nyeri pada pinggul bawah kanan, P: Nyeri post operasi bertambah jika digerakkan, Q : Nyeri seperti cekot-cekot dan terbakar, R : Nyeri pada bagian pinggul bawah kanan S: Skala nyeri 8 T: terus menerus. Kesadaran pasien composmentis, GCS 456. Pasien terlihat belum mampu mengangkat dan menggeserkan kaki kanan

Rasional : Diagnosa ini ditegakkan karena adanya rasa nyeri setelah post operasi Total Hip Replacement , kondisi ini mengakibatkan inflamasi merangsang neurotransmitter kemudian merangsang hipotalamus untuk mengaktifkan reseptor nyeri dan menjadi persepsi nyeri timbul nyeri akut.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan kekuatan otot menurun, rentan gerak (ROM) menurun, dan gerakan terbatas. Reflek fisiologis : bisep, trisep, patella, tendon achilles baik dengan nilai 5,5,5,5. Reflek patologis : Babinski (-), Gordon (-), oppenheim (-), scheafer (-).

Rasional: Diagnosa ini ditegakkan karena adanya rasa nyeri yang memungkinkan terjadinya kelemahan otot yang berakibat aktifitas terganggu, bila hal ini terjadi terus menerus dapat mengakibatkan penurunan kekuatan otot.

3. Risiko Infeksi dibuktikan dengan faktor risiko ditandai dengan luka tertutup kassa, tidak ada rembesan cairan di kassa tertutup, akral hangat, suhu aksila

36.7<sup>0</sup>C, tidak ada demam, Rasional :Masalah ini diangkat karena pada luka operasi harus diwaspadai agar tidak infeksi, adanya luka yang diderita pasien yaitu luka post operasi didaerah pinggul bawah kanan, adanya kerusakan jaringan/kulit akibat luka post operasi, memiliki area rentang yang mudah dimasuki oleh kuman, maka memungkinkan terjadi infeksi

Tabel 3. 3 Analisa Data Pada Tn.R dengan diagnosis post operasi *total hip replacement* fraktur *acetabulum* hari ke-0 druang C1 RSPAL dr.Ramelan Surabaya.

<b>Data/Faktor Resiko</b>	<b>Etiologi</b>	<b>Masala/ Problem</b>
<p><b>DS:</b>            Pasien mengatakan nyeri pada pinggul kanan            P: Nyeri Post operasi bertambah jika bergerak            Q: Nyeri seperti cekot-cekot dan terbakar            R: Nyeri pinggul kanan            S: Skala nyeri 8 (1-10)            T: terus menerus            pasien mengatakan tidur sering terbangun tidak nyenyak</p> <p><b>DO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terlihat gelisah</li> <li>- Tampak meringis               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Post Operasi total hip replacement fraktur acetabulum dextra</li> <li>- nafsu makan terlihat kurang baik 3 x/hari ½ porsi, nafsu makan pasien menurun,TD : 110/80 mmHg</li> <li>N : 80 x/mnt</li> <li>Spo2: 98%</li> </ul> </li> </ul>	<p>Agen Pencedera Fisik            (Prosedur Operasi)</p>	<p>Nyeri Akut</p> <p>SDKI, 2017 D.0077 Hal 172</p> <p>Kategori : Psikologi Sub Kategori : Nyeri dan kenyamanan</p>

<p><b>DS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan setelah operasi aktivitas dibantu kakaknya</li> <li>- Pasien mngatakan tidak dapat berjalan akibat nyeri yang dirasakan</li> </ul> <p><b>DO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat keterbatasan dalam menggerakkan ekstremitas bawah</li> <li>- Pasien memimiliki kelemahan dalam menggerakkan ekstremitas bawah</li> <li>- Hasil pemeriksaan kekuatan otot</li> </ul> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="padding: 2px;">5555</td> <td style="padding: 2px;">5555</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">4422</td> <td style="padding: 2px;">5555</td> </tr> </table>	5555	5555	4422	5555	<p>Penurunan Kekuatan Otot</p>	<p>Gangguan Mobilitas Fisik</p> <p>SDKI, 2017 D.0054 Hal. 124</p> <p>Kategori : Fisiologis</p> <p>Sub Kategori : Aktivitas/Istirahat</p>
5555	5555					
4422	5555					
<p><b>DS: -</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> </ul> <p><b>DO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat jahitan luka post operasi tertutup kassa pada pinggul bawah , tidak terdapat rembesan pada luka-</li> <li>- Leukosit : 12,26</li> </ul>	<p>Kerusakan Integritas kulit</p>	<p>Risiko Infeksi</p> <p>SDKI, 2017 D.0142 Hal 304</p> <p>Ketgori : Lingkungan Sub Kategori : keamanan dan proteksi</p>				

### 3.2.2 Prioritas Masalah

Tabel 3. 4 Prioritas Masalah pada Tn.R dengan diagnosis post operasi total hip replacement close fraktur acetabulum hari ke-0 di CI RSPAL dr.Ramelan Surabaya.

No.	Prioritas Masalah
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) SDKI, 2017 D.0077 Hal. 172
2	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot SDKI, 2017 D.0054 Hal. 124
3	Risiko Infeksi SDKI, 2017, D.0142 Hal. 304

### 3.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 3. 5 Intervensi Keperawatan Pada Tn.R dengan diagnosis post operasi *total hip replacement* fraktur *acetabulum* hari ke-0 ruang C1 RSPAL dr.Ramelan Surabaya.

No.	Masalah Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post operasi) SDKI, 2017 D.0077 Hal. 172	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat nyeri menurun	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun,</li> <li>2. Meringis menurun,</li> <li>3. Gelisah menurun,</li> <li>4. Kesulitan tidur menurun,</li> <li>5. Frekuensi nadi membaik (normalnya 60-100 x/mnt)</li> </ol> SLKI, 2018 L.08066 Hal. 145	Manajemen nyeri: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.</li> <li>2. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>4. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>5. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>6. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>Kolaborasi:</li> <li>7. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ol>	Mengetahui tingkat nyeri pasien <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui kualitas nyeri</li> <li>2. Mengetahui respon pasien</li> <li>3. Mengetahui faktor yang menambah nyeri</li> <li>4. Istirahat dapat menurunkan perasaan nyeri</li> <li>5. Memberikan pemahaman pasien terkait strategi pereda nyeri</li> <li>6. Teknik non farmakologi menetralkan rasa nyeri pasien</li> <li>7. Pemberian analgesik dapat mengurangi rasa nyeri pada pasien</li> </ol>

2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot SDKI, 2017 D.0054 Hal. 124	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka mobilitas fisik meningkat	1. Pergerakan aktivitas meningkat, 3. Kekuatan otot meningkat Nyeri menurun, 4. Kelainan fisik menurun.  SIKI, 2018, L. 05042 Hal. 65,	Dukungan mobilisasi: 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik 2. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 3. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu 4. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 5. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi  SIKI, 2018, I.05173 Hal. 30	1. Mengetahui keluhan pasien 2. Mengetahui perkembangan kondisi pasien 3. Mempermudah pasien dalam adaptasi mobilisasi 4. Diharapkan keluarga mampu membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 5. Menambah informasi terkait mobilisasi dini
3.	Risiko Infeksi  SDKI, 2017, D.0142 Hal. 304	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat infeksi menurun	1. Nyeri menurun, 2. Kemerahan menurun, 3. Bengkak menurun, 4. Demam menurun  SLKI, 2018, L.14137 Hal. 139	Pencegahan Infeksi : 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik: 2. Berikan perawatan kulit pada area edema 3. Mengajarkan cuci tangan benar 4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi 5. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi 6. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi	1. Mengetahui adanya infeksi 2. Mencegah adanya edema 3. Agar selalu mempertahankan tubuh dalam keadaan bersih 4. Teknik aseptik membantu mempercepat penyembuhan luka 5. Menambah informasi terkait penyakit yang diderita pasien Untuk mengurangi resiko infeksi 5. Asupan nutrisi untuk menambah energi dan mempercepat penyembuhan luka

### 3.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3. 6 Implementasi Keperawatan Pada Tn.R dengan diagnosis post operasi *total hip replacement* fraktur *acetabulum* hari ke-0 diruang C1 RSPAL dr.Ramelan Surabaya.

No DX	Hari/ tanggal Jam	Implementasi	Paraf	Hari/ tanggal jam	No DX	Evaluasi	Paraf
1,	30/11/22 15.00	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas nyeri <b>h/ P:</b> Nyeri Post operasi bertambah jika bergerak <b>Q:</b> Nyeri ceko-ceko terbakar <b>R:</b> Nyeri pinggul kanan <b>S:</b> Skala nyeri 7 (1-10) <b>T:</b> nyeri terasa terus menerus - Mengidentifikasi respon nyeri non verbal <b>h/</b> Pasien tampak meringis dan gelisah	Olv	30/11/2022 21.30	1	<b>Dx 1: Nyeri Akut</b> <b>S:</b> Pasien mengatakan nyeri pada pinggul kanan <b>P:</b> Nyeri Post operasi bertambah jika bergerak masih ada tetapi menurun <b>Q:</b> Nyeri seperti cekot-cekot dan terbakar masih ada <b>R:</b> Nyeri pada pinggul kanan <b>S:</b> Skala nyeri menurun 7 (1-10) <b>T:</b> nyeri masih terasa terus menerus <b>O:</b> - Pasien terlihat gelisah - Tampak meringis - Post Operasi Fraktur tertutup pada acetabulum TD : 120/80 mmHg N : 80 x/mnt S : 36.5°C	Olv
1		Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <b>h/ luka operasi</b>	Olv				
3	15.30	- Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	Olv				
2		- Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi - Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <b>h/</b> Kondisi luka	Olv				



3	15.40	tertutup dengan kassa dan tidak ada rembesan atau pus yang keluar	Olv			RR: 20x/mnt	
3		- Memonitor tanda dan gejala infeksi	Olv			<b>A:</b> Masalah teratasi Sebagian	
	16.00	<b>h/</b> Tidak ada nya tanda-tanda infeksi	Olv			<b>P:</b> Lanjutkan Intervensi	
3		- Mempertahan Teknik aseptik pada pasien yang beresiko	Olv			1,2,4, dan 5,6,7	
		terkena infeksi	Olv			<b>Dx 2: Gangguan Mobilitas Fisik</b>	
3	16.30	- Mengajarkan cara cuci tangan dengan benar <b>h/</b> Pasien mampu menirukan Gerakan cara memcuci tangan dengan benar	Olv			<b>S:</b>	
		- Mengajarkan cara cuci tangan dengan benar <b>h/</b> Pasien mampu menirukan Gerakan cara memcuci tangan dengan benar	Olv			- Pasien mengatakan setelah operasi aktivitas masih dibantu kakaknya	Olv
3	17.30	- Mengajukan meningkatkan asupan nutrisi <b>h/</b> Pasien makan habis ½ porsi	Olv			- Pasien mngatakan tidak dapat berjalan akibat nyeri yang dirasakan menurun	
	17.45	- memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	Olv			<b>O:</b> Terdapat keterbatasan dalam menggerakkan ekstremitas bawah menurun sedikit, bertahap	
3		- Melibatkan keluarga dalam membantu pasien untuk meningkatkan pergerakan	Olv	2		- Pasien memiliki kelemahan dalam menggerakkan ekstremitas bawah masih ada	
	18.00	- Memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu	Olv			- Hasil pemeriksaan kekuatan otot	
2	18.20	- Melakukan pemberian obat analgesic dan antimetik <b>h/</b> Inj. Peinlos 100 mg/iv	Olv			5555   5555	
1		Inj. Ranitidin 50 mg/iv	Olv			4422   5555	
2	18.30	- Memberikan obat antibiotic <b>h/</b> Inj. Cefocolin 1 gr/iv	Olv				
1	19.00		Olv			<b>A:</b> Masalah teratasi Sebagian <b>P:</b> Lanjutkan intervensi 1,2,3,4, dan 5	
	19.15		Olv				

1	19.45	- Menjelaskan strategi meredakan nyeri h/ pasien memahami meredakan nyeri dengan relaksasi nafas dalam, dengan musik, juga mampu meredakan nyeri.	Olv			
2	20.00	Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi	Olv			
1	20.15	- Mengajarkan Teknik non farmakologis dengan relaksasi nafas dalam h/ Pasien mampu menirukan nafas dalam dengan baik	Olv		3	
1	20.30	- Memberikan perawatan kulit pada area edema - Memfasilitasi istirahat dan tidur dengan tenang dan nyaman	Olv			olv

**Dx 3 Risiko Infeksi****S:-****O:** Leukosit : 12,26 Neutrofil : 9.09

Terdapat luka post operasi tertutup kassa pada pinggul kanan

- Kondisi terlihat luka kering

,Panjang luka 12 cm

**A:** Masalah teratasi sebagian**P:** Lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5 dan 6

No DX	Hari/ tanggal Jam	Implementasi	Paraf	Hari/ tanggal jam	No DX	Evaluasi	Paraf
1,	01/12/22 08.00	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas nyeri <b>h/</b> P: Nyeri Post operasi bertambah jika bergerak Q: Nyeri ceko-ceko terbakar R: Nyeri pinggul kanan S: Skala nyeri 6 (1-10) T: nyeri terasa terus menerus - Mengidentifikasi respon nyeri non verbal <b>h/</b> Pasien tampak meringis dan gelisah	Olv	01/12/2022 14.30	1	<b>Dx 1: Nyeri Akut</b> <b>S:</b> Pasien mengatakan nyeri pada pinggul kanan <b>P:</b> Nyeri Post operasi bertambah jika bergerak menurun <b>Q:</b> Nyeri seperti cekot-cekot dan terbakar menurun <b>R:</b> Nyeri pada pinggul kanan <b>S:</b> Skala nyeri 6 (1-10) <b>T:</b> nyeri masih terasa terus menerus menurun sedikit <b>O:</b> - Pasien terlihat gelisah - Tampak meringis - Post Operasi Fraktur tertutup pada acetabulum TD : 110/80 mmHg	Olv
1			Olv				
3			Olv				
2		- Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	Olv				
3	08.30	- Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <b>h/</b> Kondisi luka tertutup dengan kassa dan tida ada rembesan atau pus yang keluar	Olv				
3			Olv				
3		- Memonitor tanda dan gejala infeksi <b>h/</b> Tidak ada nya tanda-tanda infeksi	Olv				

3	08.40	- Mempertahan Teknik aseptik pada pasien yang beresiko terkena infeksi	Olv			N : 91 x/mnt S : 36.2°C RR: 18x/mnt <b>A:</b> Masalah teratasi Sebagian <b>P:</b> Lanjutkan Intervensi 1,2,4, dan 5,6,7	<b>Olv</b>
3	09.00	- Mengajarkan cara cuci tangan dengan benar <b>h/</b> Pasien mampu menirukan Gerakan cara memcuci tangan dengan benar	Olv				
3	09.30	- Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi <b>h/</b> Pasien makan habis ½ porsi	Olv				
		- memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	Olv				
2	10.30	- Melibatkan keluarga dalam membantu pasien untuk meningkatkan pergerakan	Olv		2		
1	10.45	- Memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu	Olv				
2	11.00	- Melakukan pemberian obat analgesic dan antimetik <b>h/</b> Inj. Peinlos 100 mg/iv Inj. Ranitidin 50 mg/iv	Olv				
1	11.20	- Memberikan obat antibiotic <b>h/</b> Inj. Cefocolin 1 gr/iv	Olv				
1	11.30	- Menjelaskan strategi meredakan nyeri <b>h/</b> pasien memahami meredakan nyeri	Olv				
						- Pasien mengatakan setelah operasi aktivitas masih dibantu kakaknya - Pasien mngatakan tidak dapat berjalan akibat nyeri yang dirasakan menurun pasien mengatakan mencoba miring kiri sedikit-sedikit <b>O:</b> Terdapat keterbatasan dalam menggerakan ekstremitas bawah menurun - Pasien memiliki kelemahan dalam menggerkan ekstremitas bawah masih ada - Hasil pemeriksaan	

	12.00 12.15	dengan relaksasi nafas dalam, dengan musik, juga mampu meredakan nyeri.	Olv Olv			kekuatan otot 5555 5555 5533 5555	
2 1	12.45	Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi - Mengajarkan Teknik non farmakologis dengan relaksasi nafas dalam h/ Pasien mampu menirukan nafas dalam dengan baik	Olv			<b>A:</b> Masalah teratasi Sebagian <b>P:</b> Lanjutkan intervensi 1,2,3,4,dan 5	Olv
3	13.00	- Memberikan perawatan kulit pada area edema	Olv		3	<b>Dx 3 Risiko Infeksi</b> - <b>S:-</b> - <b>O:</b> Leukosit : 12,26 Neutrofil : 9.09 - Terdapat luka post operasi tertutup kassa pada pinggul kanan tidak ada rembesan pada kasa - Kondisi terlihat luka kering tidak ada rembesan - Panjang luka 12 cm	
1	13.30	- Memfasilitasi istirahat dan tidur dengan tenang dan nyaman	Olv			<b>A:</b> Masalah teratasi sebagian <b>P:</b> Lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5 dan 6	

No DX	Hari/ tanggal Jam	Implementasi	Paraf	Hari/ tanggal jam	No DX	Evaluasi	Paraf
1,	02/12/22 08.00	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas nyeri <b>h/</b> P: Nyeri Post operasi bertambah jika bergerak Q: Nyeri cekot-cekot terbakar R: Nyeri pinggul kanan S: Skala nyeri 5 (1-10) T: nyeri terasa terus menerus	Olv	02/12/2022 14.30	1	<b>Dx 1: Nyeri Akut</b> <b>S:</b> Pasien mengatakan nyeri pada pinggul kanan <b>P:</b> Nyeri Post operasi bertambah jika bergerak menurun mulai membaik <b>Q:</b> Nyeri seperti cekot-cekot dan terbakar menurun <b>R:</b> Nyeri pada pinggul kanan <b>S:</b> Skala nyeri 5 (1-10) <b>T:</b> nyeri sudah terasa hilang timbul dengan frekuensi 4-5 detik	Olv
1		- Mengidentifikasi respon nyeri non verbal <b>h/</b> Pasien tampak meringis dan gelisah	Olv			<b>O:</b>	
3			Olv			- Pasien terlihat gelisah menurun	
2		- Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	Olv			- Tampak meringis menurun	
3	08.30	- Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	Olv			- Post Operasi Fraktur tertutup pada acetabulum	
3		- Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <b>h/</b> Kondisi luka tertutup dengan kassa dan tidak ada rembesan atau pus yang keluar	Olv				
3			Olv				

3	08.40	- Memonitor tanda dan gejala infeksi <b>h/</b> Tidak ada nya tanda-tanda infeksi	Olv Olv			TD : 120/90 mmHg N : 87 x/mnt S : 36.7°C RR: 20x/mnt	
3	09.00	- Mempertahan Teknik aseptik pada pasien yang beresiko terkena infeksi	Olv			<b>A:</b> Masalah teratasi Sebagian <b>P:</b> Lanjutkan Intervensi 1,2,4, dan 5,6,7 dengan mandiri	
3	09.30	- Mengajarkan cara cuci tangan dengan benar <b>h/</b> Pasien mampu menirukan Gerakan cara memcuci tangan dengan benar - Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi <b>h/</b> Pasien makan habis ½ porsi	Olv Olv Olv			<b>Dx 2: Gangguan Mobilitas Fisik S:</b> - Pasien mengatakan setelah operasi aktivitas masih dibantu kakaknya sebagian	Olv
2	10.30	- memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	Olv		2	- pasien mengatakan mencoba miring kiri sedikit-sedikit dan mencoba makan dengan semifowler	
1	10.45	hasil: fisioterapi	Olv			<b>O:</b> Terdapat keterbatasan dalam menggerakan ekstremitas bawah menurun	
2	11.00	- Melibatkan keluarga dalam membantu pasien untuk meningkatkan pergerakan	Olv			- Pasien memiliki kelemahan dalam menggerakan ekstremitas bawah menurun	
1	11.20	- Memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu	Olv			- Hasil pemeriksaan kekuatan otot	
1	11.30	- Melakukan pemberian obat analgesic dan antimetik <b>h/</b> Inj. Peinlos 100 mg/iv Inj. Ranitidin 50 mg/iv	Olv				
1							

		- Memberikan obat antibiotic <b>h/</b> Inj. Cefocolin 1 gr/iv	Olv			5555   55555 5544   5555	
2	12.00						
	12.15	- Menjelaskan strategi meredakan nyeri <b>h/</b> pasien memahami meredakan nyeri dengan relaksasi nafas dalam, dengan musik, juga mampu meredakan nyeri.	Olv			<b>A:</b> Masalah teratasi Sebagian <b>P:</b> Lanjutkan intervensi 1,2,3,4,dan 5 dengan mandiri dan dipantau	
1	12.45	Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi	Olv			<b>Dx 3 Risiko Infeksi</b> <b>S:-</b>	<b>Olv</b>
		- Mengajarkan Teknik non farmakologis dengan relaksasi nafas dalam <b>h/</b> Pasien mampu menirukan nafas dalam dengan baik	Olv		3	<b>O:</b> Leukosit 10.95 Neutrofil : 8.10	
3	13.15					- Terdapat luka post operasi tertutup kassa pada pinggul kanan tidak ada rembesan pada kasa - Kondisi terlihat luka kering tidak ada rembesan	
1	13.30	- Memberikan perawatan kulit pada area edema  - Memfasilitasi istirahat dan tidur dengan tenang dan nyaman	Olv  Olv			- Panjang luka 12 cm <b>A:</b> Masalah teratasi <b>P:</b> Lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5 dan 6 dengan mandiri hingga luka sembuh	



Tabel 3. 7 Evaluasi Sumatif Pada Tn.R dengan diagnosis post operasi *total hip replacement* fraktur *acetabulum* hari ke-0 druang C1 RSPAL dr.Ramelan Surabaya.

Tgl	Diagnosa	Evaluasi sumatif
1	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post operasi)            SDKI, 2017 D.0077 Hal. 172</p>	<p><b>S:</b> Pasien mengatakan nyeri pada pinggul kanan  <b>P:</b> Nyeri Post operasi bertambah jika bergerak menurun mulai membaik  <b>Q:</b> Nyeri seperti cekot-cekot dan terbakar menurun  <b>R:</b> Nyeri pada pinggul kanan  <b>S:</b> Skala nyeri 5            (1-10)  <b>T:</b> nyeri sudah terasa hilang timbul dengan frekuensi 4-5 detik  <b>O:</b>            - Pasien terlihat gelisah menurun            - Tampak meringis menurun            - Post Operasi Fraktur tertutup pada acetabulum            TD : 120/90 mmHg            N : 87 x/mnt S : 36.7°C            RR: 20x/mnt  <b>A:</b> Masalah teratasi Sebagian  <b>P:</b> Lanjutkan Intervensi            1,2,4, dan 5,6,7 dengan mandiri</p>

2	Gangguan mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot SDKI, 2017 D.0054 Hal. 124	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan setelah operasi aktivitas masih dibantu kakaknya sebagian</li> <li>- pasien mengatakan mencoba miring kiri sedikit-sedikit dan mencoba makan dengan semifowler</li> </ul> <p><b>O:</b> Terdapat keterbatasan dalam menggerakkan ekstremitas bawah menurun</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien memiliki kelemahan dalam menggerakkan ekstremitas bawah menurun</li> </ul> <p>- Hasil pemeriksaan kekuatan otot</p> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5555</td> <td style="padding: 0 5px;">55555</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5544</td> <td style="padding: 0 5px;">5555</td> </tr> </table> <p><b>A:</b> Masalah teratasi Sebagian</p> <p><b>P:</b> Lanjutkan intervensi 1,2,3,4,dan 5 dengan mandiri dan dipantau</p>	5555	55555	5544	5555
5555	55555					
5544	5555					
3	Risiko Infeksi  SDKI, 2017, D.0142 Hal. 304	<p>Faktor resiko : efek prosedur invasif</p> <p><b>S:-</b></p> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat luka post operasi tertutup kassa pada pinggul kanan tidak ada rembesan pada kasa</li> <li>- Kondisi terlihat luka kering tidak ada rembesan</li> <li>- Panjang luka 12 cm</li> <li>- Leukosit 10.95 , Neutrofil : 8.10, neutrofil : 73.90 %,,</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah teratasi</p> <p><b>P:</b> Lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5 dan 6 dengan mandiri hingga luka sembuh</p>				

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antar tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada Tn.R dengan diagnosis medis Post Operasi Total Hip Replacement acetabulum dextra hari ke-0 di ruang C1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya serta menyertakan literatur untuk memperkuat alasan tersebut. Adapun pembahasan berupa pustaka data yang diperoleh dari pelaksanaan asuhan keperawatan dan opini yang meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, penatalaksanaan, dan evaluasi.

#### **4.1 Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap pertama dalam proses keperawatan, dimana pada tahap ini perawat melakukan pengkajian data yang diperoleh dari hasil wawancara perawat dan catatan keperawatan atau catatan kesehatan lainnya dan pemeriksaan fisik (Irdianty & Sensusiana, 2022).

Pada kasus yang didapat ditemukan kondisi Tn. R (Klien) Klien berusia 32 tahun berjenis kelamin laki-laki dengan post operasi hip replacement fraktur acetabulum dextra. Pada teori yang dikemukakan oleh (Ramadhani et al., 2019) usia yang rentan mengalami musibah cedera kecelakaan merupakan usia yang produktif muda 15-59 tahun, pada usia lanjut diatas 60 tahun fraktur seringkali terjadi akibat dari menurunnya massa tulang. Pasien mengeluhkan nyeri pada pinggul kanan dan masih belum bisa digerakkan dan terasa nyeri jika digerakkan. Pasien mengatakan setelah operasi aktivitas dibantu kakaknya, pasien mengatakan tidak dapat berjalan akibat nyeri yang dirasakan ,pasien terlihat terpasang drain (200ml) dengan cairan merah segar, kateter (500ml), dan infus (NS). Dilakukan

observasi TTV didapatkan hasil TD: 110/80 mm/Hg , S:36,7 C, Spo2: 98% , N: 91 x/mnt , RR: 20 x/mnt. Pasien mengeluhkan nyeri sejalan dengan penelitian (Riska, 2022) bahwa fraktur merupakan ancaman potensial maupun actual terhadap integritad seseorang, sehingga dapat mengalami gangguan fisiologi maupun psikologi yang dapat menimbulkan respon terhadap nyeri. Nyeri terjadi luka yang disebabkan oleh patah tulang yang melukai jaringan sehat.

Pasien mengatakan tidak mempunyai Riwayat penyakit Hipertensi, diabetes melitus, asma maupun TBC.Tidak ada anggota keluarga yang mempunyai riwayat penyakit seperti yang diderita pasien seperti Hipertensi, Diabetes Mellitus maupun TBC, pasien tidak mempunyai Riwayat alergi pada obat-obatan ataupun makanan.

#### **4.1.1 Pola Fungsi Kesehatan**

##### **1. Pola Aktivitas dan Latihan**

Pengkajian pada kasus didapatkan kemampuan pasien dalam melakukan perawatan diri dibantu oleh keluarganya seperti, mandi, berpakaian, *Toileting/eliminasi* menggunakan pispot, *px bedrest*, berpindah dan jalan dibantu. *Personal Hygiene* dibantu oleh keluarga dan saat di RS pasien diseka.

##### **2. Pola istirahat dan Tidur**

Pasien baru MRS 08.00 WIB tanggal 27 November 2022, tidur siang mulai pukul 12.00-14.00 WIB dan tidur malam pukul 21.00- 04.00 WIB, pasien mengatakan tidur sering terbangun tidak nyenyak.

Menurut (Permatasari & Sari, 2020) bahwa pengkajian dilaksanakan pada lamanya tidur, suasana lingkungan, kebiasaan tidur, dan kesulitan tidur pasien

fraktur mengalami gangguan pola tidur dikarenakan sensasi rasa nyeri yang dirasakan terus menerus mengakibatkan kualitas tidur pasien tidak baik

#### **4.1.2 Pemeriksaan Persistem**

Keadaan umum pasien lemah GCS 4-5-6 dengan kesadaran composmentis, dimana mata pasien terbuka secara spontan. Vital Sign : TD : 110/80 mmHg, N :91 x/mnt, S : 36.7 °C, RR : 20 x/mnt, SpO2 : 98%.

1. B1 (Breathing) : Pasien mengatakan tidak sesak, irama nafas regular dengan kualitas 20 x/menit, otot bantu nafas (sterno kleido mastoideus) tidak ada, cuping hidung tidakada, septum hidung tepat di tengah, bentuk dada normochest, pergerakan dada simetris, tidak ada krepitasi, suara dada sonor, suara napas vesikuler, tidak ada suara napas tambahan.
2. B2 (Blood) : Konjungtiva ananemis, mata tidak cowong, tidak ada pembesaran vena jugularis, pergerakan ictus cordis terlihat, akral tangan dan kaki terlihat merah teraba hangat. CRT  $\leq$  2 detik, akral teraba sedikit dingin dan kering, ictus cordis tidak teraba, nadi teraba kuat 91 x/menit, sklera normal, kekuatan ictus cordis kuat, irama jantung regular, bunyi jantung S1 S2 tunggal, terpasang infus Ns pada tangan sebelah kiri.
3. B3 (Brain) : Keadaan umum baik, kesadaran composmetis dengan GCS E4V5M6, N1 penciuman baik, N2 pasien mengatakan tidak memiliki rabun jauh, N3 N4 N6 pasien mampu menggerakkan mata kesegala arah, lapang pandang normal, N7 pasien mampu mengerutkan dahi, N8 pendengaran baik, N9 N10 pasien mampu menelan, N11 pasien mampu mengangkat bahu, N12 pasien mampu menggerakkan lidah.
4. B4 (Bladder) : Pasien mengatakan BAK  $\pm$ 5 x/hari sebelum MRS, tidak ada nyeri tekan, pasien terpasang kateter (500cc), suara kandung kemih pekak.

5. B5 (Bowel) : Pasien mengatakan tidak mual muntah, nafsu makan kurang baik 3 x/hari ½ porsi, nafsu makan pasien menurun, kebiasaan defekasi 1x/hari dan feses lembek. pasien tidak terpasang NGT, ada reflek menelan, mukosa bibir kering. Terdengar peristaltic usus 15 x/mnt. tidak ada nyeri tekan pada abdomen, tidak teraba pembesaran hati dan limfa.

6. B6 (Bone & Integumen) Pasien mengatakan kemampuan pergerakan pinggul kanan bawah terbatas, aktifitas dibantu oleh keluarga klien mengalami masalah pada musculoskeletal kekuatan otot tidak maksimal. Pada ektremitas bawah mengalami keterbatasan anggota gerak. Terdapat luka post operasi pada pinggul kanan, terlihat tidak ada rembesan pada kasa, terpasang drain (200ml), pasien mengatakan nyeri pada luka operasi digerakkan semakin nyeri, pasien mengatakan nyeri terasa cekot-ceot dan terbakar, pasien mengatakan dari rentang 1-10 adalah skala 8, pasien mengatakan nyeri terasa terus menerus. pasien terlihat belum mampu menggeserkan kakinya. kekuatan otot pasien

5555	5555
4422	5555

#### 4.1.3 Pemeriksaan Penunjang

Pada tinjauan kasus hasil pemeriksaan darah lengkap didapatkan hasil Leukosit H **12,26**  $10^3/\mu\text{L}$ , Hemoglobin L 8.80 gr/dl, Hematokrit L **26.20** %, Eritrosit  $3.09 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ , Trombosit  $340.00 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ , GDA 88 mg/dl. Pada pemeriksaan darah yang abnormal dapat memicu terjadinya proses infeksi pada pasien dengan dilakukan tindakan prosedur invansif. Pemeriksaan radiologi Hasil foto rontgen tanggal 27 November 2022 Pukul 12.00 WIB terjadi Hasil Fraktur of acetabulum dextra, closed dislocation of hip dan pada tanggal 30 November

2022 Pukul 14.30 dengan hasil Post Fraktur tertutup acetabulum dextra terpasang plate dan serew pada os isoblum dextra (acetabulum posisi) baik.

Didapatkan hasil leukosit tinggi yang dapat disebabkan oleh terdapatnya luka operasi hari ke-0 merupakan fase inflamasi yang menyebabkan kadar leukosit meningkat dan basofi, limfosit, dan neutrofil mengumpul pada luka operasi memberi respon kekebalan harapan akan membunuh bakteri yang masuk dan memiliki resiko infeksi. Hal ini sejalan dengan (Fathoni & Sekar Siwi, 2022) bahwa luka operasi merupakan luka yang beresiko Infeksi. sel darah putih sebagai salah satu sistem imun tubuh akan meningkat jumlahnya untuk melawan infeksi.

#### **4.1.4 Pemberian Terapi**

Pada tinjauan kasus terapi farmakologis untuk Ny. N yakni mendapatkan terapi Infus Nacl 0,9 % Menambah cairan dalam tubuh, Injeksi Cefozolin 2x1 1 gr/iv Antibiotik antibiotik yang digunakan untuk menangani beragam penyakit yang disebabkan oleh infeksi bakteri, seperti infeksi saluran pernapasan, infeksi organ di dalam perut, meningitis, septikemia, infeksi saluran kemih, atau infeksi tulang dan sendi., Injeksi Peinlos 3x1 400 mg/iv Menurunkan nyeri hingga nyeri berat merupakan obat golongan antiinflamasi nonsteroid (NSAID) dan Injeksi Ranitidin 3x1 50 mg/iv Menurunkan sekresi asam lambung.

#### **4.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai respon individu, keluarga, atau masyarakat yang diperoleh melalui proses pengumpulan data terhadap masalah kesehatan yang aktual maupun potensial guna menjaga status kesehatan.

Diagnosis keperawatan yang seharusnya terjadi pada pasien dengan post operasi fraktur, yaitu :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post operasi) (D.0077)
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (D.0054)
3. Risiko Infeksi dibuktikan dengan faktor risiko (D.0142)
4. Gangguan Integritas kulit berhubungan dengan perubahan pigmentasi (D.0192)
5. Risiko Hipovolemia dibuktikan dengan Kehilangan cairan secara aktif (D.0034)
6. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan (D.0056)
7. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0080)
8. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan, faktor psikologi (mis:stress,keengganan untuk makan) (D.0019)

Dari 7 diagnosa yang muncul pada kasus Ny. N ada 3 diagnosa yaitu:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post operasi) (D.0077)

Dalam pengkajian pasien sesuai data mayor dan minor dari (SDKI, 2017) mengeluh nyeri, Tampak meringis, bersikap protektif, Gelisah, Frekuensi nadi meningkat, Sulit tidur, Tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, menarik diri. Menurut penulis kondisi yang dialami Tn.R mengalami mengatakan nyeri pasca operasi, tampak meringis dan gelisah post operasi total hip replacement close fraktur acetabulum dextra hari ke-0, pasien mengatakan nyeri pada pinggul kanan,



P: Nyeri post operasi bertambah jika digerakkan, Q : Nyeri terasa cekot-cekot dan terbakar, R : Nyeri pada bagian pinggul kaan S: Skala nyeri 8 T: nyeri terasa terus menerus. Kesadaran pasien composmentis, GCS 456. Pasien terlihat belum mampu mengangkat kaki kanan, hal ini sejalan dengan Hal ini sesuai dengan teori (Setiawan & Pristiano, 2021) bahwa post operasi fraktur tertutup biasanya disertai dengan perasaan nyeri, tulang rawan yang sehat dapat memfasilitasi pergerakan sehingga dapat bergerak secara mulus dengan koefisien gesekan antar tulang yang rendah. namun saat tulang rawan tersebut mengalami kerusakan yang dapat disebabkan oleh penyakit maupun cedera, jaringan disekitar persendian ini akan mengalami inflamasi yang memicu timbulnya nyeri. Seiring berjalannya waktu, tulang rawan akan mengalami degenerasi. Karena vaskularisasi tulang rawan sendiri sangat buruk sehingga akan menambah rasa nyeri tersebut

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (D.0054)

Dalam pengkajian pasien sesuai data dari (SDKI, 2017) didapatkan data sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, rentan gerak (ROM) menurun, Nyeri saat bergerak, sendi kaku, gerakan terbatas, fisik lemah. Menurut penulis kondisi yang dialami Tn.R mengalami kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, gerakan terbatas, pemenuhan aktivitas sehari-hari dibantu oleh kakaknya, hal ini sejalan dengan pendapat (Fitamania, 2022) bahwa Fraktur ekstremitas bawah sering terjadi terkait dengan mordibitas yang cukup besar dan perawatan panjang dirumah sakit. Orang dengan cedera ekstremitas bawah dapat mengalami kesulitan, jika berdiri lama atau berjalan, berjongkok, mengangkat benda berat atau bekerja yang melibatkan menahan beban. Pasien dengan kondisi gangguan mobilitas fisik sering membutuhkan perawatan yang lebih lama. Fraktur

ekstremitas bawah diantaranya fraktur femur, tibia, dan fibula sehingga pasien tidak dapat beraktifitas seperti biasanya karena immobilisasi.

3. Risiko Infeksi dibuktikan dengan faktor risiko (D.0142)

Dalam pengkajian pasien sesuai data dari (SDKI, 2017) didapatkan data faktor risiko penyakit kronis, efek prosedur invansif, malnutrisi, peningkatan paparan organisme patogen lingkungan. Menurut penulis kondisi yang dialami Tn.R mengalami efek prosedur invansif dengan luka tertutup kassa, tidak ada rembesan cairan di kassa tertutup, akral hangat, suhu aksila  $36.7^{\circ}\text{C}$ , tidak ada demam, hasil leukosit  $12.26 \cdot 10^3/\text{UL}$  (4.00-10.00). Penulis berasumsi bahwa Terjadinya peningkatan leukosit pada pemeriksaan darah lengkap yang tidak normal kasus ini merupakan kejadian yang normal pada pasien post operasi yang memiliki sayatan luka jika meningkat masih dibawa 15.00 hal ini juga dapat terjadi pada fraktur terbuka atau tertutup, kejadian ini dapat terjadi karena bahan lain dalam pembedahan seperti pin dan plat. Hal ini sejalan dengan (Indrawan & Hikmawati, 2021). Bahwa resiko infeksi berhubungan dengan luka post op. masalah ini harus selalu di monotoring selama beberapa hari karena luka post operasi terdapat sayatan luka yang rentan terjadi infeksi dan untuk menghindari terjadinya tanda tanda infeksi.

### **4.3 Intervensi Keperawatan**

Perencanaan keperawatan adalah suatu rangkaian kegiatan penentuan langkah-langkah pemecahan masalah dan prioritasnya, perumusan tujuan, rencana tindakan dan penilaian asuhan keperawatan pada klien berdasarkan analisis data dan diagnosa keperawatan (Nurmiati, 2022). Tujuan bisa ditetapkan dalam jangka panjang maupun pendek, harus jelas, dapat diukur, dan realitas. Setelah itu mendapat kriteria hasil yang menjadi acuan intervensi berhasil atau tidak. Waktu

perencanaan yang dibuat harus disesuaikan dengan pencapaian kriteria hasil.

Pasien dengan post operasi mengalami rasa nyeri dari sayatan luka operasi dan akan merasa sangat tidak nyaman dan terganggu, nyeri pencedera fisik menimbulkan keluhan tidak hanya fisik, namun juga gangguan dalam melakukan aktivitas sehari-hari pasien. Oleh karena itu, menjadi penting untuk mengidentifikasi manajemen nyeri pada pasien post operasi untuk meningkatkan kemampuan pasien dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari pasien (Tanoto, 2022). Pasien dengan post operasi juga memungkinkan terjadinya infeksi, pasien dengan post operasi mayoritas beresiko infeksi, pada luka sayatan memungkinkan bahwa rentan terhadap kuman dan harus tetap dijaga hingga luka sembuh. Terutama pada post operasi hari ke 0 dan sedang dirawat dirumahsakit merupakan suatu kewajiban tenaga kesehatan dalam menjaga kesterilan luka dan mencegah luka untuk tetap aman dan tidak timbul infeksi.

Pada kasus yang didapatkan pada diagnosa Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (mis luka operasi, Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: Keluhan nyeri menurun, Sikap meringis menurun. Intervensi Manajemen nyeri : Monitor lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi kualitas intensitas, skala nyeri, Monitor respon nyeri non verbal, Monitor faktor yang memperberat dan meringankan nyeri, Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, memberikan obat analgesic pada pasien post operasi.

Fraktur adalah terputusnya kontinuitas tulang yang terjadi ketika tekanan yang kuat diberikan pada tulang yang normal, penyebab dari fraktur di bagi atas trauma langsung dan trauma tidak langsung. Manajemen nyeri adalah suatu cara

yang di gunakan untuk mengurangi nyeri tanpa farmakologis tujuan dari manajemen nyeri adalah untuk menurunkan nyeri bila nyeri terjadi supaya nyeri tidak semakin parah. Fraktur yang terjadi dapat menimbulkan gejala yang umum yaitu nyeri, pembengkakan, dan kelainan bentuk tubuh. Nyeri merupakan perasaan tidak nyaman dan bersifat subyektif dimana hanya penderita yang dapat merasakannya, untuk itu perlu mencari pendekatan dalam upaya mengontrol nyeri. nyeri pasca operasi adalah gejala umum yang ditemukan pada pasien setelah operasi. jika manajemen nyeri tidak dilakukan maka nyeri akan bertambah dan stressor pasien meningkat (Tanoto, 2022). Karya ilmiah ini juga sejalan dengan (Rokhima & Sari, 2022) aka dari itu perlu dilakukan manajemen nyeri supaya nyeri yang dialami pasien dapat berkurang salah satunya dengan tehnik nonfarmokologi diantaranya kompres hangat, kompres dingin, distraksi, relaksasi, massase, pengaturan posisi yang nyaman . Manajemen nyeri membantu meredakan nyeri dengan memberikan intervensi pereda nyeri baik menggunakan pendekatan/manajemen farmakologis maupun nofarmakologis. Relaksasi nafas dalam sangat efektif dalam menurunkan nyeri pasca operasi.

Pada diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan kekuatan otot berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan kekuatan otot, Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil pergerakan aktivitas meningkat, kekuatan otot meningkat, nyeri menurun, kelainan fisik menurun. Dengan dilakukan rencana tindakan keperawatan yaitu berpedoman pada (SIKI, 2017) dukungan ambulasi dilakukan identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik ,Monitor kondisi umum selama

melakukan mobilisasi ,Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu ,Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan , Jelaskan, tujuan dan prosedur mobilisasi

Dukungan ambulasi (edukasi ambulasi dini): mengatur tempat tidur dan kepala tempat tidur setinggi pusat gravitasi perawat atau semifowler , mengunci semua roda tempat tidur dan naikkan pagar tempat tidur pada sisi yang jauh dari perawat, mengatur posisi pasien dengan menaikkan kepala tempat tidur secara perlahan pada posisi setengah duduk atau duduk sepenuhnya, Batasan karakteristik kesulitan mengubah posisi, keterbatasan rentang gerak sendi, melakukan aktivitas lain dengan dibantu orang lain, pergerakan lambat. Karya ilmiah ini sejalan dengan (Syokumawena et al., 2022) bahwa faktor berhubungannya yaitu kerusakan integritas tulang, adanya gangguan muskuloskeletal, kerusakan pada integritas struktur tulang, adanya program pembatasan gerak. ambulasi dini yang dilakukan akan memperlancar peredaran darah sekitar luka operasi sehingga sirkulasi nutrisi kearah luka terserap dengan baik dan proses penyembuhan luka cepat, mengganti-ganti posisi di tempat tidur, berjalan dan melakukan gerakan-gerakan yang dianjurkan dokter atau perawat akan memperbaiki sirkulasi sehingga terhindar dari resiko pembekuan darah karena pembekuan darah ini dapat memperlambat penyembuhan luka

Pada diagnosa ketiga yaitu Risiko Infeksi dibuktikan dengan faktor risiko ditandai dengan luka tertutup kassa, tidak ada rembesan cairan di kassa tertutup. Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil nyeri menurun, kemerahan menurun, bengkak menurun, demam menurun. Dilakukan rencana keperawatan pencegahan infeksi

yaitu dengan Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik ,Berikan perawatan kulit pada area edema Mengajarkan cuci tangan benar ,Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi ,Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi ,Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.

Diagnosa resiko infeksi ditegakkan sesuai kondisi pasien dimana pasien memiliki luka terbuka, dimana luka terbuka merupakan bagian yang rentan terkena infeksi, kuman dapat dengan mudah masuk pada area luka jika tenaga kesehatan dan keluarga tidak menjaga kesterilan luka. Luka operasi dan pemasangan drain pada post operasi acetabulum juga memicu terjadinya resiko infeksi jika selama proses perawatan tenaga kesehatan lalai. Penelitian ini juga sejalan dengan (Putra Juniantara et al., 2021) menyatakan bahwa operasi di bidang orthopaedi memiliki beberapa risiko, salah satunya merupakan infeksi luka operasi bahkan dapat terjadi pada kasus fraktur Infeksi pada kasus orthopaedi perlu mendapatkan perhatian khusus keterkaitan dengan infeksi yang dapat menyebar sampai ketulang yang sulit disembuhkan atau bahkan dapat berkembang menjadi keganasan yang disebut Squamous cell Carcinoma (SCC)

#### **4.4 Implementasi Keperawatan**

Setelah rencana dibuat, selanjutnya dilakukan implementasi keperawatan, yang mengacu pada rencana tindakan yang telah dibuat. Perencanaan yang dibuat sesuai dengan SDKI, SLKI, SIKI sehingga kesenjangan perencanaan antara kasus dan teori disesuaikan dengan keluhan yang dirasakan pasien(Nurmiati, 2022).

Pada tanggal 30-11-2022 hari Rabu pukul 15.30 dilakukan tindakan keperawatan Mengkaji keadaan umum klien: Klien Mengatakan nyeri dibagian pinggul sebelah kanan pada saat digerakkan semakin nyeri, tidak bisa bergerak, semua aktivitas dibantu keluarga dan terdapat luka post operasi pada acetabulum

dextra hari ke-0 tertutup kasa tidak ada rembesan pada kasa dan luka sebesar 12cm.

Pada tanggal 5-10-2022 hari Selasa pukul 14.30 dilakukan tindakan keperawatan Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas nyeri dengan hasil P: Nyeri Post operasi bertambah jika bergerak Q: Nyeri ceko-ceko terbakar R: Nyeri pinggul kanan S: Skala nyeri 7 (1-10) T: nyeri terasa terus menerus Mengidentifikasi respon nyeri non verbal dengan hasil Pasien tampak meringis dan gelisah .Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri menunjukkan luka operasi .Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya .Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi .Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik h/ Kondisi luka tertutup dengan kasa dan tidak ada rembesan atau pus yang keluar .Memonitor tanda dan gejala infeksi menunjukkan Tidak ada nya tanda-tanda infeksi .Mempertahan Teknik aseptik pada pasien yang beresiko terkena infeksi .Mengajarkan cara cuci tangan dengan benar h/ Pasien mampu menirukan Gerakan cara memcuci tangan dengan benar .Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi menunjukkan Pasien makan habis ½ porsi .memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi .Melibatkan keluarga dalam membantu pasien untuk meningkatkan pergerakan .Memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu .Melakukan pemberian obat analgesic dan antimetik menunjukkan Inj. Peinlos 400 mg/iv .Inj. Ranitidin 50 mg/iv .Memberikan obat antibiotic menunjukkan Inj. Cefocolin 1 gr/iv Menjelaskan strategi meredakan nyeri menunjukkan pasien memahami meredakan nyeri dengan relaksasi nafas dalam, dengan musik, juga mampu meredakan nyeri..Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi.Mengajarkan Teknik non farmakologis dengan relaksasi nafas dalam hasil Pasien mampu menirukan nafas dalam dengan baik.

Memberikan perawatan kulit pada area edema . Memfasilitasi istirahat dan tidur dengan tenang dan nyaman. Dari tindakan yang telah dilakukan didapatkan hasil bahwa keluhan nyeri pada pinggul kanan menurun dengan skala 7 dan terasa cekot-cekot dan terbakar masih ada, nyeri masih terasa terus menerus , sehingga intervensi dilanjutkan dan dihentikan dengan intervensi Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri dikarenakan faktor tersebut sudah difahami pada implementasi hari ini. Data juga menunjukkan bahwa Pasien mengatakan setelah operasi aktivitas masih dibantu kakaknya , Pasien mngatakan tidak dapat berjalan akibat nyeri yang dirasakan menurun keterbatasan dalam menggerakan ekstremitas bawah menurun sedikit, bertahap, pasien masih memimiliki kelemahan dalam menggerakan ekstremitas bawah masih ada dengan kekuatan otot ekstremitas bawah kanan yaitu 4422, menunjukkan bahwa masalah teratasi sebagian dan semua intervensi dilanjutkan. Data selanjutnya menunjukkan bahwa masalah keperawatan resiko infeksi diharapkan tidak terjadi kejadian infeksi pada luka pasien dengan hasil luka post operasi tertutup kassa pada pinggul kanan dan kondisi terlihat luka kering dengan panjang luka 12 cm , dengan capaian masalah teratasi sebagian dan tervensi dilanjutkan. Data observasi menunjukkan TD : 120/80 mmHg ,N : 80 x/mnt S : 36.5°C ,RR: 20x/mnt Spo2 98 %.

Pada tangga;l 01-12-2022 hari Kamis pukul 08.00 dilakukan tindakan keperawatan Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas nyeri menunjukkan P: Nyeri Post operasi bertambah jika bergerak Q: Nyeri cekot-cekot terbakar menurun R: Nyeri pinggul kanan S: Skala nyeri 6 (1-10) T: nyeri terasa terus menerus Mengidentifikasi respon nyeri non verbal menunjukkan Pasien tampak meringis dan gelisah ..Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik



lainnya .Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi .Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik h/ Kondisi luka tertutup dengan kassa dan tidak ada rembesan atau pus yang keluar .Memonitor tanda dan gejala infeksi menunjukkan Tidak ada nya tanda-tanda infeksi .Mempertahankan Teknik aseptik pada pasien yang beresiko terkena infeksi .Mengajarkan cara cuci tangan dengan benar h/ Pasien mampu menirukan Gerakan cara memcuci tangan dengan benar .Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi menunjukkan Pasien makan habis ½ porsi .memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi .Melibatkan keluarga dalam membantu pasien untuk meningkatkan pergerakan .Memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu .Melakukan pemberian obat analgesic dan antimetik menunjukkan Inj. Peinlos 400 mg/iv .Inj. Ranitidin 50 mg/iv .Memberikan obat antibiotic berupa Inj. Cefocolin 1 gr/iv Menjelaskan strategi meredakan nyeri menunjukkan pasien memahami meredakan nyeri dengan relaxsasi nafas dalam, dengan musik, juga mampu meredakan nyeri..Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi.Mengajarkan Teknik non farmakologis dengan relaxsasi nafas dalam hasil Pasien mampu menirukan nafas dalam dengan baik. Memberikan perawatan kulit pada area edema . Memfasilitasi istirahat dan tidur dengan tenang dan nyaman. Dari tindakan yang telah dilakukan didapatkan hasil bahwa keluhan nyeri pada pinggul kanan menurun dengan skala 6 dan terasa cekot-cekot dan terbakar menurun, nyeri terasa terus menerus berkurang , sehingga intervensi dilanjutkan. Data juga menunjukkan bahwa Pasien mengatakan setelah operasi aktivitas masih dibantu kakaknya , Pasien mngatakan tidak dapat berjalan akibat nyeri yang dirasakan menurun keterbatasan dalam menggerakkan ekstremitas bawah menurun sedikit, bertahap, pasien masih memiliki kelemahan dalam

menggerakkan ekstremitas bawah masih ada, dengan kekuatan otot ekstremitas bawah kanan yaitu 4433, menunjukkan bahwa masalah teratasi sebagian dan semua intervensi dilanjutkan. Data selanjutnya menunjukkan bahwa masalah keperawatan resiko infeksi diharapkan tidak terjadi kejadian infeksi pada luka pasien dengan hasil luka post operasi tertutup kassa pada pinggul kanan dan kondisi terlihat luka kering dengan panjang luka 12 cm , dengan capaian masalah teratasi sebagian dan semua ntervensi dilanjutkan. Data observasi TD : 110/80 mmHg N : 91 x/mnt S : 36.2°C RR: 18x/mnt , Spo2 99%.

Pada tanggal 02-12-2022 hari Kamis pukul 08.00 dilakukan tindakan keperawatan Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas nyeri dengan hasil P: Nyeri Post operasi bertambah jika bergerak Q: Nyeri cekot-cekot terbakar menurun R: Nyeri pinggul kanan S: Skala nyeri 5 (1-10) T: nyeri terasa hilang timbul dalam waktu 3-5 detik. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal menunjukkan Pasien tampak meringis dan gelisah menurun .Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya .Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi .Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik menunjukkan Kondisi luka tertutup dengan kassa dan tida ada rembesan atau pus yang keluar .Memonitor tanda dan gejala infeksi menunjukkan Tidak ada nya tanda-tanda infeksi .Mempertahan teknik aseptik pada pasien yang beresiko terkena infeksi. Mengajarkan cara cuci tangan dengan benar menunjukkan Pasien mampu menirukan Gerakan cara memcuci tangan dengan benar .Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi menunjukkan Pasien makan habis ½ porsi .memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. Melibatkan keluarga dalam membantu pasien untuk meningkatkan pergerakan. Memfasilitasi aktivitas

ambulasi dengan alat bantu .Melakukan pemberian obat analgesic dan antimitik berupa Inj. Peinlos 400 mg/iv .Inj. Ranitidin 50 mg/iv .Memberikan obat antibiotic menunjukkan Inj. Cefocolin 1 gr/iv Menjelaskan strategi meredakan nyeri menunjukkan pasien memahami meredakan nyeri dengan relaxsasi nafas dalam, dengan musik, juga mampu meredakan nyeri..Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi.Mengajarkan Teknik non farmakologis dengan relaksasi nafas dalam hasil Pasien mampu menirukan nafas dalam dengan baik. Memberikan perawatan kulit pada area edema . Memfasilitasi istirahat dan tidur dengan tenang dan nyaman. Dari tindakan yang telah dilakukan diapatkan hasil bahwa keluhan nyeri pada pinggul kanan menurun dengan skala 5 dan terasa cekot-cekot dan terbakar menurun, nyeri masih terasa hilang timbul dnegan waktu 3-5 detik , sehingga intervensi dilanjutkan dengan mandiri dan dipantau. Data juga menunjukkan bahwa Pasien mengatakan setelah operasi aktivitas masih dibantu kakaknya , Pasien mngatakan tidak dapat berjalan akibat nyeri yang dirasakan menurun keterbatasan dalam menggerakan ekstremitas bawah menurun sedikit, bertahap, pasien masih memiliki kelemahan dalam menggerakan ekstremitas bawah masih ada, dengan kekuatan otot ekstremitas bawah kanan yaitu 5544, menunjukkan bahwa masalah teratasi sebagian dan semua intervensi dilanjutkan. Data selanjutnya menunjukkan bahwa masalah keperawatan resiko infeksi diharapkan tidak terjadi kejadian infeksi pada luka pasien dengan hasil luka post operasi tertutup kassa pada pinggul kanan dan kondisi terlihat luka kering dengan panjang luka 12 cm , dengan capaian masalah teratasi sebagian dan semua ntervensi dilanjutkan. Data observasi TD : 120/90 mmHg N : 87 x/mnt S : 36.7°C RR: 20x/mnt Spo2 : 99%.

Implementasi manajemen nyeri dengan Teknik non farmakologis relaksasi

nafas dalam hasil Pasien mampu menirukan nafas dalam dengan baik dan nyeri terasa berkurang ketika pasien relax hal ini menunjukkan bahwa merelaksasi otot, teknik ini berguna untuk memberikan penurunan skala nyeri. Teknik ini berguna untuk menekan nyeri di thalamus lalu ke kortek cerebri sebagai pusat nyeri. Saat melakukan teknik nafas dalam harus di suasana yang nyaman, tenang serta rileks agar tujuan dari teknik ini tercapai. Manajemen nyeri ini juga sejalan dengan peneliti (Utami et al., 2021) menyatakan bahwa Teknik relaksasi nafas dalam efektif dalam menurunkan nyeri dan dapat diterapkan sebagai tindakan nonfarmakologis untuk menurunkan nyeri pada pasien. Nafas dalam dapat dilakukan sebagai tindakan menurunkan nyeri pada saat nyeri timbul. Nafas lembut serta mengeluarkan dengan pelan.

Tindakan melibatkan keluarga dalam membantu pasien untuk meningkatkan pergerakan. Memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu pada pasien dengan kerusakan fisik yang terjadi salah satunya yaitu fraktur yang adalah terputusnya kontinuitas tulang baik karena trauma, tekanan maupun kelainan patologis. Tindakan pembedahan yang dapat dilakukan pada pasien fraktur menjadikan ketidak mampuan pasien dalam melakukan ADL. Keluarga merupakan support terbesar yang harus dilibatkan bahwa mampu memicu proses penyembuhan yang lebih cepat dan melatih secara bertahap dengan alat bantu berupa tongkat (*cane*) dapat mempermudah pasien dalam berpindah dan meningkatkan keseimbangan, mengurangi nyeri, mengurangi gaya menumpu beban pada struktur yang cedera, mengompensasi otot-otot yang lemah, untuk memindai lingkungan sekitar pada mereka yang memiliki gangguan penglihatan.. Tindakan ini sejalan dengan peneliti (Aprilian et al., 2022) mengungkapkan bahwa pasien dengan pasca

bedah fraktur diharuskan memiliki support yang sangat dengan dengan pasien salah satunya keluarga, diharapkan keluarga dapat mempercepat pemulihan pasien, dan dengan dukungan alat bantu yang mempermudah pasien melakukan mobilisasi mampu meningkatkan kemampuan mobilisasi pasien secara mandiri dan bertahap.

Implementasi pada pasien gangguan mobilitas fisik dengan melakukan mobilisasi diri juga sejalan dengan peneliti (Fitamania, 2022) bahwa terapi non medis dapat diterapkan sebagai teknik untuk mencegah gangguan mobilitas fisik setelah dilakukan post operasi fraktur yaitu dengan latihan range of motion (ROM). Latihan range of motion (ROM) yaitu latihan gerak sendi untuk meningkatkan aliran darah perifer dan mencegah kekakuan otot atau sendi, latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap untuk meningkatkan masa dan tonus otot sehingga dapat mencegah kelainan bentuk, kekakuan,

Tindakan mempertahankan teknik aseptik pada pasien yang beresiko terkena infeksi merupakan teknieknik atau prosedur yang harus dilakukan pada pasien post operasi teutama pada kasus post operasi total hip replacement acetabulum dextra dengan tujuan untuk mengurangi jumlah mikroorganisme disuatu obyek, serta menurunkan kemungkinan penyebaran dari mikroorganisme tersebut. Aseptik medis dikenal juga sebagai teknik bersih salah satunya seperti mencuci tangan. Tindakan pada karya ilmiah ini juga sejalan dengan peneliti (Purwanti & Susanti, 2022) menunjukkan bahwa untuk masalah resiko tinggi infeksi yaitu berikan health education tentang perawatan luka dan melakukan perawatan luka dengan mempertahankan teknik aseptik. Upaya ini dapat meminimalisir terjadinya infeksi. Teknik yang tepat dengan langkah awal mencuci tangan dapat menjadi awal mula yang baik dalam mencegah penyebaran mikroorganisme dalam tangan pasien, keluarga, ataupun tenaga kesehatan ketika melakukan tindakan keperawatan.

#### **4.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi adalah tujuan asuhan keperawatan yang menentukan apakah tujuan ini telah terlaksana, setelah menerapkan suatu rencana tindakan untuk meningkatkan kualitas keperawatan, perawat harus mengevaluasi keberhasilan rencana penilaian atau evaluasi diperoleh dari ungkapan secara subjektif oleh klien dan objektif didapatkan langsung dari hasil pengamatan(Nurmiati, 2022).

Evaluasi yang dilakukan pada Tn.R pada semua diagnosa keperawatan yang ada teratasi sebagian. Hal ini dibuktikan dengan evaluasi selama 3 hari yakni tanggal 30 november sampai 02 desember 2022 didapatkan bahwa masalah keperawatan yang dirasakan klien teratasi dan berkurang sebagian walaupun belum sepenuhnya teratasi.

## **BAB 5**

### **PENUTUP**

Setelah kami melakukan asuhan keperawatan pasien Tn.R dengan diagnosis post operasi total hip replacement close fraktur acetabulum dextra hari ke-0 di ruang C1 RSPAL dr Ramelan Surabaya., maka dapat ditarik kesimpulan sekaligus saran yang bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

#### **5.1 Kesimpulan**

Berdasarkan hasil yang telah didapat tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis post operasi total hip replacement close fraktur acetabulum dextra hari ke-0 maka kami mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian pasien Tn.R pada tanggal 30 November 2022 dengan diagnosis post operasi total hip replacement close fraktur acetabulum dextra hari ke-0 di ruang C1 RSPAL dr Ramelan Surabaya.pasien mengelum nyeri di area pinggul sakit terasa cekot-cekot dan terbakar. Saat di observasi, GCS 456, TD: 120/90 mmHg, N: 89 x/menit, S: 36,6 °C, RR: 20 x/ menit, SPO2 : 98 %, kesadaran composmentis, dengan keadaan umum baik.
2. Diagnosis Keperawatan yang muncul pada pasien Tn.R adalah Nyeri akut b.agen pencedera fisik post op hip/thr (SDKI. D.0077) Hal. 172, Gangguan mobilitas fisik berhubungan b.d nyeri (SDKI. D.0054) Hal. 124, Risiko infeksi b.d ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (SDKI. D.0142) Hal. 304.
3. Intervensi yang diberikan pada pasien dengan diagnosa medis post op hip/thr yaitu Nyeri akut b.d agen pencedera fisik post op HIP/THR dengan; Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, Pemberian analgesik (inj.

Peinlos). Pada diagnosis yang kedua yaitu Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri dengan: Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu armpit crutches, Fasilitasi melakukan pergerakan, Libatkan keluarga dalam membantu pasien untuk meningkatkan pergerakan, Anjurkan melakukan mobilisasi dini. Lalu pada diagnosa ketiga dilakukan monitor tanda dan gejala infeksi dan lokal dan sistemik, Jelaskan tanda dan gejala infeksi, Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi, Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi, Anjurkan meningkatkan asupan cairan.

4. Tindakan keperawatan yang dilakukan pada ketiga diagnosa keperawatan tersebut disesuaikan dengan rencana keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya, antara lain; Mengobservasi skala nyeri pasien **P**: Nyeri post op HIP/THR dibagian pinggul kanan, **Q**: Nyeri Seperti dcekot cekot dan terbakar , **R**: pada bagian kanan , **S**: Skala nyeri 8 **T**: terus menerus , Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam mengajarkan pasien mobilisasi mika-miki, Memonitor tanda dan gejala, luka tampak berwarna merah. melakukan perawatan luka.
5. Evaluasi pada pasien dengan diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien Tn.R adalah diagnosa Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (Post op). Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam Diharapkan nyeri pasien berkurang atau menghilangi. Diagnosa kedua Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri, Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam maka kemampuan dalam bergerak fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri meningkat. Diagnosis ketiga Risiko infeksi b.d ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunderr, Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam dapat mengurangi resiko infeksi.



6. Dokumentasikan tindakan keperawatan sesuai dengan tindakan dan hasil yang telah dilakukan pada Tn.R dengan diagnosis post operasi total hip replacement close fraktur acetabulum dextra hari ke-0 diruang C1 RSPAL dr.Ramelan Surabaya.

## **5.2 Saran**

1. Pasien Tn.R hendaknya patuh minum obat, rutin kontrol, menjaga asupan makanan yang mengandung tinggi protein, memperbanyak konsumsi air dan selalu menjaga kebersihan agar mempercepat penyembuhan dan mencegah infeksi.

2. Perawat ruang C1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, keterampilan serta bekerjasama dengan tim kesehatan lainnya dengan meningkatkan pelayanan dan memberikan asuhan keperawatan pada pasien terutama pada pasien fraktur.

3. RSPAL dr.Ramelan Surabaya dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang professional hendaknya selalu menjaga sterilisasi untuk mencegah infeksi sebagai salah satu dari upaya peningkatan mutu pelayanan keperawatan.

4. Penulis selanjutnya diharapkan diharapkan dapat menjadi referensi atau gambaran untuk melakukan penelitian selanjutnya yang berhubungan dengan post operasi total hip replacement close fraktur acetabulum.

## DAFTAR PUSTAKA

- Aditya, H. (2021). *ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. M DENGAN DIAGNOSIS MEDIS FRAKTUR COLLUM FEMUR DI RUANG OK SENTRAL RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA*. STIKES Hang Tuah Surabaya.
- Al-Muqsih. (2017). *Anatomi dan Biomekanika Sendi Panggul*. Unimal Press.
- Aprilian, Harmilah, & Mardalena, I. (2022). *NURSING CARE IN MRS. R WITH MULTIPLE FRACTURES IN CENDANA ROOM 1 RSUP DR. SARDJITO YOGYAKARTA*. 2–3.
- Bahrudin, M. (2018). Patofisiologi Nyeri (Pain). *Saintika Medika*, 13(1), 7. <https://doi.org/10.22219/sm.v13i1.5449>
- Baker, W. (1983). *Wong-Baker FACES® Pain Rating Scale*. WONG-BAKER FACES Foundation.
- Brunner & Suddarth. (2018). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah* (8th ed.). EGC.
- Damayanti, & Evi, P. (2021). *GAMBARAN PENGELOLAAN NYERI AKUT PADA PASIEN FRAKTUR FEMUR DI BRSU TABANAN TAHUN 2021*. Poltekkes Kemenkes Denpasar.
- Dewi, & Rohni. (2022). *Manajemen Nyeri Nonfarmakologi*. Urban Green Central Media.
- Drake, & Mitchell, A. W. M. (2015). Gray's Anatomy for Students. In *Elsevier*. (2nd ed.).
- Fathoni, F. I., & Sekar Siwi, A. (2022). Studi Kasus Asuhan Keperawatan pada Pasien Post Operasi Tiroidektomi atas Indikasi Kanker Tiroid. *Indogenius*, 1(2), 87–94. <https://doi.org/10.56359/igj.v1i2.63>
- Fatudin, indra. (2017). *UPAYA PENURUNAN NYERI PADA PASIEN POST OPERASI DENGAN FRAKTUR COLLUM FEMUR SINISTRA*. 1–14.
- Fitamania, J. (2022). *LITERATURE REVIEW EFEKTIFITAS LATIHAN RANGE OF MOTION ( ROM ) TERHADAP GANGGUAN MOBILITAS FISIK PADA PASIEN*. 159–168.
- Gabriella, C. (2022). *WOC Fraktur*. Scribd.
- Hermanto, R., Isro'in, L., & Nurhidayat, S. (2020). Studi Kasus : Upaya Penurunan Nyeri Pada Pasien Post Operasi Fraktur Femur. *Health Sciences Journal*, 4(1), 111. <https://doi.org/10.24269/hsj.v4i1.406>
- Hidayat, Respati, Edi, Tjuk, Panji, & Satria. (2022). *Buku Ajar Internal Fixation Pada Fraktur Peri dan Intraartikular Ekstremitas Inferior* (P. Sananta (ed.); 1st ed.). Tim MNC PUBLISHING. [https://books.google.co.id/books?hl=id&lr=&id=3OmCEAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA11&dq=fraktur+acetabulum+%27&ots=tQVhSAGmhF&sig=y63FjLW0EEIMFmlq7J-ljBDznZg&redir\\_esc=y#v=onepage&q=fraktur+acetabulum'&f=false](https://books.google.co.id/books?hl=id&lr=&id=3OmCEAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA11&dq=fraktur+acetabulum+%27&ots=tQVhSAGmhF&sig=y63FjLW0EEIMFmlq7J-ljBDznZg&redir_esc=y#v=onepage&q=fraktur+acetabulum'&f=false)
- Huda, & Nurarif. (2015). *aplikasi asuhan keperawatan berdasarkan diagnosa medis dan nanda nic noc* (3rd ed.). mediacion jogja.
- Indrawan, R. D., & Hikmawati, S. N. (2021). Asuhan Keperawatan Pada Ny.S dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal Post Op Orif Hari Ke-1 Akibat Fraktur Femur Sinistra 1/3 Proximal Compleate. *Cerdika: Jurnal Ilmiah Indonesia*, 1(10), 1345–1359. <https://doi.org/10.36418/cerdika.v1i10.204>
- Irdianty, M. S., & Sensusiana, T. (2022). Pengaruh Peer Education Terhadap Efikasi diri Pada Remaja dalam Penanganan Pre Menstrual Syndrome. *Jurnal*

- Kesehatan Kusuma Husada*, 13(2), 192–198.  
<https://doi.org/10.34035/jk.v13i2.852>
- Jitowiyono. (2016). *Asuhan Keperawatan Operatif*. Nuha Medika.
- Kemenkes, R. (2021). Standar Operasional Prosedur (SOP) Range of Motion (ROM). *Pedoman Gizi Olahraga Prestasi*, 5201590(021), 5201590.
- Kenneth, Zuckerman, Joseph, & Koval, J. (2015). *Handbook of fractures* (5th ed.). Walters Kluwer Health.
- Lailul, muna. (2018). *Fraktur Accetabulum*. STIKES Muhammadiyah Kendal.
- M. Noer, R., Agusthia, M., & Jaspirgon, J. (2020). Analysis of Factors Related To the Event of Osteoporosis in Women. *Jurnal Vokasi Keperawatan (JVK)*, 3(2), 153–164. <https://doi.org/10.33369/jvk.v3i2.13304>
- Martyarini. (2020). *Electronical Games Untuk Mengatasi Nyeri Perawatan Luka Pada Anak Post Operasi*. Uni Press.  
<https://books.google.co.id/books?id=VxAREAAAQBAJ&pg=PA15&dq=konsep+nyeri+post+operasi+fraktur&hl=jv&sa=X&ved=2ahUKEwimtYDMr8z8AhUVQXwKHVhSA7wQ6wF6BAgIEAE#v=onepage&q&f=false>
- Nur, S., Daulay, M., & Retno, A. (2022). Pengaruh Terapi Relaksasi Islami Terhadap Penurunan Tingkat Nyeri Pada Pasien Post Operasi Fraktur : *Literature Review*. 1(1), 175–183.
- Nurmiati. (2022). ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY. J DENGAN MASALAH DIABETES MELITUS TYPE I DI WILAYAH ADYAKSA IX KOTA MAKASSAR. In *karya ilmiah akhir* (Issue 8.5.2017). STIKES PANAKKUKANG MAKASSAR.
- Nursalam. (2014). *Manajemen keperawatan aplikasi dalam praktik keperawatan profesional* (4th ed.). Salemba Medika.
- Permatasari, C., & Sari, I. Y. (2020). TERAPI RELAKSASI BENSON UNTUK MENURUNKAN RASA NYERI PADA PASIEN FRAKTUR FEMUR SINISTRA : STUDI KASUS STIKES Bethesda Yakkum Yogyakarta , Daerah Istimewa Yogyakarta , Indonesia *Jurnal Keperawatan Merdeka ( JKM )*, Volume 2 Nomor 2 , November 2022 *Jurnal Kepe.* 2, 216–220.
- Perwiraputra, R. D., Priambodo, A., Julianti, H. P., & Arthroplasty, T. H. (2017). Hubungan Jenis Total Hip Arthroplasty Terhadap Derajat Fungsional Panggul Dan Kualitas Hidup Pada Pasien Fraktur Collum Femoris. *Diponegoro Medical Journal (Jurnal Kedokteran Diponegoro)*, 6(2), 1117.
- Prabowo, A. (2022). PENGGUNAAN ANTIBIOTIK PROFILAKSIS SEBAGAI PENCEGAHAN INFEKSI DAERAH OPERASI PADA PASIEN FRAKTUR TERBUKA: A SCOPING REVIEW [Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.]. <https://etd.umy.ac.id/id/eprint/34302/>
- Purwanti, & Susanti, Y. (2022). ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. W DENGAN GANGGUAN SISTEM MUSKULOSKELETAL POST OPERASI ORIF HARI KE 1 AKIBAT FRAKTUR TIBIA DEXTRA DI RUANG LAVENDER BAWAH WANITA RSUD KARDINAH KOTA TEGAL. *Jurnal Akper Buntet: Jurnal Ilmiah Akper Buntet Pesantren Cirebon*, 6(1), 48–63.
- Purwanto, H. (2016). *Modul bahan Ajar Cetak Keperawatan Medikal Bedah II* (2nd ed.). Pusdik SDM Kesehatan.  
<http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdm/wpcontent/uploads/2017/08/KMB>
- Putra Juniantara, I. G. B. I. A., Kawiyan, I. K. S., Ridia, K. G. M., Astawa, P.,

- Suyasa, I. K., Dusak, I. W. S., & Wiratnaya, I. G. E. (2021). Kadar hemoglobin, konfigurasi fraktur, dan kerusakan jaringan sebagai faktor risiko terjadinya infeksi luka operasi pasca open reduction internal fixation fraktur tertutup tulang panjang ekstremitas bawah. *Medicina*, 52(1), 6. <https://doi.org/10.15562/medicina.v52i1.1032>
- Radelli, V., & Holzapfel. (2022). Conversion hip arthroplasty via the direct anterior approach: pearls, pitfalls and personal experience. *Springer Link*, 177–188. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00064-022-00769-4>
- Ramadhan, K. K., & Pristianto, A. (2022). Program Latihan Peningkatan Kemampuan Fungsional Pasien Post ORIF Fracture Collum femur hip dextra: a Case Report. *Physio Journal*, 2(1), 11–18.
- Ramadhani, R. P., Romadhona, N., & Djojogugito, M. A., Dyana, E. H., & R. (2019). Hubungan Jenis Kecelakaan dengan Tipe Fraktur pada Fraktur Tulang Panjang Ekstremitas Bawah. *Kesehatan & Sains*.
- Rifqi, H. (2018). *Komplikasi Fraktur*.
- Riska, A. (2022). *DISTRAKSI RELAKSASI UNTUK MENGURANGI NYERI PADA PASIEN FRAKTUR TERTUTUP DI DESA SEDAYU KECAMATAN GROBOGAN KABUPATEN GROBOGAN*. 111–118.
- Risnah, R., HR, R., Azhar, M. U., & Irwan, M. (2019). Terapi Non Farmakologi Dalam Penanganan Diagnosis Nyeri Pada Fraktur :Systematic Review. *Journal of Islamic Nursing*, 4(2), 77. <https://doi.org/10.24252/join.v4i2.10708>
- Rokhima, V., & Sari, Y. (2022). Hubungan Intensitas Nyeri dengan Strategi Manajemen Nyeri pada Pasien Fraktur Post Operasi ORIF di RSUP H. Adam Malik Medan. *Universitas Sumatera Utara*, 1(1), 24–33.
- Safitri, D. N., & Fitriyani, N. (2022). ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN POST OPERASI FRAKTUR DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA AMAN DAN NYAMAN. *Pendidikan Kimia PPs UNM*, 1(1), 91–99.
- SDKI, P. (2017). *Standart diagnosis keperawatan Indonesia* (2nd ed.). Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Setiawan, D., & Pristianto, A. (2021). Program Fisioterapi pada Kondisi Drop Foot Pasca Total Hip Arthroplasty: A Case Report. *Physiotherapy*, 1, 1–6.
- SIKI, P. (2017). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. TIM POKJA PPNI.
- Siregar, D., Martina, Lina, & Evanny. (2021). *Pengantar Proses Keperawatan: Konsep, Teori dan Aplikasi* (1st ed.). yayasan kita menulis,2021.
- SLKI. (2017). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. PPNI.
- Smeltzer. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah* (2nd ed.). EGC.
- Syokumawena, Mediart, D., & Janiati, N. (2022). *IMPLEMENTASI KEPERAWATAN PASIEN POSTOPERASI FRAKTUR EKSTREMITAS BAWAH DENGAN MASALAH GANGGUAN MOBILITAS FISIK*. 2, 52–59.
- Tanoto, W. (2022). Manajemen Nyeri Post Op Fraktur Di Rsud Mardi Waluyo Blitar. *Jurnal Ilmu Kesehatan Mandira Cendikia*, 1(1), 87–92. <https://journal-mandiracendikia.com/jbmc>
- Utami, D., Muzaki, A., & Widodo, W. (2021). Literature Review : Penerapan Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien. *Jurnal Akper Pemkab Purworejo*, 1–7.
- Widiyono, Aryanti, A., & Indriyati. (2022). *Buku Ajar Terapi Komplementer*

*Keperawatan. Chakra Brahmada Lentera.*

Yasmara, & Deni. (2016). *Rencana asuhan keperawatan medikal-bedah Diagnosis NANDA-1 2015-2017 Intervensi NIC Hasil NOC* (Nursiswati). EGC.

Yolanda, B., Lena, S., Rahman, I., & Ganesha, P. P. (2022). PENATALAKSANAAN FISIOTERAPI PADA KASUS FRAKTUR FEMUR DISTAL DEXTRA DENGAN MODALITAS ULTRASOUND , ISOMETRIC CONTRACTION , PASSIVE EXERCISE , DAN PARTIAL WEIGHT BEARING. *Journal of Phisioteraphy Student*, 83–90.

Yusuf, & Arief. (2022). ANALISIS NUMERIK TERHADAP SAMBUNGAN PROTOTIPE PENGGANTITULANG PANGGUL PATAH PADA MANUSIA MENGGUNAKAN PERANGKAT LUNAK SOLIDWORKS. *Dinamis*, 10(1), 15–21.

## Lampiran 1 Curriculum Vitae

### LAMPIRAN CURRICULUM VITAE

Nama : Olivia Rachmaningrum  
Tempat, Tanggal Lahir : Sidoarjo, 04 Mei 2000  
Alamat : Desa Kedung Wonokerto Rt.04 Rw.02 Prambon  
Sidoarjo  
Agama : Islam  
No.Telp : 081336033240  
Email : [oliviarachma04@gmail.com](mailto:oliviarachma04@gmail.com)  
Riwayat Pendidikan :

- |   |                  |
|---|------------------|
| 1. TK Budi Utomo                              | Lulus Tahun 2006 |
| 2. SD Negeri Kedung Wonokerto                 | Lulus Tahun 2012 |
| 3. SMP Negeri 1 Krian                         | Lulus Tahun 1015 |
| 4. SMA Al-Islam Krian                         | Lulus Tahun 2018 |
| 5. STIKES Hang Tuah Surabaya (S1-Keperawatan) | Lulus Tahun 2022 |

## **Lampiran 2 Motto dan Persembahan**

### **MOTTO DAN PERSEMBAHAN**

#### **MOTTO**

“Never give up Allah selalu bersamamu, jangan pernah khawatir atas nikmat dan rezki Allah telah menjamin semuanya”

#### **PERSEMBAHAN**

1. Terima kasih kepada Allah SWT atas segala kerahmatan untuk saya menyelesaikan skripsi dengan baik.
2. Terima kasih kepada kitab suci Al-Qur'an dan Para Sunan Walliulloh yang menemani saya dalam penyelesaian skripsi dengan keberkahan dan kelancaran dalam urusan dunia.
3. Terimakasih kepada almarhumah ibu saya Yuyun Lasminingrum saya tidak akan sampai pada titik ini menyelesaikan skripsi tepat waktu tanpa pesan dan jasamu selama ini.
4. Terimakasih kepada ayah saya Tomari dan mama yang tidak ada hentinya mendoakan saya serta memberikan kasih sayang yang begitu besar.
5. Terimakasih kepada Dosen Pembimbing Cristina Yuliastuti, S.Kep., Ns., M.Kep dan Ibu Novi Indriyatie R, S.Kep., Ns., yang telah membimbing saya dalam menyusun skripsi ini dengan penuh kesabaran dan keuletan menyalurkan segala ilmu dan *support* terbaik, semoga terlimpah keberkahan seorang guru.
6. Terimakasih kepada bapak dan ibu dosen yang seantiasa mendidik dan membimbing saya selama saya menimba ilmu di STIKES Hang Tuah
7. Terimakasih kepada keluarga saya Argha Pratama Yudha, Khilyatur

Romdliyah, Ercilia yang telah memberikan semangat kepada saya setiap waktu, memberikan motivasi dalam mengerjakan skripsi ini.

8. Terimakasih kepada Ustadzah Badi'ah al-hafidzah dan Gus Himamul Mujahidin al-hafidz telah memberikan *support system* dan pengarahannya spiritual terbaik, dan motivasi dalam proses pengerjaan skripsi ini.
9. Terimakasih kepada teman seperjuangan KIA mbak hida dan mbak indah yang selalu menguatkan, menghibur, memotivasi terutama dimasa proses KIA masing-masing.
10. Terimakasih kepada diri saya sendiri atas kerja sama berusaha menjadi pribadi yang lebih baik.



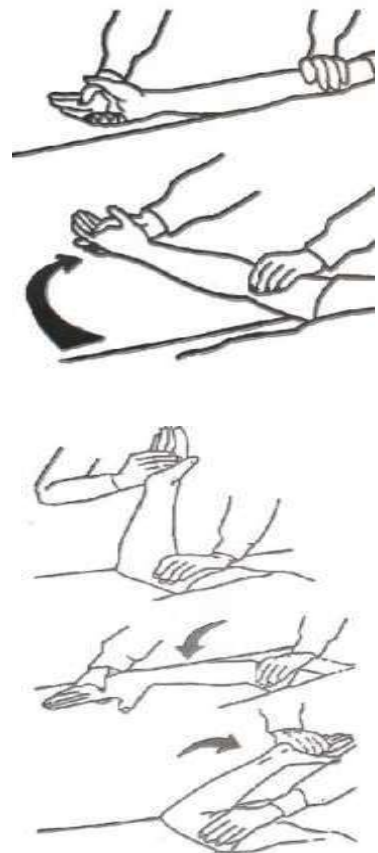
Lampiran 3 Standar Prosedur Operasional (SPO) *Range of Motion* (ROM)

Menurut (Kemenkes, 2021) Standar Prosedur Operasional (SPO) *Range of Motion* (ROM) :

1	<p>Pengertian :</p> <p>Latihan <i>range of motion</i> (ROM) adalah kegiatan latihan yang bertujuan untuk memelihara fleksibilitas dan mobilitas sendi.</p>
2	<p>Tujuan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Mempertahankan fleksibilitas dan mobilitas sendi</li> <li>b. Mengembalikan kontrol motorik</li> <li>c. Meningkatkan/mempertahankan integritas ROM sendi dan jaringan lunak</li> <li>d. Membantu sirkulasi dan nutrisi sinovial</li> <li>e. Menurunkan pembentukan kontraktur terutama pada ekstremitas yang mengalami paralisis.</li> </ol>
3	<p>Persiapan pasien :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Memberi salam, memperkenalkan diri dan mengidentifikasi pasien dengan pemeriksaan identitas pasien secara cermat</li> <li>b. Menjelaskan tentang prosedur tindakan yang akan dilakukan, memberi kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan menjawab seluruh pertanyaan pasien</li> <li>c. Menjaga privasi pasien</li> <li>d. Mengatur posisi senyaman mungkin untuk pasien</li> </ol>
4	<p>Persiapan alat :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Handuk kecil</li> <li>b. Lotion/ baby oil</li> <li>c. Minyak penghangat bila perlu (misalnya: minyak telon)</li> </ol>
5	<p>Cara Kerja :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kaji klien dan rencanakan program latihan yang sesuai untuk klien</li> <li>b. Memberitahu klien tentang tindakan yang akan dilakukan, area yang akan digerakkan dan peran klien dalam latihan</li> <li>c. Jaga privacy klien</li> <li>d. Jaga/atur pakaian yang menyebabkan hambatan pergerakan</li> <li>e. Angkat selimut sebagai mana diperlukan</li> <li>f. Anjurkan klien berbaring dalam posisi yang nyaman</li> <li>b. Lakukan latihan sebagaimana dengan cara berikut :</li> </ol>

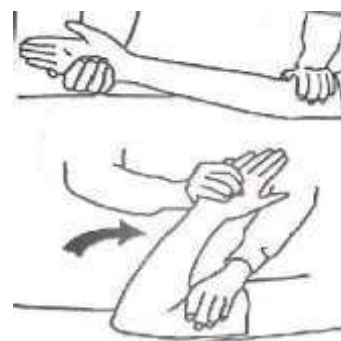
## a) Latihan sendi bahu

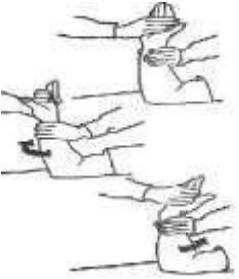
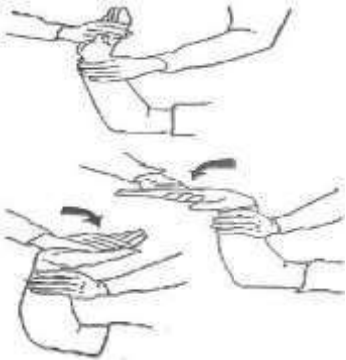
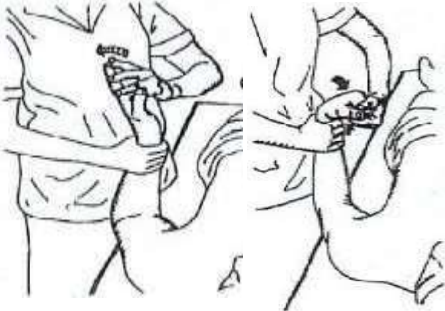

- Pasien dalam posisi telentang
- Satu tangan perawat menopang dan memegang siku, tangan yang lainnya memegang pergelangan tangan.
- Luruskan siku pasien, gerakan lengan pasien menjauhi dari tubuhnya kearah perawat (Abduksi).
- Kemudian Gerakkan lengan pasien mendekati tubuhnya (Adduksi).
- Gerakkan lengan bawah ke bawah sampai menyentuh tempat tidur, telapak tangan menghadap ke bawah (rotasi internal).
- Turunkan dan kembalikan ke posisi semula dengan siku tetap lurus.
- Gerakkan lengan bawah ke belakang sampai menyentuh tempat tidur, telapak tangan menghadap ke atas (rotasi eksternal).
- Turunkan dan kembalikan ke posisi semula dengan siku tetap lurus.
- Hindari penguluran yang berlebihan pada bahu.
- Lakukan pengulangan sebanyak 10 kali atau sesuai toleransi

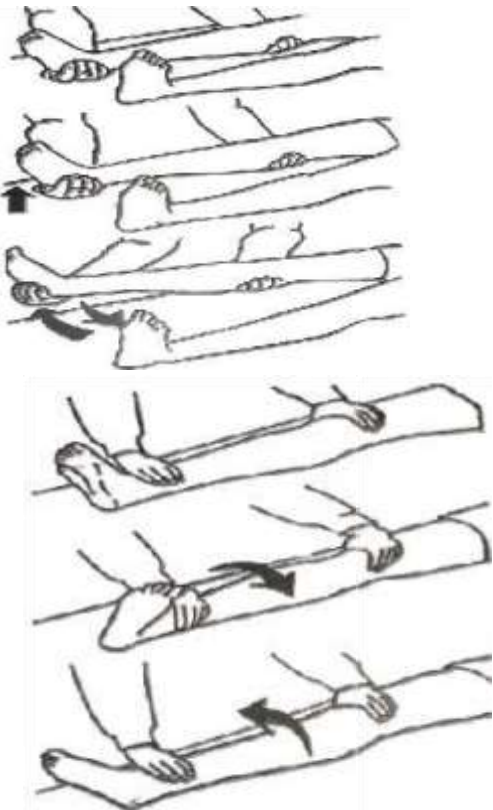
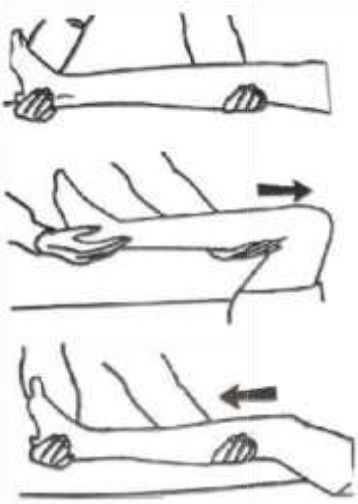


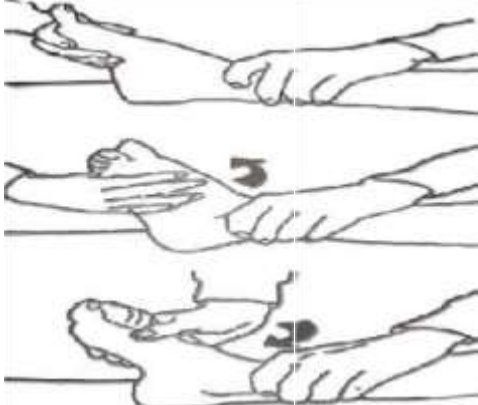
## b) Latihan sendi siku

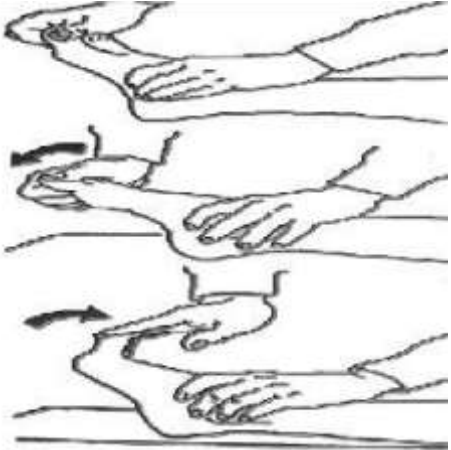
- Pasien dalam posisi telentang
- Perawat memegang pergelangan tangan pasien dengan satu tangan, tangan lainnya menahan lengan bagian atas
- Posisi tangan pasien supinasi, kemudian lakukan gerakan menekuk (fleksi) dan meluruskan (ekstensi) siku.
- Instruksikan agar pasien tetap rileks
- Pastikan gerakan yang diberikan berada pada midline yang benar
- Perhatikan rentang gerak sendi yang dibentuk, apakah berada dalam jarak yang normal atau terbatas.
- Lakukan pengulangan sebanyak 10 kali



<p>c) Latihan lengan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien dalam posisi telentang</li> <li>• Perawat memegang area siku pasien dengan satu tangan, tangan yang lain menggenggam tangan pasien ke arah luar (telentang/supinasi) dan ke arah dalam (telungkup/pronasi).</li> <li>• Instruksikan agar pasien tetap rileks</li> <li>• Lakukan pengulangan sebanyak 10 kali</li> </ul>	
<p>d) Latihan sendi pergelangan tangan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien dalam posisi telentang</li> <li>• Perawat memegang lengan bawah pasien dengan satu tangan, tangan lainnya memegang pergelangan tangan pasien, serta tekuk pergelangan tangan pasien ke atas dan ke bawah</li> <li>• Instruksikan agar pasien tetap rileks</li> <li>• Lakukan pengulangan sebanyak 10 kali</li> </ul>	
<p>e) Latihan sendi jari-jari tangan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien dalam posisi telentang</li> <li>• Perawat memegang pergelangan tangan pasien dengan satu tangan, tangan lainnya membantu pasien membuat gerakan mengepal/menekuk jari-jari tangan dan kemudian meluruskan jari-jari tangan pasien.</li> <li>• Perawat memegang telapak tangan dan keempat jari pasien dengan satu tangan, tangan lainnya memutar ibu jari tangan.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tangan perawat membantu melebarkan jari-jari pasien kemudian merapatkan kembali.</li> <li>• Instruksikan agar pasien tetap rileks</li> <li>• Lakukan pengulangan sebanyak 10 kali</li> </ul>	



<p>Latihan sendi pangkal paha</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Pasien dalam posisi telentang</li> <li>➤ Letakkan satu tangan perawat di bawah lutut pasien dan satu tangan pada tumit.</li> <li>➤ Jaga posisi kaki pasien lurus, angkat kaki kurang lebih 8 cm dari tempat tidur, gerakkan kaki menjauhi badan pasien</li> <li>➤ Gerakkan kaki mendekati badan pasien</li> <li>➤ Kembali ke posisi semula</li> <li>➤ Kemudian letakkan satu tangan perawat pada pergelangan kaki dan satu tangan yang lain di atas lutut.</li> <li>➤ Putar kaki menjauhi perawat.</li> <li>➤ Putar kaki ke arah perawat</li> <li>➤ Kembali ke posisi semula</li> <li>➤ Hindari pengangkatan yang berlebihan pada kaki.</li> <li>➤ Lakukan pengulangan sebanyak</li> </ul>	
<p>Latihan sendi lutut</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Pasien dalam posisi telentang</li> <li>➤ Satu tangan perawat di bawah lutut pasien dan pegang tumit pasien dengan tangan yang lain</li> <li>➤ Angkat kaki, tekuk pada lutut dan pangkal paha.</li> <li>➤ Lanjutkan menekuk lutut ke arah dada sejauh mungkin</li> <li>➤ Ke bawahkan kaki dan luruskan lutut dengan mengangkat kaki ke atas</li> <li>➤ Instruksikan agar pasien tetap rileks</li> <li>➤ Pastikan gerakan yang diberikan berada pada midline yang benar</li> <li>➤ Perhatikan rentang gerak sendi yang dibentuk, apakah berada dalam jarak yang normal atau terbatas.</li> <li>➤ Lakukan ulang gerakan</li> </ul>	

<p>Latihan sendi pergelangan kaki</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Pasien dalam posisi telentang</li> <li>➤ Perawat memegang separuh bagian atas kaki pasien dengan satu jari dan pegang pergelangan kaki dengan tangan satunya.</li> <li>➤ Putar kaki ke dalam sehingga telapak kaki menghadap ke kaki lainnya (inversi)</li> <li>➤ Kembalikan ke posisi semula</li> <li>➤ Putar kaki keluar sehingga bagian telapak kaki menjauhi kaki yang lain (eversi)</li> <li>➤ Kembalikan ke posisi semula</li> <li>➤ Kemudian letakkan satu tangan perawat pada telapak kaki pasien dan satu tangan yang lain di atas pergelangan kaki.</li> </ul> <p style="padding-left: 40px;">Jaga kaki lurus dan rileks.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Tekuk pergelangan kaki, arahkan jari-jari kaki ke arah dada pasien (dorso fleksi).</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Kembalikan ke posisi semula</li> <li>➤ Tekuk pergelangan kaki menjauhi dada pasien (plantar fleksi)</li> <li>➤ Kembalikan ke posisi semula</li> <li>➤ Instruksikan agar pasien tetap rileks</li> <li>➤ Lakukan pengulangan sebanyak 10 kali</li> </ul>	

<p>9) Latihan sendi jari-jari kaki</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Pasien dalam posisi telentang</li> <li>➤ Perawat memegang pergelangan kaki pasien dengan satu tangan, tangan lainnya membantu pasien membuat gerakan menekuk jari-jari kaki dan kemudian meluruskan jari-jari kaki pasien.</li> <li>➤ Tangan perawat membantu melebarkan jari-jari kaki pasien kemudian merapatkan kembali.</li> <li>➤ Instruksikan agar pasien tetap rileks</li> <li>➤ Lakukan pengulangan sebanyak 10 kali</li> </ul>	
<p>Evaluasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kaji pengaruh/efek latihan pada klien terutama hemodinamik klien</li> <li>b. Atur klien pada posisi yang nyaman</li> <li>c. Benahi selimut dan linen</li> </ol>	

- Kaji pengaruh/efek latihan pada klien terutama hemodinamik klien
- Atur klien pada posisi yang nyaman
- Benahi selimut dan line

Lampiran 4 Manajemen Nyeri

 RUMAH SAKIT BAKTI TIMAH KARIMUN	MANAJEMEN NYERI		
	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit  02 Maret 2014	Dikeluarkan Oleh Direktur RSBT Karimun  dr. Firmansyah, MARS	
PENGERTIAN	Cara meringankan atau mengurangi nyeri sampai tingkat kenyamanan yang dapat diterima pasien.		
TUJUAN	Untuk menjaga pasien dalam kondisi nyaman mungkin.		
KEBIJAKAN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Setiap pasien dewasa yang merasakan nyeri dinilai dari skala 0 – 10                             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 0 = tidak nyeri</li> <li>2. 1-3 = nyeri ringan (pasien dapat berkomunikasi dengan baik)</li> <li>3. 4-6 = nyeri sedang (pasien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, mendeskripsikan dan dapat mengikuti perintah)</li> <li>4. 7-9 = nyeri berat (pasien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, tidak dapat mendeskripsikan, tidak dapat diatasi dengan alih posisi, nafas panjang dan distraksi.</li> <li>5. 10 = nyeri sangat berat (pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul)</li> </ol> </li> <li>• Setiap pasien anak yang merasakan nyeri dinilai dari skala wajah Wong Baker</li> </ul> <div style="text-align: center;">  </div>		

	<p style="text-align: center;">0                    1                    2                    3                    4</p> <p style="text-align: center;">5</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nilai 0 nyeri tidak dirasakan oleh anak</li> <li>2. Nilai 1 nyeri dirasakan sedikit saja</li> <li>3. Nilai 2 nyeri dirasakan hilang timbul</li> <li>4. Nilai 3 nyeri yang dirasakan anak lebih banyak</li> <li>5. Nilai 4 nyeri yang dirasakan anak secara keseluruhan</li> <li>6. Nilai 5 nyeri sekali dan anak menjadi menangis</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Penanganan nyeri dikecualikan pada pasien dengan kondisi nyeri HIS</li> </ul>
<b>PROSEDUR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lakukan pengkajian skala, lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi dan kualitas nyeri.</li> <li>• Observasi reaksi nonverbal</li> <li>• Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien</li> <li>• Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan</li> <li>• Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan interpersonal)</li> <li>• Ajarkan tentang teknik non farmakologi seperti: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kompres dingin</li> <li>2. Massage kulit</li> <li>3. Buli-buli panas</li> <li>4. Relaksasi seperti lingkungan yang tenang, posisi yang nyaman dan nafas dalam.</li> <li>5. Teknik distraksi yakni mengalihkan perhatian ke stimulus lain seperti menonton televisi, membaca koran, mendengarkan musik</li> </ol> </li> <li>• Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri</li> <li>• Evaluasi keefektifan kontrol nyeri</li> </ul>
<b>UNIT TERKAIT</b>	<p>Unit Gawat Darurat Unit Rawat Inap Unit Rawat Jalan</p>



Lampiran 5 SPO Distraksi

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR ( SOP )**

**Teknik Mengatasi Nyeri Atau Distrasi**

Pengertian :

Suatu metode untuk menghilangkan nyeri dengan cara mengalihkan perhatian pasien pada hal-hal lain sehingga pasien akan lupa terhadap nyeri yang dirasakan

Tujuan :

Untuk mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri pada pasien

Indikasi :

Dilakukan pada pasien dengan gangguan nyeri kronis

Prosedur pelaksanaan :

A. Tahap pra-interaksi

1. Membaca status pasien
2. Mencuci tangan
3. Menyiapkan peralatan

B. Tahap orientasi

1. Menmemberikan salam kepada pasien
2. Validasi kondisi pasien
3. Kontrak waktu
4. Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan pada pasien dan keluarga

C. Tahap kerja

- 1 Berikan kesempatan pada pasien untuk bertanya jika kurang jelas

- 2 Tanyakan keluhan pasien
  - 3 Menjaga privacy pasien
  4. Memuli dengan cara yang baik
  5. Mengatur posisi pasien agar rileks tanap beban fisik
  6. Memberikan penjelasan pada pasien beberapa cara distrasi
    - a. Bernafas pelan-pelan
    - b. Massage sambil bernafas pelan-pelan
    - c. Mendengarkan lagu sambil, menepuk-nepuk jari kaki
    - d. Membayangkan hal-hal yang indah sambil menutup mata
    - e. Menonton TV
    - f. Berbincang-bincang dengan orang lain
  7. Menganjurkan pasien untuk melakukan salah satu teknik distraksi tersebut
  8. Menganjurkan pasien untuk mencoba teknik tersebut bila terasa nyaman atau ketidak nyamanan
- D. Tahap terminasi
1. Evaluasi hasil kegiatan
  2. Lakukan kontrak waktu untuk kegiatan selanjutnya
  3. Akhiri kegiatan dengan bsik
  4. Cuci tangan
- E. Dokumentasi
1. Catat waktu pelaksanaan tindakan
  2. Catat respon pasien terhadap teknik distraksi
  3. Paraf dan nama perawat jaga.