

KARYA ILMIAH AKHIR
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn. R DENGAN DIAGNOSA
MEDIS POST OPERASI ORIF CLOSE FRAKTUR FEMUR
SINISTRA HARI KE 0 DI RUANG C1 RSPAL
Dr. RAMELAN SURABAYA



Oleh :
INDAH NUR TRIWIJAYANTI, S.Kep
NIM 2230053

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

KARYA ILMIAH AKHIR
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn. R DENGAN DIAGNOSIS
MEDIS POST OPERASI ORIF CLOSE FRAKTUR FEMUR
SINISTRA HARI KE 0 DI RUANG C1 RSPAL
Dr. RAMELAN SURABAYA

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



Oleh :
INDAH NUR TRIWIJAYANTI, S.Kep
NIM 2230053

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN 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 dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 20 Januari 2023



Indah Nur Triwijavanti. S.Kep
NIM. 2230053

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Indah Nur Triwijayanti, S.Kep

NIM : 2230053

Program : Pendidikan Profesi

Studi : Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn. R Dengan Diagnosa Medis Post
Operasi Close Fraktur Femur Sinistra Hari ke 0 Di Ruang C1
Rspal Dr. Ramelan Surabaya

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

NERS (Ns)

Pembimbing Institusi

Pembimbing Klinik



Christina Yulastuti, 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 : 20 Januari 2023

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir Dari :

Nama : Indah Nur Triwijayanti, S.Kep

Nim : 2230053

Program studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. R Dengan Diagnosa
Medis Post Operasi Close Fraktur Femur Sinistra Hari ke 0 Di
Ruang C1 Rspal Dr. Ramelan Surabaya.

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji karya ilmiah akhir di STIKES Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “Ners” pada prodi pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya

Penguji I : **Dr. Nuh Huda, M.Kep., SP. Kep. MB**
NIP. 03020



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



Penguji III : **Novi Indrivatie 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. 03.009

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 20 Januari 2023

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya ilmiah akhir ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners.

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

1. Dr. AV 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. Laksamana Pertama TNI angkatan laut Dr. Gigih Imanta Jayatri., Sp.PD., Finasim M.M selaku Kepala Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Surabaya yang memberi ijin dan lahan praktik untuk penyusunan Karya Ilmiah Akhir.
3. Dr. Hidayatus Sya'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. Dr. Nuh Huda, M.Kep., Sp. Kep. MB, selaku Penguji yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk mengikuti dan menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

5. Ibu Christina Yuliasuti, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku dosen pembimbing yang dengan penuh kesabaran dan penuh perhatian dalam memberikan waktu, saran, dan bimbingan serta dorongan dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini
6. 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
7. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan Karya Ilmiah Akhir ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulisan selama menjalani studidan penulisaanya
8. Klien Tn. R yang telah memberikan kesempatan untuk dilakukan asuhan keperawatan dalam mendukung pelaksanaan praktek keperawatan komprehensif dan penulisan Karya Ilmiah Akhir ini.
9. Bapak, ibu, beserta keluarga yang senantiasa mendoakan dan memberi semangat setiap hari.
10. Sahabat, teman-teman sealmamater dan semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. 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, 20 Januari 2023

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penulisan.....	5
1.3.1 Tujuan Umum	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat.....	6
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	6
1.4.2 Manfaat Praktis	6
1.5 Metode Penulisan.....	7
1.6 Sistematika Penulisan.....	9
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	10
2.1 Konsep Fraktur	10
2.1.1 Anatomi Sistem Skeletal	10
2.1.2 Definisi Fraktur.....	13
2.1.3 Etiologi Fraktur.....	13
2.1.4 Klasifikasi Fraktur	14
2.1.5 Patofisiologi Fraktur	18
2.1.6 Pemeriksaan Fisik Fraktur	18
2.1.7 Manifestasi Klinis Fraktur.....	19
2.1.8 Komplikasi Fraktur	20
2.1.9 Pemeriksaan Penunjang Fraktur	21
2.1.10 Penatalaksanaan Fraktur	22
2.2 Konsep Nyeri.....	27
2.2.1 Pengertian Nyeri	27
2.2.2 Klasifikasi Nyeri.....	28
2.2.3 Etiologi Nyeri.....	30
2.2.4 Manifestasi Klinis Nyeri	33

2.2.5 Patofisiologi Nyeri.....	33
2.2.6 Komplikasi Nyeri.....	34
2.2.7 Pemeriksaan Penunjang Nyeri.....	34
2.2.8 Penatalaksanaan Nyeri.....	35
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan.....	39
2.3.1 Pengkajian Keperawatan.....	39
2.3.2 Diagnosa Keperawatan.....	45
2.3.3 Intervensi Keperawatan.....	45
2.3.4 Implementasi Keperawatan.....	48
2.3.5 Evaluasi Keperawatan.....	48
2.4 Kerangka Konseptual Fraktur.....	50
2.5 Kerangka Masalah Fraktur.....	51
BAB 3 TINJAUAN KASUS.....	52
3.1 Pengkajian.....	52
3.2 Diagnosa Keperawatan.....	63
3.2.1 Analisis Data.....	64
3.2.2 Prioritas Masalah.....	66
3.3 Intervensi Keperawatan.....	67
3.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan.....	70
BAB 4 PEMBAHASAN.....	79
4.1 Pengkajian.....	79
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	87
4.3 Intervensi Keperawatan.....	90
4.4 Implementasi Keperawatan.....	92
4.5 Evaluasi Keperawatan.....	94
BAB 5 PENUTUP.....	97
5.1 Simpulan.....	97
5.2 Saran.....	98
DAFTAR PUSTAKA.....	100
LAMPIRAN.....	102

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Hasil Pemeriksaan Laboratorium	61
Tabel 3.2 Terapi Obat	63
Tabel 3.3 Analisis Data	64
Tabel 3.4 Prioritas Masalah Keperawatan.....	66
Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan	67
Tabel 3.6 Implementasi dan evaluasi	70

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Struktur Tulang.....	11
Gambar 2.2 Skala nyeri <i>Visual Analog Scale</i>	36
Gambar 2.3 Skala Nyeri <i>Verbal Rating Scale</i>	37
Gambar 2.4 Skala Nyeri <i>Numeric Rating Scale</i>	37
Gambar 2.5 Skala Nyeri <i>Wong Baker Pain Rating Scale</i>	37
Gambar 2.6 Kerangka Konseptual Fraktur	50
Gambar 2.7 Kerangka Masalah Fraktur	51
Gambar 3.1 Genogram Keluarga.....	55

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 <i>Curriculum Vitae</i>	101
Lampiran 2 Motto dan Persembahan.....	102
Lampiran 3 SPO Teknik relaksasi nafas dalam	103
Lampiran 4 SPO ROM.....	106
Lampiran 5 SPO Perawatan Luka	108
Lampiran 6 Lembar Bimbingan Karya Ilmiah Akhir	111

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Fraktur merupakan terganggunya kesinambungan jaringan tulang yang dapat disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik. Fraktur femur adalah hilangnya kontinuitas tulang paha, kondisi fraktur femur secara klinis bisa berupa fraktur femur terbuka yang disertai adanya kerusakan jaringan lunak (otot, kulit, jaringan saraf, dan pembuluh darah) dan fraktur femur tertutup yang disebabkan oleh trauma langsung pada paha (Silviana & Suryandari, 2021). Pada kasus pasien dengan close fraktur femur membutuhkan penanganan dan perawatan dari tenaga kesehatan karena berbagai masalah keperawatan yang dapat muncul seperti nyeri, gangguan integritas jaringan, hambatan mobilitas fisik, resiko infeksi (Mandagi & Hamel, 2017).

Berdasarkan fenomena yang ditemui penulis ada beberapa masalah keperawatan yang sering dijumpai masalah keperawatan dengan diagnosa Close fraktur $\frac{1}{3}$ femur adalah nyeri akut, resiko infeksi, kerusakan integritas kulit. Fraktur juga dapat mengganggu kebutuhan dasar manusia misalnya kebutuhan fisiologis. Nyeri adalah masalah keperawatan yang sering ditemui penulis. Seseorang yang mengalami nyeri akan berdampak pada gangguan aktivitas sehari – hari seperti gangguan istirahat tidur, intoleransi aktivitas, personal hygiene, gangguan pemenuhan nutrisi (Potter & Perry, 2015). Fraktur dapat menyebabkan komplikasi, morbiditas yang lama dan juga kecacatan apabila tidak mendapatkan penanganan yang baik. Komplikasi yang timbul akibat fraktur antara lain perdarahan, cedera organ dalam, infeksi luka, emboli lemak dan sindroma pernafasan. Banyaknya komplikasi yang

ditimbulkan contohnya diakibatkan oleh tulang femur adalah tulang terpanjang, terkuat, dan tulang paling berat pada tubuh manusia dimana berfungsi sebagai penopang tubuh manusia. Selain itu pada daerah tersebut terdapat pembuluh darah besar sehingga apabila terjadi cedera pada femur akan berakibat fatal (Andri et al., 2020)

Badan kesehatan dunia *World Health of Organization* (WHO) tahun 2019 menyatakan bahwa Insiden Fraktur semakin meningkat mencatat terjadi fraktur kurang lebih 15 juta orang dengan angka prevalensi 3,2%. Fraktur pada tahun 2018 terdapat kurang lebih 20 juta orang dengan angka prevalensi 4,2% dan pada tahun 2018 meningkat menjadi 21 juta orang dengan angka prevalensi 3,8% akibat kecelakaan lalu lintas (Zahro, 2021). Data yang ada di Indonesia kasus fraktur paling sering yaitu fraktur femur sebesar 42% diikuti fraktur humerus sebanyak 17% fraktur tibia dan fibula sebanyak 14% dimana penyebab terbesar adalah kecelakaan lalu lintas yang biasanya disebabkan oleh kecelakaan mobil, motor atau kendaraan rekreasi 65,6% dan jatuh 37,3% mayoritas adalah pria 73,8% (Cahyo & Oktariani, 2021). Jenis trauma yang dapat menyebabkan fraktur antara lain kecelakaan lalu lintas dengan kategori mengendarai sepeda motor yang paling tinggi yakni sebesar 72,7% yang didominasi kelompok umur 15-24 tahun sebesar 4,9% dan lebih banyak terjadi pada jenis kelamin laki-laki (Nurnaningsih et al., 2021). Fraktur yang terjadi di Jawa Timur pada tahun 2016 sebanyak 1.422 jiwa, pada tahun 2017 sebanyak 2.065 jiwa, pada tahun 2018 sebanyak 3.390 jiwa yang mengalami kejadian fraktur (Risksedas, 2018). Data dari RSPAL dr. Ramelan Surabaya di Ruang C1 yang kami temukan selama praktek dua minggu sekitar 5 orang yang menderita

fraktur femur. Data diruang C1 sekitar 20 orang selama 3 bulan terakhir dihitung dari Bulan Agustus-November yang menderita Kasus Fraktur Femur

Penyebab utama fraktur adalah peristiwa trauma tunggal seperti benturan, pemukulan, terjatuh, posisi tidak teratur atau miring, dislokasi, penarikan, kelemahan abnormal pada tulang (fraktur patologik) (Pratiwi, 2020). Dampak yang timbul pada pasien dengan fraktur yaitu dapat mengalami perubahan pada bagian tubuh yang terkena cedera, merasakan cemas akibat rasa sakit dan rasa nyeri yang dirasakan, resiko terjadinya infeksi, resiko perdarahan, gangguan integritas kulit, serta berbagai masalah yang mengganggu kebutuhan dasar lainnya. Selain itu fraktur juga dapat menyebabkan kematian (Mandagi & Hamel, 2017). Seseorang yang mengalami nyeri akan berdampak pada aktivitas sehari-hari seperti gangguan istirahat tidur, intoleransi aktivitas, *personal hygiene*, gangguan pemenuhan nutrisi (Pratiwi, 2020).

Penatalaksanaan pada fraktur dapat di lakukan dengan konservatif maupun operatif (pembedahan). Proses konservatif di lakukan dengan pemasangan gips dan traksi sedangkan proses pembedahan pada fraktur dengan ORIF (Open Reduction and Internal Fixation), fiksasi eksternal dan graf tulang (Solomon, 2018). Penatalaksanaan pada fraktur dengan tindakan operatif atau pembedahan. Penatalaksanaan fraktur tersebut dapat mengakibatkan masalah atau komplikasi seperti kesemutan, nyeri, kekakuan otot bengkak atau edema serta pucat pada anggota gerak yang di operasi (Andri et al., 2020). Manajemen untuk mengatasi nyeri dibagi menjadi 2 yaitu manajemen *farmakologi* dan manajemen *non farmakologi*. Manajemen *farmakologi* dilakukan antara dokter dan perawat, yang menekankan pada pemberian obat yang mampu

menghilangkan rasa nyeri, manajemen *non farmakologi* teknik yang dilakukan dengan cara pemberian kompres hangat, teknik relaksasi, imajinasi terbimbing, distraksi, stimulus saraf elektrik transkutan, stimulus terapi musik dan massage yang dapat membuat nyaman karena akan merileksasikan otot-otot sehingga sangat efektif untuk meredakan nyeri (Mandagi & Hamel, 2017). Penelitian Aini, Lela & Reskita, Reza (2018) menyebutkan bahwa nyeri yang dirasakan sesudah dilakukan teknik relaksasi napas dalam yang sering muncul pada klien fraktur adalah nyeri ringan dengan ciri-ciri yang tidak menimbulkan gelisah dan secara objektif dapat berkomunikasi dengan baik. Hal ini disebabkan melalui pemberian teknik relaksasi napas dalam menciptakan kenyamanan, klien merasa rileks dengan kegiatan tersebut mampu meningkatkan suplai oksigen dalam sel tubuh yang akhirnya dapat mengurangi nyeri yang dialami (Lela & Reza, 2018).

Peran perawat yaitu sebagai caring. Caring merupakan suatu hubungan transaksi antara pemberi asuhan (perawat) dan penerima asuhan (klien), yang bertujuan untuk meningkatkan dan melindungi pasien, serta menunjang kesembuhannya (Serri, 2020)

Berdasarkan latar belakang dan data yang didapatkan, penulis tertarik untuk membuat Karya Tulis Ilmiah dengan kasus “Asuhan Keperawatan pada klien fraktur femur di Ruang C1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.2 Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit, maka mahasiswa akan melakukan kajian lebih lanjut dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah asuhan keperawatan medikal bedah pada Tn. R dengan

diagnosa medis *Post Operasi Orif Close Fraktur Femur Sinistra hari ke 0* di Ruang C1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya?.

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu memberikan dan menerapkan asuhan keperawatan medikal bedah dengan diagnosa medis *Post Operasi Orif Close Fraktur Femur Sinistra 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 Orif Close Fraktur Femur Sinistra hari ke 0* di Ruang C1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
- 2 Menegakkan diagnosis keperawatan pada Tn. R dengan diagnosis medis *Post Operasi Orif Close Fraktur Femur Sinistra hari ke 0* di Ruang C1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
- 3 Menyusun rencana keperawatan pada masing-masing diagnosa keperawatan pada Tn. R dengan diagnosis medis *Post Operasi Orif Close Fraktur Femur Sinistra hari ke 0* di Ruang C1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
- 4 Melaksanakan tindakan asuhan keperawatan pada Tn. R dengan diagnosis medis *Post Operasi Orif Close Fraktur Femur Sinistra hari ke 0* di Ruang C1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
- 5 Melakukan evaluasi tindakan asuhan keperawatan pada Tn. R dengan diagnosis medis *Post Operasi Orif Close Fraktur Femur Sinistra hari ke 0* di Ruang C1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

- 6 Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Tn. R dengan diagnosis medis *Post Operasi Orif Close Fraktur Femur Sinistra hari ke 0* di Ruang C1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.4 Manfaat

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

1.4.1 Secara Teoritis

Dari segi akademis dapat menambah ilmu dan wawasan agar perawat lebih mengetahui serta meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit untuk perawatan yang lebih bermutu dan profesional dengan melaksanakan asuhan keperawatan dengan diagnosa medis *Post Operasi Orif Close Fraktur Femur Sinistra hari ke 0*.

1.4.2 Secara Praktis

1. Bagi Institusi Rumah Sakit

Dapat sebagai masukan untuk menyusun kebijakan atau pedoman pelaksanaan pasien dengan *Post Operasi Orif Close Fraktur Femur Sinistra hari ke 0* sehingga penatalaksanaan dini bisa dilakukan dan dapat menghasilkan keluaran klinis yang baik bagi pasien yang mendapatkan asuhan keperawatan di institusi rumah sakit yang bersangkutan.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil karya tulis ilmiah ini dapat sebagai ilmu tambahan bagi institusi pendidikan terutama pada keperawatan medikal bedah dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *Post Operasi Orif Close Fraktur Femur Sinistra hari ke 0*.

3. Bagi penulis selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat dijadikan pilihan referensi untuk penulis berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan diagnosa medis *Post Operasi Orif Close Fraktur Femur Sinistra hari ke 0*.

4. Bagi Keluarga dan Pasien

Studi kasus ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan penyuluhan pada keluarga dan pasien dengan diagnosa medis *Post Operasi Orif Close Fraktur Femur Sinistra hari ke 0* sehingga keluarga dan pasien mampu menggunakan pelayanan medis terdekat dan mampu melakukan perawatan dirumah dengan baik memberikan sumbangan pemikiran atau referensi dalam menerapkan asuhan keperawatan dan untuk meningkatkan mutu pelayanan yang lebih baik.

1.5 Metode Penulisan

1.5.1 Metode

Metode yang digunakan dalam karya tulis ilmiah akhir ini adalah dengan metode deskriptif dimana penulis mendeskripsikan satu objek tertentu yang diangkat sebagai sebuah kasus untuk dilakukan pengkajian secara mendalam yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan dan

membahas data dengan studi pendekatan proses asuhan keperawatan yang dimulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan hingga evaluasi.

1.5.2 Tehnik pengumpulan data

1. Wawancara

Data diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga, maupun tim kesehatan lain.

2. Observasi

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

3. Pemeriksaan

Pemeriksaan meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium serta pemeriksaan penunjang lainnya yang dapat menegakkan diagnose dan penanganan selanjutnya.

1.5.3 Sumber data

1. Data Primer

Data primer merupakan Data yang diperoleh dari hasil wawancara pasien dan pemeriksaan fisik pasien.

2. Data Sekunder

Data Sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien, catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

3. Studi kepustakaan

Mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis dan masalah yang dibahas, dengan sumber seperti buku, jurnal KTI yang relevan dengan judul penulis.

1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam memahami dan mempelajari studi kasus 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 terdiri dari sub bab berikut ini :
 - BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan, manfaat penelitian, metode penulisan dan sistematika penulisan studi kasus.
 - BAB 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis, dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa medis *Post Operasi Orif Close Fraktur Femur Sinistra hari ke 0.*
 - BAB 3 : Tinjauan kasus berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan.
 - BAB 4 : Pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi data, teori dan opini.
 - BAB 5 : Penutup: Simpulan dan saran.
- 3 Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Fraktur

2.1.1 Anatomi Sistem Skeletal

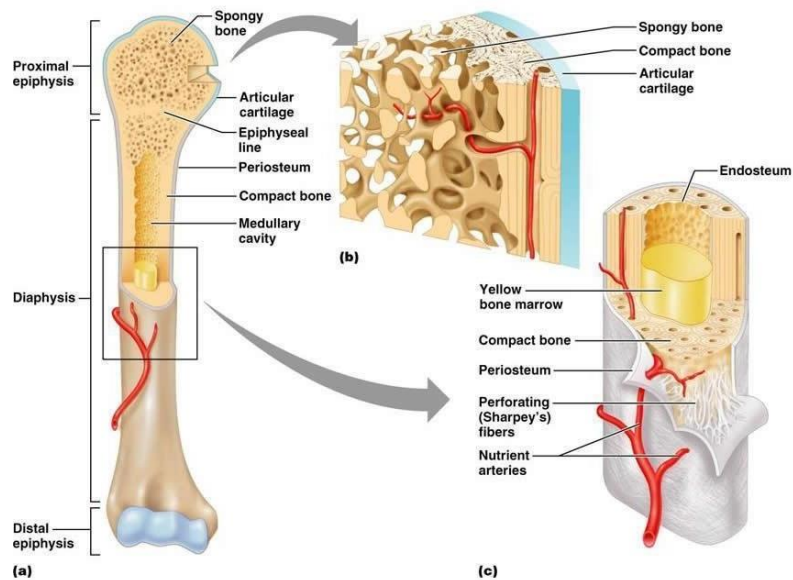
1. Tulang

Sistem rangka adalah bagian tubuh yang terdiri dari tulang, sendi dan tulang rawan (kartilago) sebagai tempat menempelnya otot dan memungkinkan tubuh untuk mempertahankan sikap dan posisi. Tulang sebagai alat gerak pasif karena hanya mengikuti kendali otot. Akan tetapi tulang tetap mempunyai peran penting karena gerak tidak akan terjadi tanpa tulang. Tubuh kita memiliki 206 tulang yang membentuk rangka. Salah satu bagian terpenting dari sistem rangka adalah tulang belakang. Fungsi dari sistem skeletal/ rangka adalah :

- a. Penyangga berdirinya tubuh, tempat melekatnya ligamen- ligamen, otot, jaringan lunak dan organ. Membentuk rangka yang berfungsi untuk menyangga tubuh dan otot-otot yang melekat pada tulang.
- b. Penyimpanan mineral (kalsium dan fosfat) dan lipid (yellow marrow) atau hemopoesis.
- c. Produksi sel darah (red marrow).
- d. Pelindung yaitu membentuk rongga melindungi organ yang halus dan lunak, serta memproteksi organ-organ internal dari trauma mekanis.
- e. Penggerak yaitu dapat mengubah arah dan kekuatan otot rangka saat bergerak karena adanya persendian

Berdasarkan struktur tulang, tulang terdiri dari sel hidup yang tersebar di antara material tidak hidup (matriks). Matriks tersusun atas osteoblas (sel pembentuk tulang). Sedangkan osteoblas membuat dan mensekresi protein

kolagen dan garam mineral. Jika pembentukan tulang baru dibutuhkan, osteoblas baru akan dibentuk. Jika tulang telah dibentuk, osteoblas akan berubah menjadi osteosit (sel tulang dewasa). Sel tulang yang telah mati akan dirusak oleh osteoklas (sel perusakan tulang)



Gambar 2.1 Struktur Tulang
(Sumber : Marrieb, 2001)

2. Klasifikasi Tulang

Jaringan tulang berdasarkan jaringan penyusun dan sifat-sifat fisiknya dibedakan menjadi tulang rawan dan tulang sejati.

a. Tulang rawan

Tulang Rawan (kartilago) terdiri dari 3 macam yaitu

- 1) Tulang rawan hialin, bersifat kuat dan elastis terdapat pada ujung tulang pipa;
- 2) Tulang rawan fibrosa yaitu memperdalam rongga dari cawan-cawan (tulang panggul) dan rongga glenoid dari scapula;

- 3) Tulang rawan elastik yaitu terdapat dalam daun telinga, epiglotis, dan faring.

Proses pembentukan tulang telah bermula sejak umur embrio 6-7 minggu dan berlangsung sampai dewasa. Pada rangka manusia, rangka yang pertama kali terbentuk adalah tulang rawan (kartilago) yang berasal dari jaringan mesenkim. Kemudian akan terbentuk osteoblas atau sel-sel pembentuk tulang. Osteoblas ini akan mengisi rongga-rongga tulang rawan. Sel-sel tulang dibentuk terutama dari arah dalam keluar, atau proses pembentukannya konsentris. Setiap satuan-satuan sel tulang mengelilingi suatu pembuluh darah dan saraf membentuk suatu sistem yang disebut sistem Havers. Disekeliling sel-sel tulang terbentuk senyawa protein yang akan menjadi matriks tulang. Kelak di dalam senyawa protein ini terdapat pula kapur dan fosfor sehingga matriks tulang akan mengeras. Proses ini disebut osifikasi.

b. Tulang Sejati (osteon)

Tulang bersifat keras dan berfungsi menyusun berbagai sistem rangka. Permukaan luar tulang dilapisi selubung fibrosa (periosteum). Lapis tipis jaringan ikat (endotelium) melapisi rongga sumsum dan meluas ke dalam kanalikuli tulang kompak. Secara mikroskopis tulang terdiri dari beberapa komponen berikut ini.

- 1) Sistem Havers (saluran yang berisi serabut saraf, pembuluh darah, aliran limfe).
- 2) Lamella (lempeng tulang yang tersusun konsentris).
- 3) Lacuna (ruangan kecil yang terdapat di antara lempengan-lempengan yang mengandung sel tulang).

- 4) Kanalikuli (memancar di antara lakuna dan tempat difusi makanan sampai ke osteon).

2.1.2 Definisi

Fraktur merupakan terganggunya kesinambungan jaringan tulang yang dapat disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik. Fraktur femur adalah hilangnya kontinuitas tulang paha, kondisi fraktur femur secara klinis bisa berupa fraktur femur terbuka yang disertai adanya kerusakan jaringan lunak (otot, kulit, jaringan saraf, dan pembuluh darah) dan fraktur femur tertutup yang disebabkan oleh trauma langsung pada paha (Silviana & Suryandari, 2021).

2.1.3 Etiologi

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

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

1. Trauma langsung

Terjadi benturan pada tulang yang menyebabkan fraktur

2. Trauma tidak langsung

Tidak terjadi pada tempat benturan tetapi ditempat lain,oleh karena itu kekuatan trauma diteruskan oleh sumbu tulang ke tempat lain.

3. Kondisi patologis

Terjadi karena penyakit pada tulang (degeneratif dan kanker tulang)

Umumnya fraktur disebabkan oleh trauma atau aktivitas fisik dimana terdapat tekanan yang berlebihan pada tulang. Penyebab dari fraktur adalah

- 1) Trauma langsung, terjadi pada tempat trauma (pukulan langsung, gaya meremuk)
- 2) Trauma tak langsung, tidak langsung, terjadi tidak pada tempat trauma (gerakan puntir mendadak, kontraksi otot ekstrim)

Trauma patologis, terjadi pada tulang yang mengalami kelainan (kista, neoplasma, osteoporosis). Fraktur lebih sering terjadi pada laki-laki daripada perempuan dengan umur dibawah 45 tahun dan sering berhubungan dengan olahraga, pekerjaan atau luka yang disebabkan oleh kecelakaan kendaraan bermotor (Muttaqin. 2014).

2.1.4 Klasifikasi

Menurut (Pratiwi, 2020), 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 yaitu:

a. 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.

b. Derajat II

Kulit terbuka >1 cm tanpa kerusakan jaringan lunak yang luas, komponen

penghancuran minimal sampai sedang, fraktur dengan luka terbuka melintang sederhana dengan pemecahan minimal.

c. Derajat III

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

a) Derajat IIIA

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

b) Derajat IIIB

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

c) Derajat IIIC

Cidera vaskular yang membutuhkan perbaikan (Kenneth A. Egol et al., 2015).

2. Fraktur Tertutup

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

a Derajat 0

Cidera akibat kekuatan yang tidak langsung dengan kerusakan jaringan lunak yang tidak begitu berarti.

b Derajat 1

Fraktur tertutup yang disebabkan oleh mekanisme energi rendah sampai sedang dengan abrasi superfisial atau memar pada jaringan lunak di permukaan situs fraktur.

c Derajat 2

Fraktur tertutup dengan memar yang signifikan pada otot, yang mungkin dalam, kulit lecet terkontaminasi yang berkaitan dengan mekanisme energi sedang hingga berat dan cedera tulang, sangat beresiko terkena sindrom kompartemen.

d Derajat 3

Kerusakan jaringan lunak yang luas atau avulsi subkutaneal dan gangguan arteri atau terbentuk sindrom kompartemen (Kenneth A. Egol et al., 2015)

Menurut 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 di atas 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.

Menurut Brunner & Suddarth, 2013, terdapat beberapa tipe fraktur yaitu:

- 1) Fraktur tertutup atau fraktur sederhana tidak menyebabkan robekan di kulit.
- 2) Fraktur terbuka atau fraktur campuran atau fraktur kompleks merupakan patah dengan luka pada kulit atau membran mukosa meluas ke tulang yang fraktur.

Fraktur terbuka diberi peringkat sebagai berikut,

- a. Derajat I dengan luka bersih sepanjang kurang dari 1 cm
- b. Derajat II dengan luka lebih luas dengan tanpa kerusakan jaringan lunak yang luas.
- c. Derajat III dengan luka sangat terkontaminasi dan menyebabkan kerusakan jaringan lunak yang luas(tipe paling berat).

2.1.5 Patofisiologi

Tulang bersifat rapuh namun cukup mempunyai kekuatan dan gaya pegas untuk menahan. Tapi apabila tekanan eksternal yang datang lebih besar dari yang diserap tulang, maka terjadilah trauma pada tulang yang mengakibatkan rusaknya atau terputusnya kontinuitas tulang. Setelah terjadi fraktur, periosteum dan pembuluh darah serta saraf dalam korteks, marrow dan jaringan lunak yang membungkus tulang rusuk. Perdarahan terjadi karena kerusakan tersebut dan terbentuklah hematoma di rongga medula tulang. Jaringan tulang akan segera berdekatan kebagian tulang yang patah. Jaringan yang mengalami nekrosis ini menstimulasi terjadinya respons inflamasi yang ditandai dengan vasodilatasi, eksudasi plasma, dan leukosit dan infiltrasi sel darah putih. Kejadian inilah yang merupakan dasar dari proses penyembuhan tulang nantinya Wahid (2013).

2.1.6 Pemeriksaan Fisik

Kaji kronologi dari mekanisme trauma pada paha. Sering didapatkan keluhan nyeri pada luka terbuka.

1. *Look* : Pada fraktur terbuka terlihat adanya luka terbuka dengan deformitas yang jelas. Kaji seberapa luas kerusakan jaringan lunak yang terlibat. Kaji apakah pada luka terbuka pada ada fragmen tulang yang keluar dan apakah terdapatnya kerusakan pada jaringan beresiko meningkat pada respon syok hipovolemik. Pada fase awal trauma kecelakaan lalu lintas darat yang mengantarkan pada resiko tinggi infeksi. Pada fraktur tertutup sering ditemukan kehilangan fungsi deformitas, pemendekan ekstremitas atas karena kontraksi otot, krepitasi, pembengkakan, dan perubahan warna lokal pada kulit terjadi akibat ada

trauma dan pendarahan yang mengikuti fraktur. Tanda ini dapat terjadi setelah beberapa jam atau beberapa setelah cedera.

2. *Feel* : adanya keluhan nyeri tekan dan krepitasi
3. *Move* : daerah tungkai yang patah tidak boleh digerakkan, karena akan memberi respon trauma pada jaringan lunak di sekitar ujung fragmen tulang yang patah (Muttaqin, 2015).

2.1.7 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis menurut *UT Southwestern Medical Center* (2016) adalah nyeri, hilangnya fungsi, deformitas/perubahan bentuk, pemendekan ekstermitas, krepitus, pembengkakan lokal, dan perubahan warna

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

sering saling melengkapi satu sama lain sampai 2,5 sama 5 cm (1 sampai 2 *inchi*).

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

2.1.8 Komplikasi

Komplikasi yang didapatkan jika close fracture femur tidak tertangani dengan baik menurut Bima (2014) sebagai berikut :

1. Komplikasi awal
 - a. Kerusakan arteri

Pecahnya arteri karena trauma dapat ditandai dengan tidak adanya nadi, CRT menurun dan cyanosis pada bagian distal.

- b. Sindrom kompartemen

Terjebaknya otot, tulang, saraf dan pembuluh darah dalam jaringan parut, yang disebabkan karena edema dan perdarahan yang menekan otot saraf dan pembuluh darah, atau karena tekanan dari luar seperti gips dan pembabatan yang terlalu kuat.

c. Fat embolism syndrome

Sel lemak yang dihasilkan masuk ke aliran darah dan menyebabkan kadar oksigen dalam darah menjadi rendah, hal tersebut ditandai dengan gangguan pernapasan, takikardi, hipertensi, takipnea dan demam.

d. Infeksi

Dikarenakan oleh sistem pertahanan tubuh yang rusak pada trauma orthopedic, infeksi dimulai pada kulit dan masuk kedalam. Biasa terjadi pada open fracture atau penggunaan dalam pembedahan seperti orif, orof.

e. Syok

Terjadi karena kehilangan banyak darah dan meningkatnya permeabilitas kapiler sehingga menyebabkan oksigen menurun.

2. Komplikasi lanjut

- a. Malunion adalah tulang yang patah telah sembuh dalam posisi yang tidak seharusnya, membentuk sudut atau miring.
- b. Delayed union adalah proses penyembuhan yang terus berjalan tetapi dengan kecepatan yang lebih lambat setelah waktu 3 bulan untuk anggota gerak atas, 5 bulan untuk anggota gerak bawah.
- c. Non union adalah tulang yang patah dapat menjadi komplikasi yang membahayakan bagi penderita

2.1.9 Pemeriksaan Penunjang

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

1. Pemeriksaan rontgen

Menentukan lokasi/luasnya fraktur/trauma

2. Scan tulang, scan CT/MRI:

Memperlihatkan fraktur juga dapat digunakan untuk mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak.

3. *Arteriogram* : Dilakukan bila kerusakan vaskuler di curigai

4. Hitung darah lengkap

HT mungkin meningkat (hemokonsentrasi) atau menurun (pendarahan bermakna pada sisi fraktur) perdarahan bermakna pada sisi fraktur atau organ jauh pada multipel.

5. Kreatinin

Trauma otot meningkatkan beban kreatinin untuk klirens ginjal

6. Profil kagulasi

Penurunan dapat terjadi pada kehilangan darah, transfuse multiple, atau cidera hati (Doenges dalam Jitowiyono, 2016)

2.1.10 Penatalaksanaan

Tindakan penanganan fraktur dibedakan berdasarkan bentuk dan lokasi serta usia. Berikut adalah tindakan pertolongan awal pada fraktur menurut (Muttaqin, 2015) :

1. Kenali ciri awal patah tulang memperhatikan riwayat trauma yang terjadi karena benturan, terjatuh atau tertimpa benda keras yang menjadi alasan kuat pasien mengalami fraktur.
2. Jika ditemukan luka yang terbuka, bersihkan dengan antiseptic dan bersihkan perdarahan dengan cara di perban.
3. Lakukan reposisi (pengembalian tulang ke posisi semula) tetapi hal ini hanya boleh dilakukan oleh para ahli dengan cara operasi oleh ahli bedah

untuk mengembalikan tulang ke posisi semula.

4. Pertahankan daerah patah tulang dengan menggunakan bidai atau papan dari kedua posisi tulang yang patah untuk menyangga agar posisi tulang tetap stabil.
5. Berikan *analgesic* untuk mengurangi rasa nyeri pada sekitar perlukaan.
6. Beri perawatan pada perlukaan fraktur baik pre operasi maupun *post* operasi.

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

Penatalaksanaan yang dilakukan adalah :

1. Fraktur Terbuka

adalah kasus emergency karena dapat terjadi kontaminasi oleh bakteri dan disertai perdarahan yang hebat dalam waktu 6-8jam (*golden period*). Kuman belum terlalu jauh dilakukan : pembersihan luka, *exici*, *heacting situasi*, *antibiotic*.

Ada beberapa prinsipnya yaitu :

- a. Harus ditegakkan dan ditangani terlebih dahulu akibat trauma yang membahayakan jiwa *airway*, *breathing* dan *circulation*
- b. Semua patah tulang terbuka adalah kasus gawat darurat yang memerlukan penanganan segera yang meliputi pembidaian, menghentikan perdarahan dengan bidai, menghentikan perdarahan besar dengan klem.
- c. Pemberian *antibiotic*
- d. *Dibredemen* dan irigasi sempurna

- e. Stabilisasi.
- f. Penutup luka
- g. Rehabilitasi.
- h. *Life saving*.

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

- i Semua patah tulang terbuka dalam kasus gawat darurat

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

- j Pemberian Antibiotik

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

k *Debridemen* dan Irigasi

Debridemen untuk membuang semua jaringan mati pada daerah patah terbuka baik berupa benda asing maupun jaringan lokal yang mati. Irigasi untuk mengurangi kepadatan kuman dengan cara mencuci luka dengan larutan fisiologis dalam jumlah banyak baik dengan tekanan maupun tanpa tekanan.

1 Stabilisasi

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

2. Fraktur tertutup

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

3. Seluruh Fraktur

a. Rekognisis/Pengenalan

Riwayat kajian harus jelas untuk menentukan diagnosa dan tindakan selanjutnya

b. Reduksi/ Manipulasi/ Reposisi

Upaya untuk memanipulasi fragmen tulang supaya kembali secara

optimal seperti semula. Dapat juga diartikan reduksi fraktur (setting tulang) adalah mengembalikan fragmen tulang pada posisi keseajarannya *rotasfanatomis*

c. OREF(*Open Reduction an`d External Fixation*)

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

d. ORIF(*Open Reduction Internal Fixation*)

ORIF adalah suatu bentuk pembedahan dengan pemasangan internal fiksasi pada tulang yang mengalami fraktur. Fungsi ORIF untuk mempertahankan posisi agar fragmen tulang agar tetap menyatu dan tidak mengalami pergeseran. Internal fiksasi ini berupa *Intra Modullary Nail* biasanya digunakan untuk fraktur tulang panjang dengan tipe fraktur transfer

e. Retensi/Imobilisasi

Upaya yang dilakukan untuk menahan fragmen tulang sehingga kembali seperti semula secara optimal. Setelah fraktur di reduksi, fragmen tulang harus

di immobilisasi atau dipertahankan kesejajarannya yang benar sampai terjadi penyatuan. Immobilisasi dapat dilakukan dengan fiksasi eksternal atau internal. Metode fiksasi eksternal meliputi pembalutan gips, bidai, traksi kontinu, dan teknik gips atau fiksator eksternal. Implant logam dapat digunakan untuk fiksasi internal untuk immobilisasi fraktur.

f. **Rehabilitasi**

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

2.2 Konsep Teori Nyeri

2.2.1 Definisi

Nyeri adalah keadaan ketika individu mengalami sensasi yang tidak menyenangkan dalam berespon terhadap suatu rangsangan yang berbahaya (Lynda, 2015 : 50).

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 diprediksi dan berlangsung lebih dari tiga bulan (Nanda, 2015).

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 (Nanda, 2015).

2.2.2 Klasifikasi

1. Berdasarkan sumber nyeri, dapat dibagi menjadi:

a. Nyeri somatik luar

Nyeri yang stimulusnya berasal dari kulit, jaringan subkutan dan membran mukosa. Biasanya terasa seperti terbakar, tajam dan terlokalisasi

b. Nyeri somatik dalam

Nyeri tumpul (*dullness*) dan tidak terlokalisasi dengan baik akibat rangsangan pada otot rangka, tulang, sendi, jaringan ikat.

c. 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:

a. Aksin I : lokasi anatomi nyeri.

b. Aksin II : sistem organ primer di tubuh yang berhubungan dengan timbulnya nyeri.

c. Aksin III : karakteristik nyeri (tunggal, regular, kontinu).

d. Aksin IV : awalan terjadinya nyeri

e. Aksin V : etiologi nyeri

3. Berdasarkan jenisnya nyeri juga dapat diklasifikasikan menjadi:

a. 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.

b. Nyeri *neurogenik*

Nyeri yang didahului atau disebabkan oleh lesi atau disfungsi primer pada system saraf perifer. Hal ini disebabkan oleh cidera 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 *nerogenik* dapat menyebabkan terjadinya *allodynia*. Hal ini mungkin terjadi secaramekanik 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 analgetikkonvensional.

c. 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:

a. 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:

- 1) Nyeri somatik luar: nyeri tajam dikulit, subkutis dan mukosa
- 2) Nyeri somatik dalam : nyeri tumpul pada otot rangka, sendi dan jaringan ikat
- 3) Nyeri viseral : nyeri akibat disfungsi organ viseral

b. 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:

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

2.2.3 Etiologi

Menurut (Muttaqin, 2015) etiologi fraktur terdiri dari :

1. Trauma pada jaringan tubuh, misalnya kerusakan pada jaringan bedah atau cedera.
2. *Iskemik* jaringan
3. *Spasmus* merupakan suatu keadaan kontraksi yang tidak disadari atau

terkendali dan sering menimbulkan rasa sakit. Spasme biasanya terjadi pada otot yang kelelahan dan bekerja berlebihan, khususnya ketika otot tegang berlebihan atau diam menahan posisi yang tetap dalam waktu yang lama.

4. Inflamasi pembengkakan jaringan mengakibatkan peningkatan lokal dan juga ada pengeluaran zat kimia bioaktif lainnya.

5. *Postop*

6. Tanda dan gejala fisik

Tanda fisiologis dapat menunjukkan nyeri pada klien yang berupaya untuk tidak mengeluh atau mengakui ketidaknyamanan. Sangat penting untuk mengkaji tanda-tanda vital dan pemeriksaan fisik termasuk mengobservasi keterlibatan saraf otonom.

7. Efek perilaku

Klien yang mengalami nyeri menunjukkan ekspresi wajah dan gerakan tubuh yang khas dan berespon secara vokal serta mengalami kerusakan dalam interaksi sosial. Klien seringkali meringis.

8. Pengaruh pada aktivitas sehari-hari

Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri adalah:

1. Etik dan nilai budaya

Latar belakang etik 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 mampu 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

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 Stres

Ansietas seringkali menyertai peristiwa yang terjadi. Ancaman yang tidak

kelas 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 Muttaqin, 2015 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 Patofisiologi

Pada saat sel saraf rusak akibat trauma jaringan, maka terbentuklah zat-zat kimia seperti Bradikinin, serotonin dan enzim proteolitik. Kemudian zat-zat tersebut merangsang dan merusak ujung saraf reseptor nyeri dan rangsangan tersebut akan dihantarkan ke *hypothalamus* melalui saraf asenden. Sedangkan di korteks nyeri akan di persiapkan sehingga individu mengalami nyeri. Selain dihantarkan ke *hypotalamus* nyeri dapat menurunkan stimulasi terhadap reseptor mekanik sensitif pada termosensitif sehingga dapat juga menyebabkan atau mengalami nyeri (Mubarak dalam jitowiyono,2016).

2.2.6 Komplikasi

Komplikasi Menurut Muttaqin, 2015 terdiri dari :

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

2.2.7 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Penunjang menurut (Doenges dalam Jitowiyono, 2016) yaitu

1. Pemeriksaan rontgen
2. Menentukan lokasi/luanya fraktur/trauma
3. Scan tulang, scan CT/MRI
4. Memperlihatkan fraktur, juga dapat digunakan untuk mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak
5. *Arteriogram*
6. Dilakukan bila kerusakan vaskuler di curigai
7. Hitung darah lengkap
8. HT mungkin meningkat (*hemokonsentrasi*) atau menurun (pendarahan bermakna pada sisi fraktur) perdarahan bermakna pada sisi fraktur atau organ jauh pada multiple
9. Kreatinin
10. Trauma otot meningkatkan beban kreatinin untuk klirens ginjal
11. Profil kagulasi

12. Penurunan dapat terjadi pada kehilangan darah, transfuse multiple, atau cedera hati.

2.2.8 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan menurut (Muttaqin, 2015) antara lain :

1. Non farmakologis (Relaksasi dan Distraksi)

Relaksasi merupakan metode untuk menghilangkan nyeri dengan menggunakan teknik nafas dalam sehingga nyeri pasien dapat berkurang

Distraksi merupakan metode untuk menghilangkan nyeri dengan mengalihkan perhatian pasien pada hal-hal lain sehingga pasien akan lupa pada nyeri yang dialami.

2. Farmakologis

Kategori obat-obatan *analgesic* terdapat tiga macam obat-obatan untuk mengontrol nyeri yaitu *analgesic non opiotik analgesic opiot analgesik adjuvant*.

Berikut ini jenis-jenis skala nyeri berdasarkan nilai angka yaitu :

Skala 0 : Tidak nyeri

Skala 1 : Nyeri sangat ringan

Skala 2 : Nyeri ringan. Ada sensasi seperti dicubit, namun tidak begitu sakit

Skala 3 : Nyeri sudah mulai terasa, namun masih bisa ditoleransi.

Skala 4 : Nyeri cukup mengganggu (Contoh : nyeri sakit gigi)

Skala 5 : Nyeri benar-benar mengganggu dan tidak bisa didiamkan dalam waktu lama

Skala 6 : Nyeri sudah sampai tahap mengganggu indra, terutama indra penglihatan

Skala 7 : Nyeri sudah tidak bisa melakukan aktivitas

Skala 8 : Nyeri mengakibatkan tidak mampu berfikir jernih, bahkan terjadi perubahan perilaku

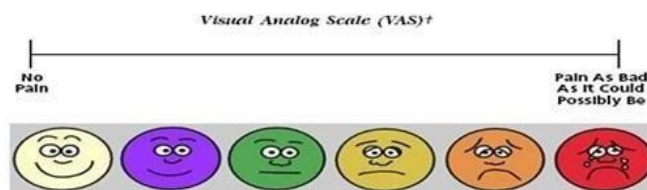
Skala 9 : Nyeri mengakibatkan menjerit-jerit dan mengakibatkan cara apapun untuk menyembuhkan nyeri

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 :

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

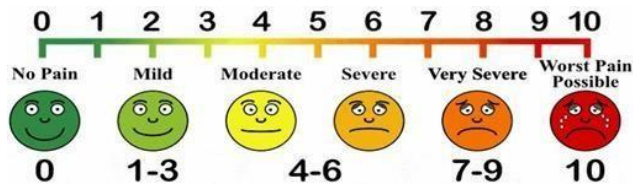


dengan indikator redanya rasa nyeri. VAS adalah prosedur penghitungan yang mudah untuk digunakan. Namun, VAS tidak disarankan untuk menganalisis efek nyeri pada pasien yang baru mengalami pembedahan. Ini karena VAS membutuhkan koordinasi visual, motorik, dan konsentrasi.

Gambar 2.2 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.



Gambar 2.3 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



Gambar 2.4 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



Gambar 2.5 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 pada tahun 1971. Prosedur ini berupa pemberian kuesioner yang berisikan kategori atau kelompok 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 tidurninggakehidupan pribadinya.

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 Asuhan Keperawatan Penyakit

2.3.1 Pengkajian

Data yang diperoleh atau dikaji tergantung pada tempat terjadinya, jenis, dan penyebab trauma Adapun pengkajian keperawatan meliputi:

1. Identitas pasien

Meliputi Nama, jenis kelamin laki-laki di usia produktif dikarenakan aktivitas seperti olahraga, pekerjaan dan sebagainya, sedangkan pada perempuan pada usia diatas 50 tahun dikarenakan kerusakan sendi seperti osteoporosis, usia laki-laki umumnya di bawah 45 tahun, sedangkan perempuan di atas 50 tahun, bahkan juga tidak menutup kemungkinan pada usia produktif atau pada anak, alamat, agama, bahasa yang digunakan, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan dimana pekerjaan yang berat seperti kuli bangunan, kurir sangat beresiko terjadi fraktur, golongan darah, nomor register, tanggal dan jam masuk rumah sakit (MRS), dan diagnosis medis

2. Keluhan utama

Pada umumnya keluhan utama pada kasus fraktur adalah rasa nyeri. Nyeri tersebut bisa akut atau kronik tergantung dan lamanya serangan. Untuk memperoleh pengkajian yang lengkap tentang rasa nyeri klien digunakan

P : *Provoking Incident*: faktor presipitasi nyeri.

Q : *Quality of Pain*: nyeri yang dirasakan atau digambarkan klien. seperti terbakar, berdenyut, atau menusuk.

R : *Region : radiation, relief*: apakah rasa sakit bisa reda, apakah rasa sakit menjalar atau menyebar, dan dimana rasa sakit terjadi

S : *Severity (Scale) of Pain*: seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan klien, bisa berdasarkan skala nyeri atau klien menerangkan seberapa jauh rasa sakit mempengaruhi kemampuan fungsinya.

T : Time: lama nyeri berlangsung.

3. Riwayat Penyakit Sekarang

Pada Kaji kronologi terjadinya trauma yang menyebabkan patah tulang femur, pertolongan apa yang didapatkan, apakah sudah berobat ke dukun patah tulang, obat apa saja yang sudah di konsumsi

4. Riwayat penyakit dahulu

Pada pengkajian ini ditemukan kemungkinan penyebab fraktur dan memberi petunjuk berapa lama tulang tersebut akan menyambung. Penyakit-penyakit tertentu seperti kanker tulang yang menyebabkan fraktur patologis yang sering sulit untuk menyambung. Selain itu, penyakit diabetes dengan luka di kaki sangat beresiko terjadinya osteomielitis akut maupun kronik dan juga diabetes menghambat proses penyembuhan tulang

5. Riwayat kesehatan keluarga

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

6. Riwayat psikososial

Merupakan respons emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya dan peran klien dalam keluarga dan masyarakat serta respon atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-harinya baik dalam keluarga maupun dalam masyarakat

7. Pola Kebiasaan

a. Pola Nutrisi

Umumnya pola nutrisi pasien tidak mengalami perubahan, namun ada beberapa kondisi dapat menyebabkan pola nutrisi berubah, seperti nyeri yang hebat, dampak hospitalisasi terutama bagi pasien yang merupakan pengalaman pertama masuk rumah sakit

b. Pola Eliminasi

Pasien dapat cenderung mengalami gangguan eliminasi BAB seperti konstipasi dan gangguan eliminasi urine akibat adanya program eliminasi dilakukan ditempat tidur

c. Pola Istirahat

Umumnya kebutuhan istirahat atau tidur pasien tidak mengalami perubahan yang berarti, namun ada beberapa kondisi dapat menyebabkan pola istirahat terganggu atau berubah seperti timbulnya rasa nyeri yang hebat dan dampak hospitalisasi

d. Pola Aktivitas

Umumnya pasien tidak dapat melakukan aktivitas (rutinitas) sebagaimana biasanya, yang hampir seluruh aktivitas dilakukan ditempat tidur. Hal ini dilakukan karena ada perubahan fungsi anggota gerak serta program immobilisasi, untuk melakukan aktivitasnya pasien harus dibantu oleh orang lain, namun untuk aktivitas yang sifatnya ringan pasien masih dapat melakukannya sendiri

e. *Personal Hygiene*

Pasien masih mampu melakukan personal hygienenya, namun harus ada bantuan dari orang lain, aktivitas ini sering dilakukan pasien ditempat tidur

f. Riwayat Psikologis

Biasanya dapat timbul rasa takut dan cemas terhadap fraktur, selain itu dapat juga terjadi gangguan konsep diri body image, jika terjadi atrofi otot kulit pucat, kering dan besisik. Dampak psikologis ini dapat muncul pada pasien yang masih dalam perawatan dirumah sakit. Hal ini dapat terjadi karena adanya program immobilisasi serta proses penyembuhan yang cukup lama

g. Riwayat Spiritual

Pada pasien post operasi fraktur femur riwayat spiritualnya tidak mengalami gangguan yang berarti, pasien masih tetap bisa bertoleransi terhadap agama yang dianut, masih bisa mengartikan makna dan tujuan serta harapan pasien terhadap penyakitnya

h. Riwayat Sosial

Dampak sosial adalah adanya ketergantungan pada orang lain dan sebaliknya pasien dapat juga menarik diri dari lingkungannya karena merasa dirinya tidak berguna (terutama kalau ada program amputasi)

8. Pemeriksaan fisik

Merupakan respons emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya dan peran klien dalam keluarga dan masyarakat serta respon atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-harinya baik dalam keluarga maupun dalam masyarakat

a. Keadaan umum

Menjelaskan tentang kesadaran penderita, kesakitan atau keadaan penyakit, dan TTV tidak normal karena gangguan fisik.

b. B1 (*Breathing*)

Menjelaskan tentang sistem pernafasan klien.

- 1) Inspeksi : bentuk dada klien nampak simetris kanan dan kiri, pola nafas teratur irama regular. Tidak terpasang alat bantu nafas O₂. Retraksi otot bantu nafas tidak ada.
- 2) Palpasi : Tidak Ada nyeri tekan. Vocal fremitus sama antara kanan dan kiri. Susunan ruas tulang belakang normal.
- 3) Perkusi : Thorax didapatkan sonor.
- 4) Auskultasi : Suara nafas vesikuler. Tidak ada bunyi nafas tambahan seperti wheezing atau ronchi. Biasanya sistem respirasi dalam keadaan normal

c. B2 (*Blood*)

Menjelaskan tentang kardiovaskuler klien.

- 1) Inspeksi : Klien tidak ada cyanosis , clubbing finger tidak ada.
- 2) Palpasi : Ictus cordis tidak teraba, tidak teraba pembesaran jantung, tidak terdapat nyeri dada, nadi meningkat atau tidak. CRT dapat kembali < 3 detik.
- 3) Perkusi : Suara pekak .
- 4) Auskultasi : Didapatkan bunyi irama regular. Pulsasi kuat posisi tidur, bunyi jantung s1 terdapat di ICS V garis midclavicula kiri terdengar lub dan s2 terdapat di ICS 2 garis sternalis kiri terdengar dub.

d. B3 (*Brain*)

Menjelaskan kesadaran klien, ada tidaknya gangguan persarafan pada klien.

Inspeksi : Kesadaran klien baik/ composmentis. Orientasi klien baik (klien dapat mengenali waktu, dan tempat). Klien kadang mengeluh pusing tapi klien tidak mengalami kejang, kaku kuduk(-), brudsky (-). Babinski(-), nyeri kepala ataupun kelainan dari nervus cranialis yang lainnya.

e. B4 (*Bladder*)

- 1) Inspeksi : Kaji oliguria, anuria, adanya retensi urin, rasa sakit atau panas saat berkemih. Didapat bentuk alat kelamin normal, kebersihan alat kelami bersih, urin bau khas warna kuning.
- 2) Palpasi : Tidak ada masa atau nyeri tekan.

f. B5 (*Bowel*)

- 1) Inspeksi : Keadaan mulut bersih, mukosa lembab, kebiasaan bab klien tidak ada masalah.
- 2) Palpasi : Keadaan abdomen tegang atau tidak, turgor kulit kembali < 3 detik .
- 3) Perkusi : Suara timpani ada pantulan gelombang cairan.
- 4) Auskultasi : Peristaltik usus normal kurang lebih 20x/menit.

g. B6 (*Bone*)

- 1) Inspeksi : Kemampuan pergerakan sendi dan tungkai terbatas. Kulit sedikit kotor pada area luka post op, terdapat pembengkakan atau tidak, terdapat perubahan warna pada lokasi luka post op.

- 2) Palpasi : Kelembaban kulit lembab, akral hangat, turgor kulit dapat kembali < 3 detik atau menurun di sekitar fraktur, kekuatan otot tangan dan kaki klien maksimal atau tidak. Aktifitas klien di bantu oleh keluarga karena klien post operasi harus menggunakan alat bantu seperti krek atau jagrak untuk menopangnya

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

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)

2.3.3 Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan Keperawatan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	Nyeri akut berhubungan dengan agenpencedera fisik (prosedur operasi). (D.0077)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan3x24 jam maka tingkat nyeri pasien menurun dengan KH: (L.08066) 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi: 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyerininon verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri

		<p>6. Frekuensi nadi membaik (Normalnya 60-100x/mnt)</p>	<p>6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</p> <p>7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</p> <p>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer</p> <p>9. Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam meredakan nyeri <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakannya 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi: Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
2	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka mobilitas	<p>Dukungan Ambulasi(I.06171)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya

	kekuatan otot (D.0054)	<p>fisik pasien meningkat dengan KH:(L.12111)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstermitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 4. Nyeri menurun 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 3. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktifitas ambulasi dengan alat bantu 2. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan ambulasi <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi 2. Anjurkan melakukan ambulasi dini 3. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan
3	Resiko infeksi dibuktikan dengan Ketidak adekuatan pertahanan tubuh sekunder (penurunan hb) (D.0142)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam maka tingkat infeksi pasien menurun dengan KH: (L.14137)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Demam menurun 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun 5. Nafsu makan meningkat 6. Kadar sel darah putih membaik 	<p>Pencegahan infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada area edema 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci 3. tangan dengan benar 4. Ajarkan etika batuk

			<p>5. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</p> <p>6. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>7. Anjurkan meningkatkan asupan cairan</p> <p>Kolaborasi: Kolaborasi pemberian obat / imunisasi, jika perlu</p>
--	--	--	--

2.3.4 Implementasi Keperawatan

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

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Implementasi tindakan keperawatan dibedakan berdasarkan kewenangan dan tanggung jawab perawat secara profesional antara lain :

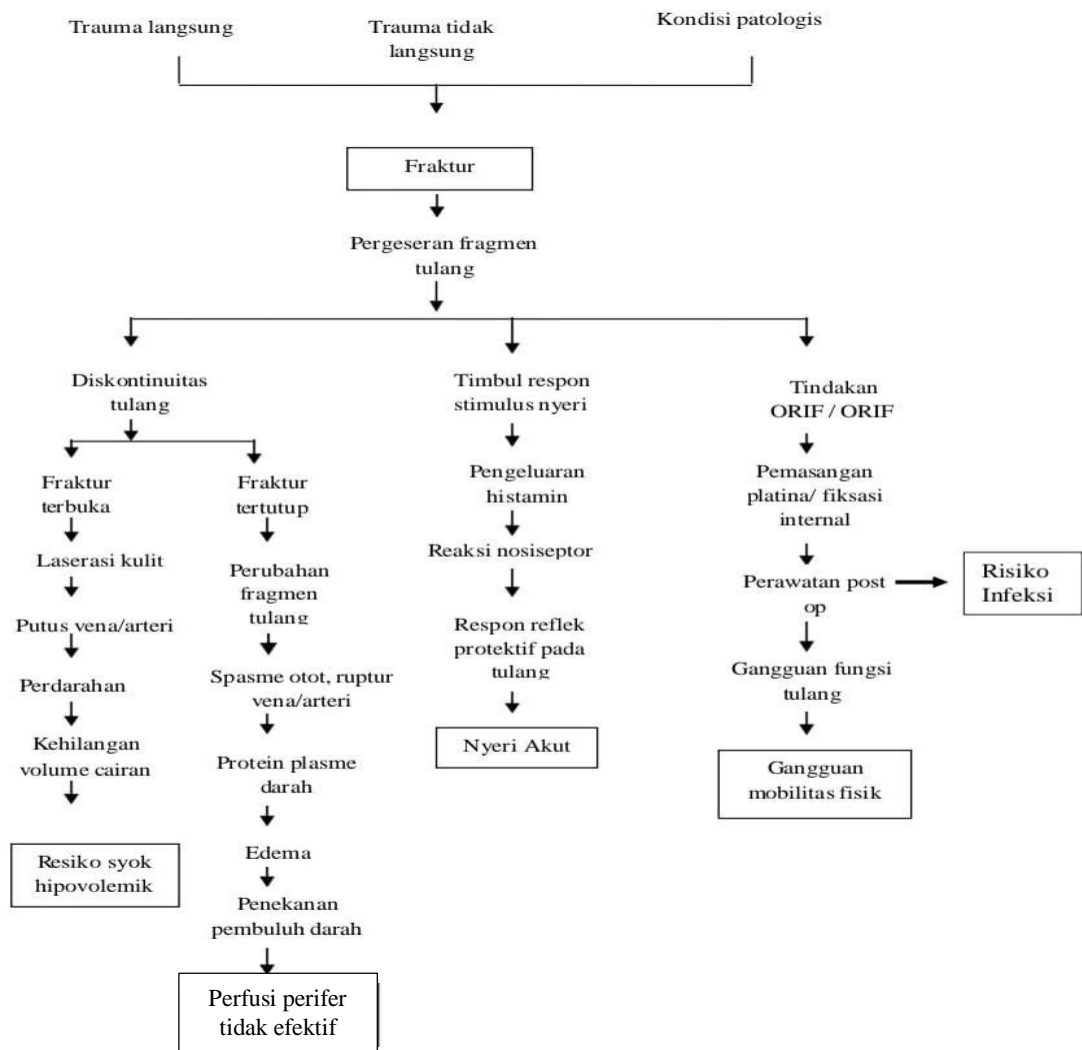
1. Independent Suatu kegiatan yang dilaksanakan oleh perawat tanpa petunjuk dan perintah tenaga kesehatan lainnya.
2. Interdependent Suatu kegiatan yang memerlukan suatu kerja sama dengan tenaga kesehatan lainnya, misalnya ahli gizi, fisioterapi dan dokter.
3. Dependent Pelaksanaan rencana tindakan medis. (Wahyuni,2016)

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah perbandingan sistemik dan terperinci mengenai kesehatan klien dengan tujuan yang ditetapkan, evaluasi dilakukan berkesinambungan yang melibatkan klien dan tenaga medis lainnya. Evaluasi dalam keperawatan yaitu

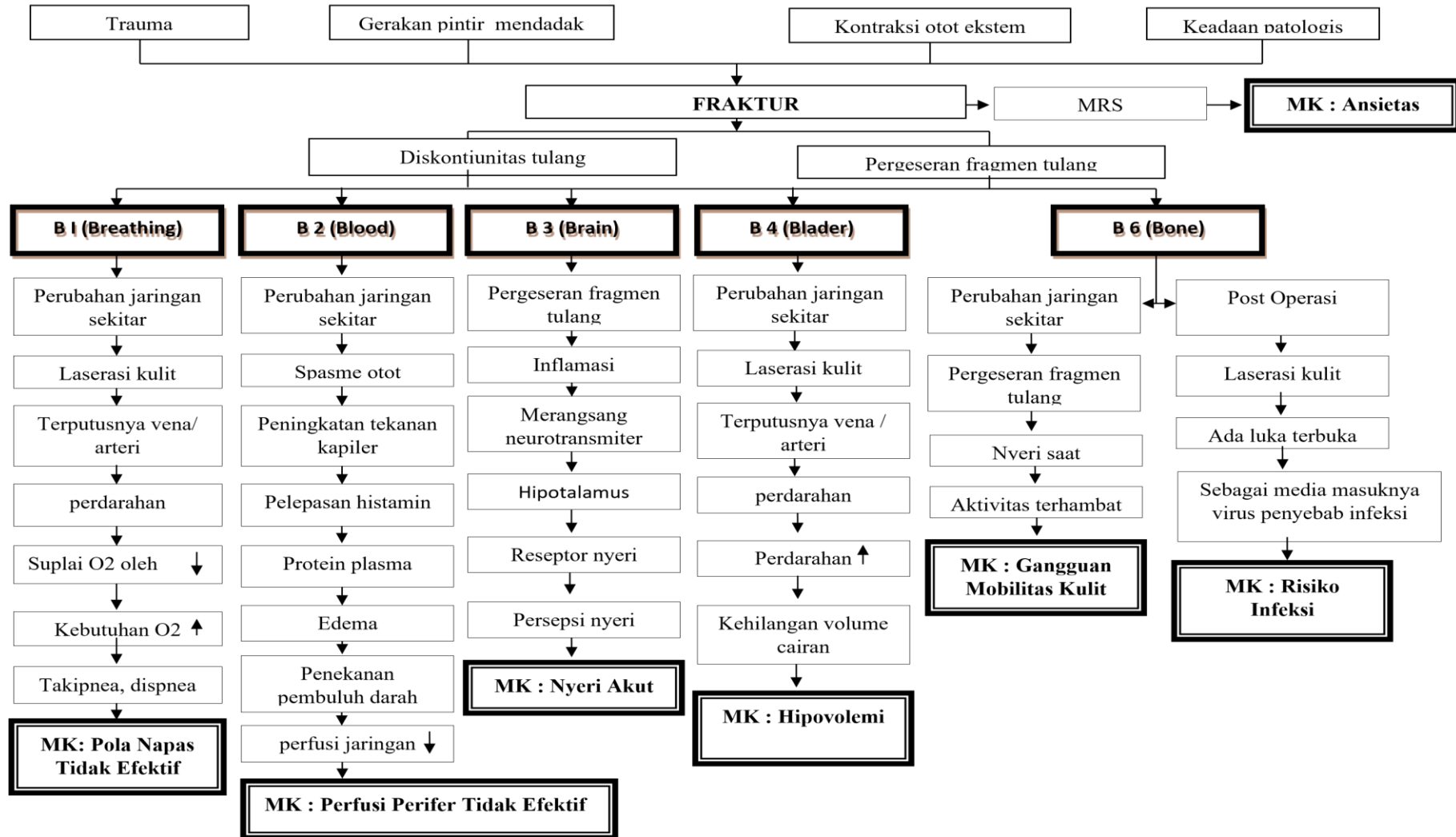
kegiatan untuk menilai tindakan keperawatan yang telah dipilih untuk memenuhi kebutuhan klien secara optimal dan mengukur dari proses keperawatan (Potter, 2015)

2.4 Kerangka Konseptual Fraktur



Gambar 2.6 Kerangka Konseptual Fraktur (Wijaya, 2015)

2.5 Kerangka Masalah Fraktur



Gambar 2.7 Kerangka Masalah Fraktur (Muttaqin, 2017)

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Pada bab 3 ini penulis akan menggambarkan tentang gambaran nyata pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien *Post Operasi Orif Close Fracture Femur Sinistra hari ke 0* , maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 01 Desember 2022 sampai dengan 03 Desember 2022 dengan data pengkajian pada tanggal 01 Desember 2022 pukul 06.30 WIB. Pasien MRS pada tanggal 24 November 2022 di Ruang C1 Rspal dr.Ramelan Surabaya. Anamnesa diperoleh dari pasien dan file No. Register 71xxxx sebagai berikut

3.1 Pengkajian

3.1.1 Data Dasar

1. Identitas Pasien

Pasien adalah seorang laki – laki Tn. R (18 tahun), beragama Islam, Jawa/Indonesia, pekerjaan pasien swasta, bahasa yang digunakan adalah bahasa jawa, sudah menikah dan mempunyai 1 orang anak laki-laki berusia 11 bulan, pasien hanya tinggal bersama istrinya. Pasien adalah anak ke 1 dari 2 bersaudara No register 71xxxx. Pasien dirawat dengan diagnosa medis *Post Operasi Orif Close fracture femur Sinistra Hari ke 0*. Penanggung jawab biaya adalah Umum. Pasien masuk di Rspal dr. Ramelan Surabaya melalui IGD Pada tanggal 23 November 2022 pukul 14.00 WIB, Masuk di ruang rawat inap pada tanggal 24 November 2022 pukul 07.00 WIB dan dilakukan pengkajian pada tanggal 01 Desember 2022 pukul 06.30 WIB

2. Keluhan Utama

Tn. R mengeluh nyeri pada kaki kiri setelah operasi hari ke 0

3. Riwayat Penyakit Sekarang

Tn. R pada tanggal 23 November 2022 awalnya mau pulang ke kos dari pulang kampung, sesampainya digang tiba-tiba ada mobil keluar menabrak pasien, setelah ditabrak orang yang menabrak mau bertanggung jawab, kemudian pasien dibawa ke IGD RSPAL dr. RAMELAN Surabaya dengan ambulance, kemudian dilakukan tindakan diswab pcr Antigen, di Rontgen di radiologi setelah itu kembali ke IGD pasien mendapat terapi pemasangan Infus cairan NS+ dijahit sedikit luka kecil, pada tanggal 24 November 2022 pukul 07.00WIB pasien pindah ruangan C1 kemudian dilakukan observasi TTV kemudian perawatan luka yang dijahit kecil dipaha kiri atas, terdapat tulang menonjol dipaha kiri atas, terpasang skin traksi 3kg sebelum dilakukan tindakan operasi. Pada tanggal 30 November 2022 dilakukan tindakan operasi. Dilakukan pengkajian pada tanggal 01 Desember 2022 di Ruang C1 dari hasil pengkajian ditemukan masalah keperawatan nyeri, gangguan mobilitas fisik dan risiko infeksi. Setelah itu tindakan yang dilakukan mengkaji nyeri pasien P : luka oprasi, Q : cekot-cekot, R: kaki sebelah kiri, S : 7(1-10), T : Hilang Timbul, dilakukan Observasi TTV TD:120/70 mmhg, Nadi: 88x/menit, suhu: 36,4°C RR: 20x/mnt.

4. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien Mengatakan tidak pernah mengalami fraktur sebelumnya, pasien juga tidak pernah menderita penyakit yang menular atau pun menurun dari keluarga seperti Hipertensi, Diabetes Militus, Asma, Jantung.

5. Riwayat Penyakit Keluarga

Dikeluarga tidak ada yang menderita penyakit seperti pasien sekarang. Ibu pasien mempunyai riwayat hipertensi

6. Riwayat Alergi

Pasien tidak mempunyai alergi makanan maupun obat-obatan

7. Keadaan Umum

Kualitatif : composmentis, pasien tampak lemas, tampak gelisah, meringis kesakitan

Kuantitatif : GCS 15 (E4, M 6 V5)

Tanda-tanda vital

Td : 120/70 mmHg

Nadi : 88x/menit

RR : 20x/menit

Suhu : 36.4°C

SpO₂ : 98%

P : luka operasi

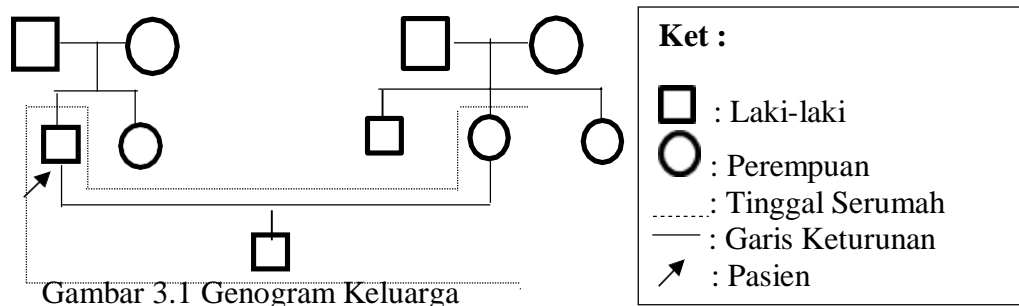
Q : cekot-cekot

R: kaki sebelah kiri

S : 7(1-10)

T : Hilang Timbul

3.1.2 Genogram



Gambar 3.1 Genogram Keluarga

Dari data diatas menjelaskan tentang susunan keluarga dari pasien bernama Tn. R Umur 18 tahun telah menikah dan mempunyai 1 anak laki-laki berusia 11 bulan

3.1.3 Pemeriksaan Fisik

1. B1 : Breath / Pernafasan

Pada pemeriksaan inspeksi didapatkan bentuk dada simetris, tidak ada otot bantu napas, irama nafas regular, tidak ada kelainan, pola napas spontan, tidak ada taktil/vocal fremitus, pasien tidak sesak napas, tidak batuk, tidak ada sputum, tidak terdapat sianosis. Pada pemeriksaan palpasi pasien tidak ada nyeri tekan pada dada. Pemeriksaan perkusi suara sonor. Pada pemeriksaan auskultasi tidak ada suara nafas tambahan seperti wheezing atau ronchi, suara nafas vesikuler, RR 20 x/menit. Kemampuan aktivitas dibantu oleh istrinya.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

2. B2 : Blood/sirkulasi

Pada pemeriksaan inspeksi tidak terdapat pembengkakan atau edema, tidak ada hepatomegaly, tidak ada pendarahan, tidak terdapat sianosis. Pada pemeriksaan palpasi ictus cordis teraba, tidak terdapat nyeri pada dada, irama jantung regular, CRT < 2 detik, akral teraba hangat, TD : 120/70 mmHg, Nadi :

88 x/menit, Suhu : 36,4°C, SPO2 ; 98%, RR : 20 x/menit, GCS : 456. Pada pemeriksaan perkusi suara pekak. Pada pemeriksaan auskultasi bunyi jantung S1 S2 Tunggal, tidak ada bunyi jantung tambahan, mur-mur (-), gallop (-), irama jantung regular.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

3. B3 : Brain/Persyarafan

Pada pemeriksaan inspeksi keadaan baik, kesadaran composmentis, GCS 456, Pada pemeriksaan palpasi reflek fisiologis biceps normal, triceps normal, patella normal, kaku kuduk (-), bruzinski I (-), bruzinski II (-), kernig (-), reflek baik. Pada pemeriksaan nervus kranial

Perkusi dan palpasi :

Nervus I (Olfaktorius) : Pasien mampu mencium bau makanan

Nervus II (Optikus) : Pasien mampu membedakan warna dengan baik

Nervus III (Okulomotorius) : konjungtiva anemis

Nervus IV (Trochler) : Pasien mampu menggerakkan bola mata ke kanan dan ke kiri

Nervus V (Trigeminus) : Sensorik : Pasien mampu merasakan sentuhan tangan, Motorik: Pasien mampu menggerakkan gigi

Nervus VI (Abdusen) : Pasien mampu melihat kesegala arah

Nervus VII (Fasial) : Sensori : Pasien mampu merasakan rasa teh manis, Motorik : Pasien mampu tersenyum

Nervus VIII (Vestibulokokhlearis) : Pasien mampu mendengar dengan baik

Nervus IX (Glosopharyngeal) : Pasien mampu menelan

Nervus X (Vagus) : Pasien mampu menelan

Nervus XI (Asesoris) : Kekuatan otot dan kesimetrisan bahu baik

Nervus XII (Hipoglosal) : Pasien mampu menjulurkan lidah

Sistem Motorik Kekuatan otot seimbang

Sistem sensorik didapatkan perasaan raba normal, perasaan nyeri normal.

Perasaan suhu tubuh normal, tidak ada perasaan abnormal dipermukaan tubuh

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

4. B4 : Bladder/Perkemihan

Pada pemeriksaan inspeksi pasien tidak terpasang kateter, BAK sebelum sakit sering dan sesudah sakit 3-4 x/hari, frekuensi BAK sebelum sakit 650 cc/hari sesudah sakit frekuensi BAK 1000 cc/hari, warna kencing sebelum dan sesudah sakit kuning jernih, bau urine amoniak palpasi tidak terdapat distensi vesika urinaria tidak terdapat nyeri tekan, kandung kemih tidak teraba penuh.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

5. B5 : Bowel/Pencernaan

Pada pemeriksaan inspeksi mulut pasien bersih tidak kotor, gigi pasien lengkap, tidak memakai gigi palsu, membrane mukosa bibir pucat, faring tidak ada, diit (makan dan minum) SMRS makanan biasa (Nb), diit di RS makanan biasa (Nb), nafsu makan pasien baik, frekuensi makan 3 x/hari, pasien tidak ada mual muntah, jenis makanan nasi, porsi makanan yang dihabiskan pasien 1/2 porsi, pasien tidak terpasang NGT, frekuensi minum pasien 1 botol jumlah 1500 cc/hari, jenis minuman air mineral, BAB sebelum dan sesudah sakit 1-x/hari, flatus 1x, konsistensi lunak, warna BAB kuning kecoklatan, tidak ada terpasang

colostomi. Pada pemeriksaan palpasi bentuk perut simetris, postur tubuh berisi, tidak ada kelainan abdomen, tidak ada pembesaran hepar, hemoroid tidak ada, tidak ada nyeri pada abdomen. Pada pemeriksaan perkusi tympani. Pada pemeriksaan auskultasi paristaltik usus 15x/menit bb sebelum sakit 60 kg saat sakit 60 kg tinggi badan 170

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

6. B6: Bone/Muskuluskeletal dan Integumen

Pada pemeriksaan inspeksi warna kulit pasien sawo matang, kuku bersih, kulit bersih, turgor kulit elastis, CRT <2dtk. Kemampuan pergerakan sendi dan tungkai (ROM): pada tangan kiri terbatas. Tangan kiri Terpasang infus, Kaki terbalut kain, terdapat luka bekas operasi paha kiri atas, tidak terpasang drain pada area luka, tampak kering dan bersih tidak terdapat rembesan cairan disekitar luka, tidak ada dislokasi, terdapat fracture femur 1/3 Sinistra, tidak ada deformitas dan krepitasi, kekuatan otot lemah dan tidak maksimal, terdapat nyeri tekan pada kaki kiri, tidak di dapatkan tanda - tanda kompartemen syndrome

ROM	5555	5555
	5555	3333

Masalah keperawatan : Gangguan Mobilitas Fisik, Nyeri Akut, Resiko Infeksi

7. Pola Istirahat Tidur

Istirahat tidur: pasien mengatakan Sebelum sakit tidur siang \pm 3 jam 13.00-16.00 wib, tidur malam \pm 7jam 21.00-04:00 wib. Setelah sakit tidur Siang : tidak pernah tidur siang. Malam tidak bisa tidur, tiap 1jam terbangun akibat nyeri yang dirasakan. Gangguan tidur : sulit tidur, tidak dapat memulai tidur kembali, mengeluh pola tidur sebelum dan sesudah sakit berubah, lesu, pucat

Masalah keperawatan : gangguan pola tidur.

8. Sistem Penginderaan

Sistem Penglihatan : Lapang pandang normal, pasien tidak buta warna, pasien dapat membaca dengan jarak 30cm, konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor, pasien tidak menggunakan kacamata.

Sistem Pendengaran : Tidak ada serumen, keadaan telinga bersih, system pendengaran baik

Sistem Penciuman : Tidak ada polip, fungsi penciuman baik, tidak terdapat sinusitis

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

9. Sistem Endokrin

Keadaan tiroid : Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid

Terkait pertumbuhan : Tidak terdapat gangguan pada hormon tyroid

Terkait hormon reproduksi : pasien berjenis kelamin laki-laki

10. Sistem Reproduksi

Pasien seorang laki – laki, sudah menikah, tidak ada masalah seksusal, tidak ada kelainan pada skrotum, pasien mempunyai 1 anak laki-laki

11. Personal hygiene

Mandi : Pasien mengatakan sebelum MRS mandi 3x sehari , setelah MRS pasien selalu di seka oleh istrinya setiap pagi

Keramas : Pasien mengatakan sebelum MRS keramas 1x sehari , setelah MRS pasien tidak keramas

Berpakaian : Pasien mengatakan sebelum MRS mengganti pakaian sendiri yang kotor tiap hari, setelah MRS tiap hari mengganti pakaian yang kotor dibantu oleh istrinya

Sikat Gigi : Pasien mengatakan sebelum MRS setiap hari selalu menyikat giginya, setelah MRS menyikat gigi 1x sehari

Memotong kuku : Pasien mengatakan sebelum MRS rajin memotong kuku, setelah MRS tidak pernah memotong kuku, kuku tampak bersih

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan.

12. Kognitif perseptual- Psiko- sosial-spiritual

Persepsi terhadap sehat sakit: bagi pasien kesehatan adalah kebahagiaan tersendiri karena pada saat sehat pasien dapat melakukan aktivitas sehari-hari tanpa adanya gangguan, karena saat sakit pasien tidak bisa beraktifitas hanya bedrest saja

Ideal diri: Pasien yakin penyakit yang dialami bisa teratasi meskipun tidak total dan pasien yakin bisa untuk mengontrol penyakitnya

Gambaran diri : pasien takut jika setelah operasi tidak dapat berjalan kembali

Peran : Pasien adalah suami dan ayah yang memiliki 1 anak laki-laki

Harga diri : pasien menyukai semua bagian tubuhnya

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan.

3.1.4 Pemeriksaan Penunjang

1. Laboratorium

Tabel 3.1 Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 30 November 2022

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
Hematologi			
Leukosit	19.08	$10^3/\mu\text{L}$	4.00-10.00
Eosinofil#	0.03	$10^3/\mu\text{L}$	0.02-0.50
Eosinofil%	0.20	%	0.5-5.0
Basofil#	0.04	$10^3/\mu\text{L}$	0.00-0.10
Basofil%	0.2	%	0.0-1.0
Neutrofil#	16.56	$10^3/\mu\text{L}$	2.00-7.00
Neutrofil%	86.80	%	50.0-70.0
Limfosit#	0.99	$10^3/\mu\text{L}$	0.80-4.00
Limfosit%	5.20	%	20.0-40.0
Monosit#	1.46	$10^3/\mu\text{L}$	0.12-1.20
Monosit%	7.60	%	3.0-12.0
IMG#	0.060	%	0.16-0.62
IMG%	0.300	%	0.16-0.62
Hemoglobin	11.90	g/dL	12-15
Hematokrit	34.00	%	37.0-47.0
Eritrosit	4.01	$10^3/\mu\text{L}$	3.50-5.00
MCV	84.8	fL	80-100
MCH	29.8	pg	26-34
MCHC	35.1	g/dL	32-36
RDW_CV	12.5	%	11.0-16.0
RDW_SD	37.9	fL	35.0-56.0
Trombosit	364.00	$10^3/\mu\text{L}$	150-450
MPV	7.5	fL	6.5-12.0
PDW	15.4	%	15-17
PCT	0.272	$10^3/\mu\text{L}$	0.108-0.282
P-LCC	36.0	$10^3/\mu\text{L}$	30-90
P-LCR	9.8	%	11.0-45.0

2. Hasil Pemeriksaan Torax AP tanggal 24 November 2022

Menunjukkan bahwa Cor tidak ada kelainan, jantung dan paru tak tampak

kelainan

3. Hasil Pemeriksaan Femur kiri AP dan lateral tanggal 24 November 2022
Menunjukkan bahwa Fraktur pada shaft os femur kiri disertai soft tissue swelling disekitarnya
4. Hasil Pemeriksaan Cruris kiri AP lateral tanggal 24 November 2022
Menunjukkan bahwa tak tampak fraktur pada tulang yang tervisualisasi
5. Hasil Pemeriksaan Hip Joint Kiri AP tanggal 24 November 2022
Menunjukkan bahwa tak tampak fraktur maupun dislokasi hip joint kiri
6. Hasil Pemeriksaan Femur Sinistra AP/Lat tanggal 30 November 2022
Menunjukkan bahwa Post Fraktur os Femur S 1/3 medial yang telah terpasang internal fiksasi, non union

3.1.5 Pemberian Terapi

Tabel 3.2 Terapi Obat

Terapi	Tepat Obat	Dosis	Rute	Indikasi
01/12/2022	Inj.Cefoperazone Sulbactam	2x1gr	Injeksi Intravena	Antbiotik kombinasi untuk mengobati infeksi bakteri, mengganggu pembentukan dinding sel bakteri.
	Inj. Sagestam	2x80mg	Injeksi Intravena	Antibiotik untuk mengobati infeksi, menghentikan laju pertumbuhan bakteri.
	Inj. Rativol Sanbe	3x30mg	Injeksi Intravena	Obat untuk nyeri sedang-berat serta nyeri pasca operasi yang bersifat akut, menghambat sintesis prostaglandin.
	Inj. Pumpitor Sanbe	2x20mg	Injeksi Intravena	Obat untuk tukak duodenal. Tukak lambung, refluks esofagitis, menekan sekresi asam lambung dengan cara menghambat spesifik sistem pompa asam dalam mukosa lambung.

3.2 Diagnosa Keperawatan

- 1 Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (SDKI,D.0077, Hal 172)
- 2 Gangguan Mobilitas fisik berhubungan dengan Penurunan KekuatanOtot (SDKI D0054 hal: 124)
- 3 Resiko infeksi dibuktikan dengan Ketidak adekuatan pertahanan tubuh sekunder (SDKI D.0142, hal: 304)

3.2.1 Analisis Data

Tabel 3.3 Analisis Data

Data/Faktor Resiko	Etiologi	Masala/ Problem
<p>DS: pasien mengatakan nyeri dibagian kaki kiri P : luka bekas operasi Q : cekot-cekot R : Nyeri dibagian kaki kiri S : 7 (1-10) T : Nyeri hilang timbul</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak gelisah - Tampak meringis kesakitan - Tampak mengernyitkan dahi menahan sakit saat kaki bekas operasi dipegang - Luka Operasi <i>Close Fraktur femur sinistra</i> 1/3 medial yang terpasang internal fiksasi non union hari ke 0 - Luka tampak bersih , kering, tertutup balutan kain dan tidak terdapat rembesan darah - TD : 120/70 mmHg N : 88 x/mnt S : 36.4°C RR: 20x/mnt 	<p>Agen Pencedera Fisik (Prosedure Operasi)</p>	<p>Nyeri Akut SDKI, 2017 D.0077 Hal 172</p>
<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan segala aktivitas dibantu istrinya setelah operasi - Pasien mengatakan tidak dapat menggerakkan kaki kirinya akibat nyeri yang dirasakan <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot menurun dibagian kaki kiri - Terdapat keterbatasan dalam menggerakkan ekstremitas bawah bagian kiri 	<p>Penurunan Kekuatan Otot</p>	<p>Gangguan Mobilitas Fisik SDKI, 2017 D.0054 Hal. 124</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengalami kelemahan dalam menggerakkan ekstremitas bawah - Hasil pemeriksaan kekuatan otot 5555 5555 <hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/>5555 3333 		
<p style="text-align: center;">Faktor Resiko</p> <p>Hasil pemeriksaan lab:</p> <p>Leukosit : $19,08 \times 10^3/\mu\text{L}$ Hemoglobin : 11,90 g/dL Hematokrit : 34,00 % Eritrosit : $4,01 \times 10^3/\mu\text{L}$ Trombosit : $364.00 \times 10^3/\mu\text{L}$ PCT : $0,272 \times 10^3/\mu\text{L}$</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat jahitan luka post operasi tertutup balutan kain pada kaki kiri tampak bersih, tidak terdapat rembesan darah, tidak terpasang drain pada luka operasi 	-	<p>Risiko Infeksi</p> <p>SDKI, 2017 D.0142 Hal 304</p>

3.2.2 Prioritas Masalah

Tabel 3.4 Prioritas Masalah Keperawatan

NO	MASALAH KEPERAWATAN	TANGGAL		PARAF (nama)
		ditemukan	teratasi	
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (SDKI,D.0077, hal 172)	01 Desember 2022	03 Desember 2022	 Indah
2	Gangguan Mobilitas fisik berhubungan dengan Penurunan Kekuatan Otot (SDKI D0054 hal: 124)	30 Desember 2022	03 Desember 2022	 Indah
3	Resiko infeksi dibuktikan dengan Ketidak adekuatan pertahanan tubuh sekunder (SDKI D.0142, hal: 304)	30 Desember 2022	03 Desember 2022	 Indah

3.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan













No.	Masalah keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post operasi) dibuktikan dengan pasien terlihat gelisah, tampak meringis, tampak mengernyitkan dahi menahan sakit, post operasi fraktur femur Sinistra 1/3 medial terpasang internal fiksasi non union hari ke 0. SDKI, 2017 D.0077 Hal. 172	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat nyeri menurun	Kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Kesulitandidur menurun 5. Tekanandarah membaik(normalnya 60-100 x/mnt) (SLKI,L08066 Hal 145)	Manajemen nyeri: 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Ajarkan teknin non farmakologi untuk mengurangi nyeri 5. Fasilitasi istirahat dan tidur 6. Kolaborasi pemberian analgesik Rativol 3x30mg SIKI, 2018 I.08238 Hal. 201	1 Mengetahui tingkat nyeri pasien 2 Mengetahui tingkat nyeri pasien 3 Mengetahui respon pasien 4 Istirahat yang cukup dapat mengendalikan perasaan nyeri 5 Teknik non farmakologi mengurangi rasa nyeri yang diderita pasien 6 Pemberian analgesik dapat mengurangi rasa nyeri pada pasien
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan kekuatan otot	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka mobilitas fisik meningkat	1. Pergerakan aktivitas meningkat, 2. Kekuatan otot meningkat, 3. Nyeri menurun, 4. Kelainan fisik menurun.	Dukungan mobilisasi: 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan	1. Mengetahui keluhan fisik pasien 2. Mengetahui sejauh mana mampu melakukan pergerakan 3. Mengetahui kondisi















	<p>kaki kiri menurun, rentan gerak (ROM) menurun, dan gerakan terbatas.</p> <p>SDKI, 2017 D.0054 Hal. 124</p>		<p>SIKI, 2018, L. 5. 05042 Hal. 65</p>	<p>3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>4. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>5. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>6. Anjurkan melakukan mobilisasi sederhana</p> <p>7. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu</p> <p>SIKI, 2018, I.05173 Hal. 30</p>	<p>umum pasien</p> <p>4. Keluarga mampu membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>5. Menambah informasi terkait mobilisasi dini</p> <p>6. Untuk melatih otot pergerakan</p> <p>7. Dengan menggunakan alat bantu seperti kruk atau walker dapat mempermudah mobilisasi pasien</p>
3.	<p>Risiko Infeksi dibuktikan dengan hasil lab leukosit tinggi dengan hasil $19.08 \times 10^3/\mu\text{L}$ faktor risiko ditandai dengan luka operasi tertutup balutan kain, tidak ada rembesan cairan darah di balutan kain.</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat infeksi menurun</p>	<p>1. Nyeri menurun,</p> <p>2. Kemerahan menurun,</p> <p>3. Bengkak menurun,</p> <p>4. Demam menurun</p> <p>SLKI, 2018, L.14137 Hal. 139</p>	<p>Pencegahan Infeksi :</p> <p>1. Monitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>2. Pertahankan Teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi</p> <p>3. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>4. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</p>	<p>1. Mengetahui adanya infeksi</p> <p>2. Teknik aseptik membantu mempercepat penyembuhan luka</p> <p>3. Menambah informasi terkait penyakit yang diderita pasien</p> <p>4. Untuk mengurangi resiko infeksi</p> <p>5. Asupan</p>








	SDKI, 2017, D.0142 Hal. 304			<p>5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>6. Kolaborasi pemberian antibiotik Cefoprazone Sulbactam 2x 1gr, Sagestam 2x80mg</p> <p>SIKI, 2018 I. 14539 Hal. 278</p>	<p>Nutrisi untuk menambah energi dan mempercepat penyembuhan luka</p> <p>6. Pemberian antibiotik untuk mengobati infeksi terhadap bakteri</p>
--	-----------------------------	--	--	--	---
















3.4 Implementasi dan evaluasi hari 1










Tabel 3.6 Implementasi dan evaluasi







No Dx	Hari/TglJam	Implementasi	Paraf	Hari/Tgl Jam	No Dx	Evaluasi formatif SOAPIE / Catatan perkembangan	Paraf
1	Kamis, 01-12-2022	Pasien post op hari ke 0		Kamis, 01-12- 2022	1	DX: IS : pasien mengatakan nyeri dibagian kaki kiri	
1	21.00	Mengkaji Ku pasien terhadap nyeri		07.00		P : luka operasi	
1	21.30	Hasil: Ku lemah, pasien meringis kesakitan				Q : cekot-cekot	
1	21.35	Mengkaji PQRST nyeri pasien skala P : luka operasi Q : cekot-cekot R : Nyeri dibagian kaki kiri S : 7 (1-10) T : Nyeri hilang timbul				R : Nyeri dibagian kaki kiri S : 7 (1-10) T : Nyeri hilang timbul	
1	21.45	Mengajarkan pasien menggunakan tehnik nafas dalam untuk mengurangi nyeri bila nyeri timbul				O : - Pasien tampak gelisah - Pasien tampak meringis kesakitan - Pasien tampak memegang kaki kiri	
1,2	22.30	Menganjurkan pasien istirahat tidur			2	A : masalah keperawatan belum teratasi	
1,2	00.00	Memantau pasien tidur , Pasien tidak dapat tidur karena nyeri dibagian kaki kiri				P : lanjutkan intervensi 1.2.3.4,5.6	
1,2,3	04.30	Memberikan injeksi cefobactam 1gr/iv, injeksi sagestam 80mg.iv, injeksi pumpitor 1amp/iv, injeksi rativol 30 mg iv		07.15		DX : 2S : pasien mengatakan segala aktivitas dibantu oleh keluarga	
1,2,3	04.45	Tidak ada reaksi alergi obat				Pasien mengatakan sulit menggerakkan kaki kirinya	
1,2,3	05.15	Mengobservasi TTV , TD: 120/70mmhg, N:					













1,2,3	05.30	88x/menit, S:36,4 ⁰ C, RR: 20x/menit, SPO2: 98%				O : TD: 120/70 mmHg N: 80 x/menit S: 36,4 ⁰ C RR: 20 x/menit SPO ₂ : 99%	
3	06.00	Pasien tidak sesak, tidak demam, tidak ada tanda infeksi seperti bintik-bintik kemerahan, odem, tidak ada rembesan darah pada area luka bekas operasi				Kekuatan otot lemah, rentang gerak terbatas	
1,2,3	06.30	Memberikan diet makan pagi, anjurkan pasien meningkatkan asupan nutrisi dan cairan				5555 5555	
1	07.00	Melakukan pengkajian data terhadap pasien				3 5555 3333	
1	07.15	Mengkaji Ku pasien terhadap nyeri Ku lemah, pasien meringis kesakitan Mengkaji PQRST nyeri pasien skala P : luka operasi Q : cekot-cekot R : Nyeri dibagian kaki kiri S : 6 (1-10) T : Nyeri hilang timbul		07.30		A : Masalah keperawatan belum teratasi P : lanjutkan intervensi 1.2.3 4.5,6,7	
2	07.20					DX: 3 S :- O :	
1	07.20	Ajarkan pasien mobilisasi secara bertahap , miring kanan- kiri dan bergeser kemudian duduk				Terdapat luka operasi dibagian kaki kiri terbalut kain balutan , tampak kering dan tidak basah, tidak terpasang drain.	
1,2,3	08.00					A : Masalah keperawatan belum teratasi P : lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5,6	
1	11.00	Mengkaji Ku pasien terhadap nyeri Pasien tampak tenang, nyeri sedikit berkurang					
1	12.00	Mengobservasi TTV , TD: 120/80mmhg, N: 80x/menit, S:36,5 ⁰ C, RR: 20x/menit, SPO2: 98%					
1	12.30						
1,2,3	14.30	Memberikan tx injeksi rativol 30mg/iv					
1,2,3		Tidak ada reaksi alergi obat					















	15.00	Mengkaji Ku pasien terhadap nyeri					
1,2,3	16.00	Ku baik, pasien tampak dapat mengontrol nyeri					
1,2,3		Menganjurkan pasien istirahat dan tidur					
	16.15	Memberikan terapi injeksi cefobactam 1gr/iv,					
1	17.00	injeksi sagestam 80mg.iv, injeksi pumpitor 1amp/iv					
		Tidak ada alergi obat					
1	17.30	Mengobservasi TTV , TD: 120/70mmhg, N: 80x/menit, S:36.4 ⁰ C, RR: 20x/menit, SPO2:					
1	20.00	99%					
	20.15	Pasien dapat mengontrol nyeri dengan tehnik nafas dalam					
		Memberikan terapi injeksi rativol 30 mg iv					
		Tidak ada reaksi alergi obat					




	Jumat, 02-12-2022	Pasien post op hari ke 1	 	Jumat, 02-12-2022	1	DX: IS : pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang dibagian kaki kiri P : luka operasi Q : cekot-cekot R : Nyeri dibagian kaki kiri S : 4 (1-10) T : Nyeri hilang timbul O : - Pasien tampak tenang - Pasien tampak dapat mengontrol nyeri A: masalah keperawatan sebagian teratasi P: lanjutkan intervensi 2.3.4.6	
1	21.00	Mengkaji Ku pasien terhadap nyeri		07.00			
1	21.30	Ku baik, pasien tampak tenang					
1	21.35	Mengkaji PQRST nyeri pasien skala P : luka operasi Q : cekot-cekot R : Nyeri dibagian kaki kiri S : 4 (1-10) T : Nyeri hilang timbul					
1	21.45	Pasien dapat mengontrol nyeri dengan tekhnik nafas dalam	 				
1,2	22.30	Menganjurkan pasien istirahat tidur					
1,2	00.00	Memantau pasien tidur , Pasien tampak tenang dan tidur		07.15	2	DX : 2S : pasien mengatakan segala aktivitas sebagian dapat dilakukan sendiri, pasien mengatakan sudah dapat miring kanan dan kiri serta duduk dan menggeserkan kaki kiri secara perlahan O : TD: 120/80 mmHg N: 80 x/menit S: 36,5°C RR: 20 x/menit SPO ₂ : 98%	
1,2,3	04.30	Memberikan injeksi cefobactam 1gr/iv, injeksi sagestam 80mg.iv, injeksi pumpitor 1amp/iv, injeksi rativol 30 mg iv	 				
1,2,3	04.45	Tidak ada reaksi alergi obat					
1,2,3	05.15	Mengobservasi TTV , TD: 120/80mmhg, N: 84x/menit, S:36,4°C, RR: 20x/menit, SPO ₂ : 98%					
1,2,3	05.30	Pasien tidak sesak, tidak demam, tidak ada tanda infeksi seperti bintik-bintik kemerahan, odem, tidak ada rembesan darah pada area luka bekas operasi					
3	05.45	Melakukan perawatan luka, luka tampak					

3 2 1 1 2 1,2,3	06.00 06.30 07.00 07.15 10.15 11.00	<p>kering,tidak ada nanah dan tidak odem, tidak terpasang drain. Dibersihkan dengan cairan ns menggunakan kassa, kemudian dikeringkan dengan kassa lalu diberi sufratul sesuai panjang luka jahitan 8cm, 3cm, dan 2cm dibagian paha kiri atas, kemudian ditutup dengan balutan kassa dengan rapi dan tertutup.</p> <p>Memberikan diet makan pagi, anjurkan pasien meningkatkan asupan nutrisi dan cairan</p> <p>Ajarkan pasien mobilisasi secara bertahap , pasien mampu menggerakkan jari kaki tetapi menggeser kaki dibantu oleh istrinya</p> <p>Mengkaji Ku pasien terhadap nyeri Pasien tampak tenang, nyeri sedikit berkurang</p> <p>Mengkaji PQRST nyeri pasien skala P : luka operasi Q : cekot-cekot R : Nyeri dibagian kaki kiri S : 4 (1-10) T : Nyeri hilang timbul</p> <p>Petugas fisioterapi datang keruangan menjelaskan agar mau berlatih mobilisasi dengan menggunakan kruk agar sendi otot tidak mengalami kekakuan</p> <p>Mengobservasi TTV , TD: 120/80mmhg, N: 85x/menit, S:36,2^oC, RR: 20x/menit, SPO2: 98%</p>	       	07.30	3	<p>Kekuatan otot sedikit lemah, rentang gerak terbatas, pasien sudah dapat miring kanan kiri , bergeser dan duduk secara mandiri</p> <table border="1" data-bbox="1487 421 1688 533"> <tr> <td>5555</td> <td>5555</td> </tr> <tr> <td>5555</td> <td>4444</td> </tr> </table> <p>A : Masalah keperawatan sebagian teratasi P: lanjutkan intervensi 2,4,5,6,7</p> <p>DX: 3 S :- O :</p> <p>Terdapat luka operasi dibagian kaki kiri , dilakukan perawatan luka, luka tampak kering,tidak ada nanah dan tidak odem, tidak terpasang drain. Dibersihkan dengan cairan ns menggunakan kassa, kemudian dikeringkan dengan kassa lalu diberi sufratul sesuai panjang luka jahitan 8cm, 3cm, dan 2cm dibagian paha kiri atas, kemudian ditutup dengan balutan kassa dengan rapi dan tertutup.</p> <p>A : Masalah keperawatan sebagian teratasi P: lanjutkan intervensi 1,2,4,5,6</p>	5555	5555	5555	4444	
5555	5555										
5555	4444										

1	12.00	Memberikan terapi injeksi rativol 30 mg iv					
1	12.30	Tidak ada reaksi alergi obat					
1,2,3	15.00	Menganjurkan pasien istirahat					
1,2,3	16.00	Memberikan injeksi cefobactam 1gr/iv, injeksi sagestam 80mg.iv, injeksi pumpitor 1amp/iv,	 				
1,2,3	16.15	Tidak ada alergi obat Mengobservasi TTV , TD: 120/80mmhg, N: 80x/menit, S:36.5 ⁰ C, RR: 20x/menit, SPO2: 98%					
1,2,3	17.00	Ku baik, pasien tampak tenang , pasien tampak dapat mengontrol nyeri dengan tekhnik nafas dalam	 				
1	20.00						
1	20.15	Memberikan terapi injeksi rativol 30 mg iv Tidak ada reaksi alergi obat					

	Sabtu, 03-12-2022	Pasien post op hari ke 2		Sabtu, 03-12- 2022	1	DX: IS : pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang dibagian kaki kiri P : luka operasi Q : cekot-cekot R : Nyeri dibagian kaki kiri S : 3 (1-10) T : Nyeri hilang timbul O : - Pasien tampak tenang - Pasien tampak dapat mengontrol nyeri A: masalah keperawatan teratasi P: intervensi dihentikan, pasien boleh krs menunggu walker dan latihan mobilisasi	
1	21.30	Mengkaji Ku pasien terhadap nyeri Ku baik, pasien tampak tenang		07.00			
1	21.35	Mengkaji PQRST nyeri pasien skala P : luka operasi Q : cekot-cekot R : Nyeri dibagian kaki kiri S : 3 (1-10) T : Nyeri hilang timbul					
1	21.45	Pasien dapat mengontrol nyeri dengan tekhnik nafas dalam					
1,2	22.30	Menganjurkan pasien istirahat tidur					
1,2	00.00	Memantau pasien tidur , Pasien tampak tenang dan tidur					
1,2,3	04.00	Memberikan injeksi cefobactam 1gr/iv, injeksi sagestam 80mg.iv, injeksi pumpitor 1amp/iv, injeksi rativol 30 mg iv		07.15	2	DX : 2S : pasien mengatakan segala aktivitas sebagian dapat dilakukan sendiri, pasien mengatakan sudah dapat berdiri dan berjalan secara perlahan denga meggunakan alat kruk O : TD: 120/80 mmHg N: 80 x/menit S: 36,4°C RR: 20 x/menit	
1,2,3	04.45	Tidak ada reaksi alergi obat					
1,2,3	05.15	Mengobservasi TTV , TD: 110/70mmhg, N: 80x/menit, S:36,4°C, RR: 20x/menit, SPO2: 99%					
1,2,3	05.30	Pasien tidak sesak, tidak demam, tidak ada tanda infeksi seperti bintik-bintik kemerahan, odem, tidak ada rembesan darah pada area luka bekas operasi					
3	06.00	Memberikan diet makan pagi, anjurkan pasien					

2	06.30	meningkatkan asupan nutrisi dan cairan				SPO ₂ : 98%	
1		Ajarkan pasien mobilisasi secara bertahap ,				Kekuatan otot sedikit lemah, rentang gerak	
1	06.45	pasien mampu berdiri secara mandiri dengan				terbatas, pasien sudah dapat berdiri dan	
3	09.00	alat kruk serta didampingi oleh keluarga				berjalan secara perlahan dengan menggunakan	
		Anjurkan tehnik nafas dalam jika nyeri				kruk didampingi oleh keluarga	
		timbul				5555 5555	
	10.15	Dr.feby ppds orto visite, besok krs nunggu				5555 4444	
1,2,3		walker dan latihan dulu				A : Masalah keperawatan teratasi	
		Dilakukan perawatan luka, luka tampak				P : intervensi dihentikan, pasien boleh krs	
	12.00	kering dan tertutup balutan kassa kemudian				menunggu walker dan latihan mobilisasi	
1,2,3		ditutup dengan balutan kain					
		Mengobservasi TTV , TD: 120/80mmhg, N:					
	12.15	80x/menit, S:36.5 ⁰ C, RR: 20x/menit, SPO2:				DX:	
2		98%				3	
		Ku baik, pasien tampak tenang , pasien		07.30	3	S :	
	12.30	tampak dapat mengontrol nyeri dengan				O :	
		teknik nafas dalam				Terdapat luka operasi dibagian kaki kiri,	
1,2,3	14.00	Pasien mampu mobilisasi berdiri dengan				dilakukan perawatan luka, luka tampak	
1,2,3		menggunakan kruk didampingi keluarga				kering,tidak ada nanah dan tidak odem, tidak	
	15.00	Dr.feby ppds visite rencana KRS besok				terpasang drain.	
	17.00	menunggu walker				A : Masalah keperawatan teratasi	
1,2,3		Menganjurkan pasien istirahat				P : intervensi dihentikan, pasien boleh krs	
		Mengobservasi TTV , TD: 120/80mmhg, N:				menunggu walker dan latihan mobilisasi	
	17.15	80x/menit, S:36.4 ⁰ C, RR: 20x/menit, SPO2:					
		98%					
1,3		Ku baik, pasien tampak tenang , pasien					
		tampak dapat mengontrol nyeri dengan					
1,3	18.00	teknik nafas dalam					

1,2,3	18.30 20.00	Memberikan makan dan Memberikan terapi injeksi rativol 30 mg iv Tidak ada reaksi alergi obat Menganjurkan pasien istirahat	  				
-------	----------------	---	---	--	--	--	--

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada bab 4 ini akan di lakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatn pada pasien Tn. R *Close Fracture Femur Sinistra* di ruang C1 Rspal Dr.Ramelan Surabaya, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 01 Desember 2022 sampai dengan 03 Desember 2022. Melalui pendekatan studi kasus yang di kaitkan dengan teori dan *eviden based* yang sudah di lakukan. Pembahasan terhadap proses asuhan keperawatan ini di mulai dari pengkajian, rumusan masalah, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Penulis melakukan pengkajian pada Tn. R dengan melakukan anamnesa pada pasien dan keluarga, melakukan pemeriksaan fisik dan mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang medis. Pembahasan akan dimulai dari :

1. Identitas

Data yang di dapatkan , Pasien adalah seorang laki - laki Tn. R (18 tahun). Usia tua juga dikarenakan osteoporosis, sering terjadi pada laki – laki karena faktor pekerjaan sedangkan pada usia remaja dan dewasa bisa dikarenakan mengalami kecelakaan. Pekerjaan yang keras yang mengakibatkan stress, kurang istirahat, juga mengakibatkan fraktur yang tidak sengaja, jenis kelamin belum dapat diketahui secara pasti yang mendominasi pasien fraktur (Doenges, 2009) menurut peneliti berdasarkan temuan di lapangan jarang sekali usia muda fraktur sampai mengenai tulang besar, namun jika memang ini terjadi mungkin kecelakaan ini sangat keras. Menurut penulis kasus Tn. R memang di temukan

kesesuaian. Salah satu dari penyebab fracture adalah kecelakaan lalu lintas, kasus lainnya seperti osteoporosis dan kelainan patologis

2. Keluhan Utama

Tn. R mengeluh nyeri pada kaki kiri, nyeri cekot-cekot pada kaki kiri, skala nyeri 6-7 yang dirasa, nyeri hilang timbul dan semakin bertambah saat kaki dibuat gerak. Menurut (Rachmawati, 2021) gejala dari fracture adalah adanya pembengkakan, nyeri, deformitas, krepitasi. Penyebab dari nyeri pada pasien fracture adalah karena spasme otot berpindah tulang dari tempatnya dan merusakkan struktur di daerah yang berdekatan (Nurma, 2015). Menurut penulis di dapatkan keluhan yang utama saat pasien fracture adalah nyeri karena nyeri ini adalah respon dari tubuh yang disebabkan adanya pergeseran tulang.

3. Riwayat Penyakit Sekarang

Data Riwayat penyakit sekarang pasien datang ke rumah sakit karena kecelakaan dan akan di jadwalkan operasi orif. Menurut (purwanto, 2016) salah satu penyebab terjadinya fraktur adalah trauma langsung/ benturan Tn. R setelah di lakukan pemeriksaan Xray di dapatkan hasil *Close Fracture 1/3 femur Sinistra*. Di mana menurut (Sulistiyaningsih, 2016) fracture ini merupakan fracture tertutup derajat 2 yang di tandai 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. Riwayat Penyakit Dahulu

Tn. R tidak pernah mengalami fraktur sebelumnya, pasien juga tidak pernah menderita penyakit osteoporosis, Trauma patologis. Menurut (Muttaqin,

2014) Riwayat penyakit lain ataupun trauma patologis juga dapat menyebabkan trauma tak langsung. Menurut penulis untuk riwayat penyakit dahulu biasanya golongan usia tua atau >50 tahun lebih rentan terkena fraktur

5. Pemeriksaan Fisik

a. B1 (*Breath*)

Pada pemeriksaan fisik bentuk dada normochest, tidak ada penggunaan otot bantu nafas tambahan, irama nafas reguler, suara nafas vesikuler, pergerakan dada simetris, tidak terdengar suara nafas tambahan, RR: 20x/mnt, pasien tidak batuk.

Pada tinjauan pustaka tidak didapatkan adanya perubahan yang menonjol seperti bentuk dada ada tidaknya sesak nafas, pernafasan cuping hidung, dan pengembangan paru antara kanan dan kiri simetris, adanya nyeri tekan terdapat fraktur, tidak ada benjolan, Suara nafas vesikuler tidak ada suara tambahan seperti wheezing atau ronchi, bunyi paru resonan. Pada pemeriksaan system pernafasan didapatkan bahwa klien fraktur tidak mengalami kelainan (Doenges, 2009)

Menurut penulis di dalam pengkajian tidak didapatkan kelainan pada sistem B1 (Pernafasan) di karenakan salah satunya faktor usia pasien yang masih muda, tidak ada riwayat penyakit penyerta.

b. B2 (*Blood*)

Ictus cordis berada pada mid claukula sinistra ICS 5, tidak ada nyeri dada, tidak ada nyeri tekan, irama jantung reguler, bunyi jantung S1, S2 tunggal. Tidak ada sianosis, akral lembab merah kering, tidak ada edema, nadi 88x/mnt, TD: 120/70 mmHg.

Pada tinjauan pustaka didapatkan Kulit dan membran mukosa pucat, Tidak ada peningkatan frekuensi dan irama denyut nadi, tidak ada peningkatan JVP, CRT menurun <3detik pada ekstermitas yang mengalami luka, Bunyi jantung pekak, tekanan darah normal atau hipertensi (kadang terlihat sebagai respon nyeri), bunyi jantung I dan II terdengar lupdup tidak ada suara tambahan seperti mur mur atau gallop. (Doengoes, 2009). Menurut penulis untuk sistem B2 atau blood biasanya di temukan gangguan pada sistem ini jika memiliki riwayat penyakit sebelumnya seperti hipertensi dan kolesterol

c. B3 (*Brain*)

Pengkajian pasien didapatkan kesadaran pasien composmentis dengan GCS E=4 V=5 M=6 total 15. Pengkajian pada persyarafan dimulai dari nervus I sampai nerves 12 tidak ada masalah yang terkait dengan penyakit Tn. R.

Pada tinjauan pustaka didapatkan kesadaran Composmentis, tidak ada kejang, tidak ada gangguan yaitu normal, simetris dan tidak ada benjolan dan tidak ada nyeri kepala (Doenges, 2009). Menurut penulis untuk sistem B3 (Brain) ini sesuai keluhan pasien tidak di temukan kelainan, namun tidak menutup kemungkinan di sistem ini dapat terganggu pada masalah fracture yangkomplek atau multiple

d. B4 (*Bladder*)

Pemeriksaan perkemihan didapatkan warna urin kuning jernih, aliran lancar saat palpasi tidak teraba adanya distensi kandung kemih dan tidak ada nyeri tekan.

Pada tinjauan pustaka didapatkan bahwa miksi klien tidak mengalami gangguan, warna orange gelap, Memakai kateter, tidak ada nyeri tekan pada

kandung kemih (Doenges, 2009). Menurut penulis untuk gangguan pencernaan tidak di temukan pada pasien ini tapi pada kasus tertentu seperti fracture vertebra yang menekan syaraf tulang belakang sangat berdampak pada sistem perkemihan ini

e. B5 (Bowel)

Pemeriksaan sistem pencernaan pada Tn. R didapatkan pasien tidak mual dan muntah pada saat makan, pasien dapat menelan dengan baik, tidak ada perdarahan pada gusi pasien juga menghabiskan ½ porsi makanan Bentuk abdomen pasien datar dan tidak ada pembesaran abdomen. Pemeriksaan auskultasi didapatkan bising usus 12x/menit dan saat palpasi tidak ada nyeri tekan pada abdomen. Menurut (Doengus,2009) saat pasien fracture tidak mengganggu sistem pencernaan, bising usus dan nafsu makan. Menurut penulis untuk sistem pencernaan pasien tidak di temukan masalah, namun sesuai pengalan yang di temukan pasien yang mengalami fracture dengan keluhan nyeri biasanya nafsu makan menurun karena terdistraksi oleh nyeri yang di rasakan

f. B6 (Bone)

Pada pemeriksaan inspeksi warna kulit pasien sawo matang, kuku bersih, kulit bersih, turgor kulit elastis, CRT <2dtk. Kemampuan pergerakan sendi dan tungkai (ROM): pada tangan kiri terbatas. Tangan kiri Terpasang infus, Kaki terbalut kain, terdapat luka bekas operasi paha kiri atas, tidak terpasang drain pada area luka, tampak kering dan bersih tidak terdapat rembesan cairan disekitar luka, terdapat fracture femur 1/3 Sinistra, kekuatan otot lemah dan tidak maksimal, terdapat nyeri tekan pada kaki kiri.

ROM 5555	5555
5555	3333

muncul masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik, nyeri akut, resiko infeksi

Menurut Nurma (2015) gejala umum yang di alami pasien dengan *close fracture femur* adalah nyeri, bengkak deformitas dan krepitasi, dan penanganan untuk Tn. R adalah operasi orif, sesuai dengan teori menurut (Muttaqin, 2014) penatalaksanaan fracture adalah, pemasangan gips, ataupun pembedahan.

Menurut pengalan yang di temui penulis gangguan sistem ini pasti sangat terganggu terutama rom atau rentan gerak, dimana pasien mengalami keterbatasan gerak dan nyeri saat bergerak kemudian untuk pemulihan pasien yang telah di lakukan tindakan pembedahan sangat tergantung juga dengan latihan fisik yang harus di lakukan karena jika tidak di lakukan dapat menyebabkan kontraktur pada bagian tubuh tertentu yang lama tidak di gunakan.

g. Pola Istirahat Tidur

Istirahat tidur: pasien mengatakan Sebelum sakit tidur siang \pm 3 jam 13.00-16.00 wib, tidur malam \pm 7jam 21.00-04:00 wib. Setelah sakit tidur Siang : tidak pernah tidur siang. Malam tidak bisa tidur, tiap 1jam terbangun akibat nyeri yang dirasakan. Gangguan tidur : sulit tidur, tidak dapat memulai tidur kembali, mengeluh pola tidur sebelum dan sesudah sakit berubah, lesu, pucat

Masalah keperawatan : gangguan pola tidur.

h. Sistem Penginderaan

Sistem Penglihatan : Lapang pandang normal, pasien tidak buta warna, pasien dapat membaca dengan jarak 30cm, konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, pupil

isokor, pasien tidak menggunakan kacamata.

Sistem Pendengaran : Tidak ada serumen, keadaan telinga bersih, system pendengaran baik

Sistem Penciuman : Tidak ada polip, fungsi penciuman baik, tidak terdapat sinusitis

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

i. Sistem Endokrin

Keadaan tiroid : Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid

Terkait pertumbuhan : Tidak terdapat gangguan pada hormon tyroid

Terkait hormon reproduksi : pasien berjenis kelamin laki-laki

j. Sistem Reproduksi

Pasien seorang laki – laki, sudah menikah, tidak ada masalah seksusal, tidak ada kelainan pada skrotum, pasien mempunyai 1 anak laki-laki

k. Personal hygiene

Mandi : Pasien mengatakan sebelum MRS mandi 3x sehari , setelah MRS pasien selalu di seka oleh istrinya setiap pagi

Keramas : Pasien mengatakan sebelum MRS keramas 1x sehari , setelah MRS pasien tidak keramas

Berpakaian : Pasien mengatakan sebelum MRS mengganti pakaian sendiri yang kotor tiap hari, setelah MRS tiap hari mengganti pakaian yang kotor dibantu oleh istrinya

Sikat Gigi : Pasien mengatakan sebelum MRS setiap hari selalu menyikat giginya, setelah MRS menyikat gigi 1x sehari

Memotong kuku : Pasien mengatakan sebelum MRS rajin memotong

kuku, setelah MRS tidak pernah memotong kuku, kuku tampak bersih

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

l. Kognitif perseptual- Psiko- sosial-spiritual

Persepsi terhadap sehat sakit: bagi pasien kesehatan adalah kebahagiaan tersendiri karena pada saat sehat pasien dapat melakukan aktivitas sehari-hari tanpa adanya gangguan, karena saat sakit pasien tidak bisa beraktifitas hanya bedrest saja

Ideal diri: Pasien yakin penyakit yang dialami bisa teratasi meskipun tidak total dan pasien yakin bisa untuk mengontrol penyakitnya

Gambaran diri : pasien takut jika setelah operasi tidak dapat berjalan kembali

Peran : Pasien adalah suami dan ayah yang memiliki 1 anak laki-laki

Harga diri : pasien menyukai semua bagian tubuhnya

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

m. Pemeriksaan Penunjang (Laboratorium)

Hasil Pemeriksaan Torax AP tanggal 24 November 2022

Menunjukkan bahwa Cor tidak ada kelainan, jantung dan paru tak tampak kelainan

Hasil Pemeriksaan Femur kiri AP dan lateral tanggal 24 November 2022

Menunjukkan bahwa Fraktur pada shaft os femur kiri disertai soft tissue swelling disekitarnya

Hasil Pemeriksaan Cruris kiri AP lateral tanggal 24 November 2022

Menunjukkan bahwa tak tampak fraktur pada tulang yang tervisualisasi

Hasil Pemeriksaan Hip Joint Kiri AP tanggal 24 November 2022

Menunjukkan bahwa tak tampak fraktur maupun dislokasi hip joint kiri

Hasil Pemeriksaan Femur Sinistra AP/Lat tanggal 30 November 2022

Menunjukkan bahwa Post Fraktur os Femur S 1/3 medial yang telah terpasang internal fiksasi, non union

4.2 Diagnosa Keperawatan

Penulis pada tahap ini meneruskan beberapa diagnosa keperawatan berdasarkan data yang diperoleh dari pasien pada saat pengkajian. Diagnosa keperawatan yang terdapat pada tinjauan kasus dan tinjauan pustaka menghasilkan 3 diagnosa yang muncul pada Tn. R diantaranya yaitu :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedure operasi).
SDKI 2016 Di dapatkan keluhan Tn. R nyeri di kaki kiri, skala nyeri 7, nyeri hilang timbul dan bertambah nyeri saat bergerak, wajah tampak meringis kesakitan, sulit tidur dan tampak gelisah.

Menurut SDKI (2016) pada domain D.0077 (Kategori : Psikologi Subkategori : Nyeri dan Kenyamanan) Menjelaskan data objektif nyeri akut tanda mayor dan minornya yaitu, Pasien mengeluh nyeri, meringis kesakitan, gelisah dan sulit tidur. Teori tersebut sejalan dengan (Nurma,2015) nyeri disebabkan karena spasme otot berpindah tulang dari tempatnya dan kerusakan struktur di daerah yang berdekatan sehingga dapat ditemukan masalah nyeri.

Menurut penulis nyeri adalah gejala yang sangat umum di alami oleh pasien, dan nyeri ini sangat mengganggu, namun biasanya kita berkolaborasi dengan dokter dan tim medis lain untuk membantu mengurangi nyeri ini dengan pemberian obat analgesic yaitu rativol 3x30mg sesuai dengan kondisi pasien, obat

tersebut bekerja menghambat sintesis prostaglandin dan untuk mengatasi masalah nyeri sedang-berat serta nyeri pasca operasi bersifat akut.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (SDKI,2016)

Di dapatkan keluhan Tn. R tidak bisa beraktivitas seperti biasanya, gerakan terhambat, mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas bawah terutama sebelah kiri, rentan gerak menurun, enggan melakukan pergerakan, segala aktivitas dibantu oleh istrinya.

Menurut SDKI (2016), Pada domain D0054 menjelaskan bahwa tanda mayor dan minor yaitu kekuatan otot menurun, rentan gerak menurun, sulit menggerakkan ekstermitas, nyeri saat bergerak, gerakan terbatas. Saat fraktur pasien biasanya di sarankan bedrest atau minimal mobilisasi untuk mencegah fracture yang lebih berat dan juga untuk aktivitas dan kegiatan lainya sulit untuk melakukan mandiri, sehingga penulis menegakan diagnosa gangguan mobilitas fisik. Teori tersebut sejalan dengan (Bachtiar, 2018) bahwa salah satu masalah yang terjadi pada pasien post operasi *open reduction internal fixation* pada pasien fraktur banyak mengalami keterbatasan gerak sendi dan fraktur dapat menyebabkan kecacatan fisik, kecacatan fisik dapat dipulihkan secara bertahap melalui latihan rentang gerak yaitu dengan latihan *Range of Motion* (ROM) yang dievaluasi secara aktif.

Menurut penulis mobilisasi merupakan kemampuan individu untuk, bergerak secara bebas, mudah dan teratur sehingga ketika kemampuan mobilisasi terganggu dapat mempengaruhi segala aktivitas cara mengatasi hal tersebut yaitu

dengan latihan *Range of Motion* (ROM) secara bertahap dengan menggunakan alat bantu sesuai dengan kebutuhan misal: walker dan kruk

3. Risiko Infeksi dibuktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (SDKI, 2016)

Di dapatkan data hasil lab Tn. R, Leukosit : $19,08 \times 10^3/\mu\text{L}$, Hemoglobin : 11,90 g/dL, Hematokrit : 34,00 %, Eritrosit : $4,01 \times 10^3/\mu\text{L}$, Trombosit : $364.00 \times 10^3/\mu\text{L}$, PCT : $0,272 \times 10^3/\mu\text{L}$. Serta terdapat jahitan luka setelah operasi tertutup balutan kain pada kaki kiri, kondisi luka kering tidak terdapat rembesan cairan darah, tidak terpasang drain pada luka operasi.

Menurut SDKI (2016), Pada domain D0142 menjelaskan bahwa tanda mayor dan minor yaitu Nyeri menurun, kemerahan menurun, bengkak menurun, demam menurun, hemoglobin meningkat, leukosit menurun. Hal ini seorang individu berisiko terserang oleh agen patogenik dan oportunistik (virus, jamur, bakteri, protozoa, atau parasit lain) dari sumber-sumber eksternal, sumber-sumber eksogen dan endogen (Muttaqin & Sari, 2012). Hal ini dibuktikan dalam teori, berisiko terhadap invasi organisme patogen. Faktor risiko yang muncul jaringan mengalami trauma ditandai dengan kerusakan jaringan, pertahanan tubuh sekunder tidak adekuat ditandai dengan penurunan hemoglobin dan peningkatan leukosit (Tengge, 2019).

Penulis berasumsi bahwa adanya kerusakan kulit/jaringan akibat luka, merupakan jalan mikroorganisme pada jaringan, adanya mikroorganisme pada jaringan akan direspon oleh tubuh mengeluarkan fagositosis, hal ini ditandai dengan meningkatnya leukosit dalam darah sebagai mekanisme pertahanan tubuh, bila tubuh gagal mempertahankan lokasi daerah luka, maka

memungkinkan terjadinya infeksi akibat adanya luka operasi yang dapat menimbulkan komplikasi apabila luka tidak dilakukan perawatan dengan benar, salah satunya adalah infeksi.

4.3 Intervensi Keperawatan

Pada tinjauan kasus, intervensi atau perencanaan kriteria hasil telah mengacu pada tujuan yang diharapkan dengan pedoman pada teori. Dalam intervensi, penulis berupaya ingin memandirikan pasien dan keluarga dalam pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan melalui peningkatan (kognitif), ketrampilan dalam menangani masalah (psikomotor), dan perubahan tingkah laku (afektif). Setelah menyusun perencanaan keperawatan maka penulis melaksanakan rencana keperawatan yang disusun. Pelaksanaan telah disusun dan direalisasikan pada pasien, serta ada pendokumentasian dan intervensi keperawatan. Pelaksanaan rencana keperawatan disesuaikan dengan kondisi pasien yang sebenarnya, maka tidak semua rencana yang sudah disusun diintervensi keperawatan dapat dilakukan pada pasien

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedure operasi)

Pada diagnosa keperawatan nyeri akut setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x24 jam, maka tingkat nyeri berkurang. Dengan kriteria hasil : keluhan nyeri menurun, wajah meringis menurun, kesulitan tidur menurun, tanda-tanda vital membaik, sikap protektif terhadap bagian yang sakit menurun. Penulis merencanakan asuhan keperawatan berupa 1) Tentukan riwayat nyeri, lokasi, durasi, dan intensitas, 2) Tentukan skala nyeri, mengidentifikasi respon nyeri non verbal 3) Berikan pengalihan resposisi dan aktivitas yang menyenangkan (seperti mendengarkan musik atau menonton TV), 4) Ajarkan

teknik mengurangi nyeri (teknik relaksasi napas dalam, visualisasi, bimbingan) lalu evaluasi nyeri, 5) Fasilitasi istirahat dan tidur, 6) Kolaborasikan pemberian analgetik rativol 3x30mg dengan dokter sesuai indikasi, jika perlu. Rencana asuhan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien sesuai dengan kondisi pasien.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

Tujuan dari dilakukan asuhan keperawatan yang diberikan selama 3 x 24 jam diharapkan pergerakan ekstremitas meningkat, rentang gerak meningkat. Rencana tindakan dengan melakukan Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi Anjurkan mobilisasi dini. Aktivitas dan latihan yang dianjurkan dapat meningkatkan tingkat energi, mempertahankan mobilitas, dan meningkatkan kemampuan kardiovaskular dan pulmonal. manfaat utama dari latihan adalah memelihara dan peningkatan fungsi fisik, mental, emosional, dan social, yang dapat menghasilkan rasa kecukupan terhadap diri sendiri dan kemandirian yang lebih baik.

3. Risiko infeksi dibuktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder

Tujuan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan risiko infeksi dapat diminimalisir dengan kriteria hasil: Demam menurun (36-37 0C), kemerahan menurun, nyeri menurun (<4), kadar sel darah putih membaik.

Penanganan fraktur femur adalah pembedahan *ORIF*. Dalam hal itu tindakan yang diberikan dapat mengakibatkan muncul masalah risiko infeksi. Penulis memberikan intervensi sebagai berikut : monitor luka operasi dan gejala infeksi hal ini dilakukan dengan cara memantau perkembangan suhu, kultur darah, dan kemerahan pada area luka, mencuci tangan sebelum dan setelah memberikan perawatan, pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi karena suhu yang terus meningkat setelah pembedahan dapat merupakan tanda pertama komplikasi infeksi, memberi penjelasan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi untuk membantu memperbaiki imunitas, anjurkan meningkatkan asupan cairan, kolaborasi pemberian antibiotic sagemam 2x80mg, cefoprazone subactam 2x1gr untuk membantu mencegah infeksi.

4.4 Implementasi Keperawatan

Menurut teori Nursalam (2016) implementasi merupakan melaksanakan dari rencana tindakan keperawatan untuk mencapai tujuan atau hasil yang ditentukan. Kegiatan dalam implementasi merupakan tindakan langsung kepada klien dan mengobservasi respon klien setelah dilakukan tindakan tersebut.

Implementasi yang pertama pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik yaitu mengidentifikasi intensitas dan frekuensi nyeri, didapatkan dengan hasil nyeri pada kaki kiri dengan skala 7. Implementasi keperawatan berfokus untuk mendistraksi pasien dengan melakukan teknik relaksasi Tarik napas dalam ketika akan melakukan pergerakan yang berguna untuk mengatasi nyeri yang dialami oleh pasien. Ada dua cara penatalaksanaan nyeri beberapa teknik non farmakologis yang dapat diterapkan

dalam mengatasi nyeri yaitu teknik pernafasan, aromaterapi, audionalgesia, akupuntur, transcutaneous electric nerve stimulations (TENS), kompres dengan suhu dingin panas, sentuhan pijatan dan hipnotis. Salah satu upaya non farmakologis untuk mengatasi nyeri adalah teknik relaksasi (Keperawatan, 2019). Kelebihan latihan teknik relaksasi dibandingkan dengan teknik lain adalah teknik relaksasi lebih mudah dilakukan bahkan dalam kondisi apapun serta tidak memiliki efek samping apapun dan melakukan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat analgesik dan setelah itu melakukan injeksi rativol 1 x 30mg untuk mengurangi rasa nyeri yang muncul.

Implementasi yang kedua pada diagnosa Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Implementasi keperawatan berfokus dengan melakukan 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, 3) libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi, 4) Jelaskan tujuan dan procedure mobilisasi, 5) Anjurkan mobilisasi sederhana, 6) fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu. Aktivitas dan latihan yang dianjurkan dapat meningkatkan tingkat energi, mempertahankan mobilitas, dan meningkatkan kemampuan kardiovaskular dan pulmonal. manfaat utama dari latihan adalah memelihara dan peningkatan fungsi fisik, mental, emosional, dan social, yang dapat menghasilkan rasa kecukupan terhadap diri sendiri dan kemandirian yang lebih baik.

Implementasi yang ketiga risiko infeksi dibuktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder Pada diagnosa risiko infeksi pada pasien dilakukan tindakan 1) monitor luka operasi dan gejala infeksi dengan cara

memantau suhu tubuh, hasil lab, dan keadaan klinis, 2) mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi, 3) jelaskan tanda dan gejala infeksi, 4) mengajarkan pasien cara mencuci tangan dengan benar, 5) anjurkan meningkatkan asupan nutrisi, anjurkan meningkatkan asupan cairan, 6) kolaborasi pemberian antibiotic sagestam 2x80mg, cefoprazone subactam 2x1gr untuk mencegah terjadinya infeksi. Dengan memberikan tindakan mencuci tangan sebelum dan sesudah memberikan perawatan dapat mengontrol infeksi dan merupakan metode terbaik untuk mencegah transmisi mikroorganisme (Rikayanti, 2013).. Menurut penulis, observasi tanda gejala infeksi dan meningkatkan asupan nutrisi dapat membantu mengatasi masalah keperawatan yang muncul, karena asupan nutrisi yang cukup dapat meningkatkan imunitas sehingga membantu meminimalkan infeksi.

4.5 Evaluasi Keperawatan

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

Menurut Nursalam (2016) evaluasi disusun menggunakan SOAP secara operasional dengan tahapan dengan sumatif (dilakukan selama proses asuhan keperawatan) dan formatif yaitu dengan proses dan evaluasi akhir. Evaluasi dapat dibagi dalam 2 jenis yaitu evaluasi berjalan (sumatif) dan evaluasi akhir (formatif). Pada evaluasi belum dapat dilaksanakan secara maksimal karena

keterbatasan waktu. Sedangkan pada tinjauan evaluasi pada pasien dilakukan karena dapat diketahui secara langsung keadaan pasien.

1 Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedure operasi)

Hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Tn. R sebagai berikut : Pasien mengatakan nyeri setelah operasi menurun P:Nyeri luka operasi Q:Cekot-cekot R:kaki kiri S: Skala nyeri 3 (1-10) T: hilang timbul keadaan umum pasien tampak baik, meringis dan gelisah menurun, pasien dapat mengontrol nyeri dengan teknik relaksasi nafas dalam, pemeriksaan tanda – tanda vital: TD: 120/80 mmhg nadi: 80x/menit, suhu: 36,4°C RR: 20x/mnt, terdapat luka tertutup balutan kain. Masalah nyeri akut pada Tn. R teratasi pada tanggal 03 Desember 2022 serta intervensi yang diberikan diberhentikan dan pasien diperbolehkan untuk pulang.

2 Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

Hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Tn. R sebagai berikut : Pasien mengatakan nyeri ketika badannya dibuat gerak menurun, aktivitas sebagian masih dibantu keluarga, gerakannya pasien sedikit terbatas, keadaan umum pasien tampak baik, tampak tenang, pemeriksaan tanda – tanda vital: TD:120/80 mmhg, Nadi: 80x/menit, suhu: 36,4°C RR: 20x/mnt pasien mobilisasi dengan menggunakan alat bantu kruk, gangguan mobilitas fisik pada Tn. R teratasi dikarenakan pasien sudah boleh pulang dan intervensi telah dilakukan sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

3 Risiko infeksi dibuktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder

Hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Tn. R sebagai berikut : Terdapat luka operasi dibagian kaki kiri, telah dilakukan perawatan luka, luka tampak kering,

tidak ada nanah dan tidak odem, tidak terpasang drain, tertutup balutan kain, tidak terdapat rembesan cairan darah. Keadaan umum pasien tampak baik, pemeriksaan tanda – tanda vital: TD:120/80 mmhg, Nadi: 80x/menit, suhu: 36,4°C RR: 20x/mnt, tidak ditemukan adanya tanda-tanda infeksi seperti kemerahan dan odem disekitar luka. Risiko infeksi pada Tn. R teratasi dikarenakan pasien sudah boleh pulang dan intervensi telah dilakukan sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan Asuhan Keperawatan Medical Bedah Dengan Diagnosa Medis *Post Operasi Orif Close Fracture Femur Sinistra Hari Ke 0*, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien dengan Diagnosa Medis *Post Operasi Orif Close Fracture Femur Sinistra Hari Ke 0*.

5.1 Simpulan

- 1 Pada pengkajian didapatkan klien Tn. R . Klien mengeluh nyeri pada kaki kiri setelah operasi, nyeri cekot-cekot, skala nyeri 7 yang dirasa, nyeri semakin bertambah saat kaki dibuat gerak.
- 2 Masalah keperawatan yang muncul Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedure operasi), Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, Risiko Infeksi dibuktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder,
- 3 Nyeri akut berhubungan dengan prosedur operasi, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam nyeri dapat berkurang dengan kriteria hasil : mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri), mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri), skala nyeri 1-3, menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang, tanda vital dalam batas normal, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik dapat meningkat atau optimal dengan kriteria hasil : dapat melakukan aktivitas secara mandiri, klien mampu menggunakan alat gerak, kekuatan otot klien meningkat, klien mampu mobilisasi dengan bantuan minimal

- 4 Beberapa tindakan keperawatan pada pasien dengan diagnose medis *Post Operasi Orif Close Fracture Femur Sinistra Hari Ke 0* yaitu menjelaskan pada pasien dan keluarga tentang penyebab nyeri , mengajarkan pasien tentang teknik relaksasi nafas dalam, mengkaji skala nyeri, memposisikan pasien senyaman mungkin atau semifowler, Observasi tanda-tanda vital, memberikan analgetik serta Kolaborasi dengan tim dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil.
- 5 Pada akhir evaluasi semuanya dapat dicapai karena dengan kerjasama yang baik antara pasien, keluarga, perawat ruangan dan tim kesehatan lain. Hasil evaluasi Tn. R sudah sesuai dengan waktu yang lebih cepat yaitu 3x24 jam dan masalah dapat teratasi .
- 6 Pendokumentasian asuhan keperawatan sangat diperlukan bagi perawat dan kolaborasi tim Kesehatan lain karena agar semua tindakan terkontrol dalam dokumentasi pasien tersebut, pada saat pasien dirawat hingga pasien pulang.

5.2 Saran

Dari kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut :

- 1 Diharapkan pasien dan keluarga untuk tetap kooperatif dalam menjalin hubungan dalam proses pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilakukan, agar dapat memberikan informasi dan pengetahuan kepada pasien serta dapat meningkatkan derajat kesehatan pasien dengan ilmu yang diterima.
- 2 Perawat di sarankan untuk meningkatkan mutu pelayanan, dengan adanya penyuluhan pasien *Post Operasi Orif Close Fracture Femur Sinistra Hari Ke 0* seperti perawatan luka untuk penyembuhan luka, mobilisasi dengan belajar menggerakkan kaki sedikit demi sedikit, melatih duduk dan menggerakkan jari – jari supaya aliran darah mengalir dengan normal dan pembebatan tidak terlalu kuat karena dapat menyebabkan sirkulasi darah tidak lancar, serta dapat meningkatkan mutu pelayanan asuhan keperawatan.

- 3 Rumah sakit hendaknya dapat mendukung membuat discharge planning seperti melakukan penyuluhan tentang pasien dengan diagnosa medis *Post Operasi Orif Close Fracture Femur Sinistra Hari Ke 0* guna meningkatkan pengetahuan pasien dalam mengatasi masalah tersebut.
- 4 Penulis selanjutnya di harapkan sebagai calon tenaga perawat profesional, hendaknya mahasiswa keperawatan dapat mempergunakan tempat mereka mendapatkan ilmu dengan semaksimal mungkin, sehingga dalam melakukan tindakan keperawatan harus didasari dengan teori.

DAFTAR PUSTAKA

- Ananda, T., Hasanah, U., & Almansyah, Y. (2021). *Konsep Imobilisasi Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Yatsi Tangerang*.
- Andri, J., Febriawati, H., Padila, P., J. H., & Susmita, R. (2020). Nyeri pada Pasien Post Op Fraktur Ekstremitas Bawah dengan Pelaksanaan Mobilisasi dan Ambulasi Dini. *Journal of Telenursing (JOTING)*, 2(1), 61–70. <https://doi.org/10.31539/joting.v2i1.1129>
- Bachtiar, S. M. (2018). Penatalaksanaan Terapi Latihan Pada Kasus Pemasangan Plate and Screw Di Bangsal Bougenville. *Jurnal Media Keperawatan: Politeknik Kesehatan Makassar*, 09(02), 131–137. <https://media.neliti.com/media/publications/316536-penerapan-askep-pada-pasien-ny-n-dengan-45bc426f.pdf>
- Cahyo, A., & Oktariani, M. (2021). ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN FRAKTUR DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN AMAN NYAMAN NYERI AKUT Aditya. 47(4), 124–134. <https://doi.org/10.31857/s013116462104007x>
- Kenneth A. Egol, Koval, K. J., Zuckerman, J. D., & Technologies, O. (2015). *Handbook of Fractures 5th Edition* (Fifth edit). Wolters Kluwer Health, Philadelphia, ©2015.
- Lela, A., & Reza, R. (2018). Pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan nyeri pada pasien fraktur. *Jurnal Kesehatan*, 9(2), 262–266.
- Mandagi, C. A. F., & Hamel, R. S. (2017). KARAKTERISTIK YANG BERHUBUNGAN DENGAN TINGKAT NYERI PADA PASIEN FRAKTUR DI RUANG BEDAH RUMAH SAKIT UMUM GMIM BETHESDA TOMOHON. 5.
- Mulayoga, D. A. F. (2022). ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. D DENGAN DIAGNOSA MEDIS POST OPERATIVE CLOSED FRACTURE COLLUM FEMURE SINISTRA HARI KE 3 DI RUANG E II RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA.
- Nilam, M. M. (2020). *Standar Prosedure Operasional Teknik Relaksasi Nafas Dalam Di Ruang Bedah Edelwies RSUD Dr. Soetomo Surabaya*.
- Nurnaningsih, N., Romantika, I. W., & Indriastuti, D. (2021). Hubungan Pengetahuan dan Sikap Perawat dengan Penatalaksanaan Pembidaian Pasien Fraktur di RS X Sulawesi Tenggara. *Holistic Nursing and Health Science*, 4(1), 8–15. <https://doi.org/10.14710/hnhs.4.1.2021.8-15>
- Potter, & Perry. (2015). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, Dan Praktik, edisi 4, Volume.2*.
- Pratiwi, A. E. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Fraktur Femur Dengan Nyeri Di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan*.
- Rachmawati, H. (2021). *Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Masalah Neri Akut Pada Kasus Post Op Fraktur Ekstremitas Atas Di RSI Sakinah Kabupaten Mojokerto*. <https://repositori.stikes-ppni.ac.id/handle/123456789/72>
- Riskesdas. (2018). *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2018*. http://www.depkes.go.id/resources/download/infoterkini/materi_rakorpop_2018/Hasil_Riskesdas_2018.pdf
- Serri, H. (2020). *APLIKASI CARING PERAWAT SEBAGAI PENUNJANG KESEMBUHAN KLIEN. MEDIA SAINS INDONESIA*.
- Silviana, N., & Suryandari, D. (2021). PADA, ASUHAN KEPERAWATAN NYAMAN, PASIEN POST OPERASI ORIF FRAKTUR INTERTROCHANTER FEMUR SINISTRA DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA AMAN DAN. *Kedokteran Indonesia*, 4(2019), 46–53.
- Zahro, S. (2021). *Asuhan Keperawatan pada Klien Sdr. A dengan Kasus Fraktur Manus di Ruang Mawar RSD Balung Jember. Doctoral Dissertation, UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH JEMBER*.

Lampiran 1 *Curriculum Vitae**CURICULUM VITAE*

Data Diri :

Nama : Indah Nur Triwijayanti

Program Studi : Profesi Ners

Tempat Tanggal Lahir : Surabaya, 3 November 1995

Alamat : Jl. Nagapasa No. 22. Kota Surabaya-Semampir, Jawa Timur, KodePos 60151

Agama : Islam

No. Hp 081232956656

Email : indahnurtrijayanti@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

- | | | |
|---|--|------------------|
| 1 | TK Al Sari Surabaya | Tahun Lulus 2001 |
| 2 | SD Hang Tuah 3 Surabaya | Tahun Lulus 2007 |
| 3 | SMP Negeri 27 Surabaya | Tahun Lulus 2010 |
| 4 | SMA Hang Tuah 1 Surabaya | Tahun Lulus 2013 |
| 5 | D3 Akademi Keperawatan Adi Husada Surabaya | Tahun Lulus 2016 |
| 6 | S1 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya | Tahun Lulus 2022 |

Lampiran 2 motto dan persembahan

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

“Meski sulit nikmati setiap prosesnya karena ada hari dimana setiap proses menjadi lebih Indah bagaikan mendungnya awan yang dihiasi pelangi akan indah pada waktunya”

Karya yang sederhana ini saya persembahkan kepada:

1. Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan memberikan kekuatan sehingga karya ilmiah akhir ini telah selesai dengan waktu yang tepat.
2. Orang tua saya, Bapak Agus Iriyanto dan Ibu Hartini yang selalu memberi dukungan kepada saya baik semangat, materil, dan doa.
3. Penguji saya Bapak Huda terimakasih atas masukan dan sarannya dalam memperbaiki karya ilmiah akhir ini. Pembimbing saya (Ibu Christina dan Ibu Novi) terimakasih yang dengan sabar dan perhatian memberikan arahan, serta memberikan motivasi untuk saya dalam penulisan karya ilmiah akhir ini.
4. Kedua Kakak kandung saya (Bayu Eko S dan Wahyu Dwi W) yang selalu menghibur dan memberikan semangat.
5. Sahabat-sahabat saya (Novia Arsari, Arofah, Kusuma Dewi) yang sudah mensupport, menguatkan serta membantu.
6. Teman satu kelas saya (Nur Hidayanti, Olivia Rachmaningrum dan Aprilya Febri) yang telah saling mendukung, membantu dan berjuang bersama.
7. Teman-teman seperjuangan Karya Ilmiah Akhir Profesi Ners Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya terima kasih telah saling memberikan semangat dan dukungan.

Lampiran 3 SPO Teknik relaksasi nafas dalam

STANDAR PROSEDURE OPERASIONAL

JUDUL SPO	Teknik relaksasi nafas dalam
PENGERTIAN	Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan(Nilam, 2020)
TUJUAN	Untuk mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh, kecemasan sehingga mencegah menghebatnya stimulasi nyeri
INDIKASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien yang mengalami stres 2. Pasien yang mengalami nyeri yaitu nyeri akut pada tingkat ringan sampai tingkat sedang akibat penyakit yang kooperatif 3. Pasien yang mengalami kecemasan 4. Pasien mengalami gangguan pada kualitas tidur seperti insomnia
PERSIAPAN PASIEN	<ol style="list-style-type: none"> 1 Memberi salam 2 Menanyakan adanya keluhan 3 Menjelaskan prosedur tindakan ke pasien atau keluarga 4 Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya 5 Menjaga privacy pasien 6 Memposisikan pasien dengan nyaman
PERSIAPAN LINGKUNGAN	Pastikan lingkungan bersih , tidak kotor dan tidak bau
PROSEDURE	<p>PRA INTERAKSI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membaca status klien 2. Mencuci tangan <p>INTERAKSI</p> <p>Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Salam : Memberi salam sesuai waktu 2. Memperkenalkan diri. 3. Validasi kondisi klien saat ini menanyakan kondisi klien dan kesiapan klien untuk melakukan kegiatan sesuai kontrak sebelumnya 4. Menjaga privasi klien 5. Kontrak. Menyampaikan tujuan dan menyepakati waktu dan tempat dilakukannya kegiatan <p>KERJA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya bila ada sesuatu yang kurang dipahami/ jelas 2. Atur posisi agar klien rileks tanpa adanya beban fisik, baik duduk maupun berdiri. Apabila pasien memilih duduk, maka

	<p>bantu pasien duduk di tepi tempat tidur atau posisi duduk tegak di kursi. Posisi juga bisa semifowler, berbaring di tempat tidur dengan punggung tersangga bantal.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Instruksikan pasien untuk melakukan tarik nafas dalam sehingga rongga paru berisi udara 4. Instruksikan pasien dengan cara perlahan dan hembuskan udara membiarkannya ke luar dari setiap bagian anggota tubuh, pada saat bersamaan minta klien untuk memusatkan perhatiannya pada sesuatu hal yang indah dan merasakan lega 5. Instruksikan pasien untuk bernafas dengan irama normal beberapa saat (1-2 menit) 6. Instruksikan pasien untuk kembali menarik nafas dalam, kemudian menghembuskan dengan cara perlahan dan merasakan saat ini udara mulai mengalir dari tangan, kaki, menuju keparu-paru dan seterusnya, rasakan udara mengalir keseluruh tubuh 7. Minta pasien untuk memusatkan perhatian pada kaki dan tangan, udara yang mengalir dan merasakan ke luar dari ujung-ujung jari tangan dan kaki kemudian rasakan kehangatannya 8. Instruksikan pasien untuk mengulangi teknik-teknik ini apabila rasa nyeri kembali lagi 9. Setelah pasien mulai merasakan ketenangan, minta pasien untuk melakukan secara mandiri 10. Ulangi latihan nafas dalam ini sebanyak 3 sampai 5 kali dalam sehari dalam waktu 5-10 menit <p>TERMINASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi hasil: kemampuan pasien untuk melakukan teknik ini 2. Memberikan kesempatan pada klien untuk memberikan umpan balik dari terapi yang dilakukan. 3. Tindak lanjut: menjadwalkan latihan teknik relaksasi banafas dalam 4. Kontrak: topik, waktu, tempat untuk kegiatan selanjutnya <p>DOKUMENTASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mencatat waktu pelaksanaan tindakan 2. Mencatat perasaan dan respon pasien setelah diberikan tindakan
--	--

<p>GAMBAR</p>	<p>Teknik napas dalam</p> <p>BRETAHING MINDFULNESS</p> <p>Melakukan latihan teknik pernapasan secara rutin dan fokus dapat memberikan manfaat positif dan menurunkan tingkat dihidupkan pada ketegangan dan kecemasan</p>  <p>PENTING</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Carilah tempat atau lokasi yang tenang. 2. Duduk dengan nyaman.
<p>REFERENSI</p>	<p>Nilam, M. M. (2020). <i>Standar Prosedure Operasional Teknik Relaksasi Nafas Dalam Di Ruang Bedah Edelwies RSUD Dr.Soetomo Surabaya</i></p>

Lampiran 4 SPO ROM

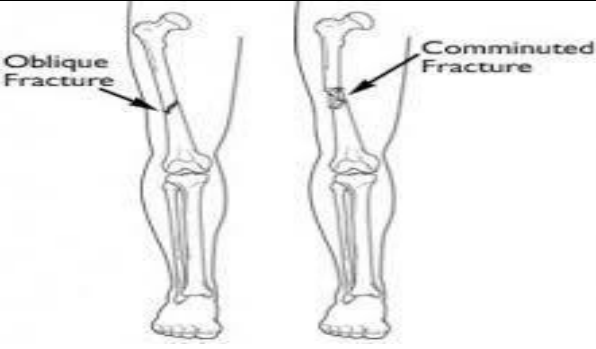
JUDUL SPO	ROM (Range of motion)
PENGERTIAN	Latihan gerak aktif-pasif atau range of motion (ROM) adalah latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap (Ananda et al., 2021)
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1 Untuk mengurangi kekakuan pada sendi dan kelemahan pada otot yang dapat dilakukan secara aktif maupun pasif tergantung dengan keadaan pasien. 2 Meningkatkan atau mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan otot.
INDIKASI	<ol style="list-style-type: none"> 1 Pasien yang mengalami hambatan mobilitas fisik 2 Pasien yang mengalami keterbatasan rentang gerak
PERSIAPAN PASIEN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberi salam 2. Menanyakan adanya keluhan 3. Menjelaskan prosedur tindakan ke pasien atau keluarga 4. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya 5. Menjaga privacy pasien 6. Memposisikan pasien dengan nyaman
PERSIAPAN LINGKUNGAN	Pastikan lingkungan bersih , tidak kotor dan tidak bau
PROSEDURE	<p>Tahap Kerja : Gerakan Rom</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. .Leher Tekuk kepala kebawah dan keatas lalu menoleh kesamping kanan dan kiri 2. Lengan/Pundak Angkat tangan keatas lalu kembali ke bawah, setelah itu kesamping dan kebawah lagi. 3. Siku Dengan menekuk lengan, gerakan lengan keatas dan kebawah. 4. Pergelangan tangan Tekuk pergelangan tangan kedalam dan keluar lalu samping kiri dan kanan 5. Jari Tangan Tekuk keempat jari tangan kearah dalam lalu renggangkan kembali. Kepalkan seluruh jari lalu buka. Tekuk tiap jari satu persatu. 6. Lutut

	<p>Angkat kaki keatas lalu lutut ditekuk kemudian diturunkan lagi. Gerakkan kaki ke samping kanan dan kiri lalu putar kearah dalam dan luar.</p> <p>7. Pergelangan kaki Tekuk pergelangan kaki keatas lalu luruskan. Tekuk jari kaki keatas dan kebawah</p> <p>8. Jika mampu berdiri lakukan gerakan badan membungkuk kemudian putar pinggang ke samping kanan dan kiri.</p> <p>INGAT: Tidak dipaksakan dalam latihan, lakukan sesering mungkin</p>
GAMBAR	<p>The diagram illustrates ten types of body movements, labeled A through J:</p> <ul style="list-style-type: none"> A Flexion: Shows a person bending forward at the waist and bending the knee. B Extension: Shows a person leaning backward at the waist and straightening the knee. C Rotation: Shows a person turning their head and torso. D Abduction: Shows a person moving their arm away from the midline of the body. E Adduction: Shows a person moving their arm toward the midline of the body. F Circumduction: Shows a person moving their arm in a circular path. G Supination: Shows a person's forearm with the palm facing up. H Pronation: Shows a person's forearm with the palm facing down. I Inversion: Shows a person's foot with the sole facing inward. J Eversion: Shows a person's foot with the sole facing outward.
REFERENSI	<p>Ananda, T., Hasanah, U., & Almansyah, Y. (2021). <i>Konsep Imobilisasi Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Yatsi Tangerang</i>.</p>

Lampiran 5 SPO Perawatan Luka

JUDUL SPO	Perawatan Luka Operasi
PENGERTIAN	Membersihkan luka, mengobati luka, dan menutup kembali luka dengan tehnik steril (Mulayoga, 2022)
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1 Untuk membersihkan luka 2 Mencegah masuknya kuman dan kotoran kedalam luka 3 Memberikan pengobatan pada luka 4 Memberikan rasa aman dan nyaman pada pasien 5 Mengevaluasi tingkat kesembuhan luka
INDIKASI	luka baru maupun luka lama, luka post operasi, luka bersih, luka kotor
PERSIAPAN PASIEN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberi salam 2. Menanyakan adanya keluhan 3. Menjelaskan prosedur tindakan ke pasien atau keluarga 4. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya 5. Menjaga privacy pasien 6. Memposisikan pasien dengan nyaman
PERSIAPAN LINGKUNGAN	Pastikan lingkungan bersih , tidak kotor dan tidak bau
PERSIAPAN ALAT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Seperangkat set perawatan luka steril 2. Sarung tangan steril 3. Pinset 3 (2 anatomis, 1 sirurgis) 4. Gunting (menyesuaikan kondisi luka) 5. Balutan kassa dan kassa steril 6. Kom untuk larutan antiseptic/larutan pembersih 7. Salep antiseptic (bila diperlukan) 8. Depress 9. Lidi kapas 10. Larutan pembersih yang diresepkan (garam fisiologis, betadin) 11. Gunting perban / plester 12. Sarung tangan sekali pakai 13. Plester, pengikat, atau balutan sesuai kebutuhan 14. Bengkok 15. Perlak pengalas 16. Kantong untuk sampah 17. Korentang steril 18. Alcohol 70% 19. Troli / meja dorong







PROSEDURE	<p>Tahap kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Memberikan kesempatan pada klien untuk bertanya sebelum kegiatan dimulai b. Susun semua peralatan yang diperlukan di trolley dekat pasien (jangan membuka peralatan steril dulu) c. Letakkan bengkok di dekat pasien d. Jaga privacy pasien, dengan menutup tirai yang ada di sekitar pasien, serta pintu dan jendela e. Mengatur posisi klien, instruksikan pada klien untuk tidak menyentuh area luka atau peralatan steril f. Mencuci tangan secara seksama g. Pasang pelat pengalas h. Gunakan sarung tangan bersih sekali pakai dan lepaskan plester, ikatan atau balutan dengan pinset i. Lepaskan plester dengan melepaskan ujung dan menariknya dengan perlahan, sejajar pada kulit dan mengarah pada balutan. Jika masih terdapat plester pada kulit, bersihkan dengan kapas alkohol j. Dengan sarung tangan atau pinset, angkat balutan, pertahankan permukaan kotor jauh dari penglihatan klien k. Jika balutan lengket pada luka, lepaskan dengan memberikan larutan steril / NaCl l. Observasi karakter dan jumlah Drainase pada balutan m. Buang balutan kotor pada bengkok n. Lepas sarung tangan dan buang pada bengkok o. Buka bak instrument steril p. Siapkan larutan yang akan digunakan q. Kenakan sarung tangan steril r. Inspeksi luka s. Bersihkan luka dengan larutan antiseptic yang diresepkan atau larutan garam fisiologis t. Pegang kassa yang dibasahi larutan tersebut dengan pinset steril u. Gunakan satu kassa untuk satu kali usapan v. Bersihkan dari area kurang terkontaminasi ke area terkontaminasi w. Gerakan dengan tekanan progresif menjauh dari insisi atau tepi luka x. Gunakan kassa baru untuk mengeringkan luka atau insisi. Usap dengan cara seperti di atas y. Berikan salp antiseptic bila dipesankan / diresepkan, gunakan tehnik seperti langkah pembersihan z. Pasang kassa steril kering pada insisi atau luka aa. Gunakan plester di atas balutan, fiksasi dengan ikatan atau balutan bb. Lepaskan sarung tangan dan buang pada tempatnya i. Bantu klien pada posisi yang nyaman
-----------	--

	<p>Tahap Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Mengevaluasi perasaan klien b. Menyimpulkan hasil kegiatan c. Melakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya d. Mengakhiri kegiatan e. Mencuci dan membereskan alat f. Mencuci tangan <p>Dokumentasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mencatat tanggal dan jam perawatan luka 2. Mencatat Kondisi luka
GAMBAR	
REFERENSI	<p>Mulayoga, D. A. F. (2022). ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. D DENGAN DIAGNOSA MEDIS POST OPERATIVE CLOSED FRACTURE COLLUM FEMURE SINISTRA HARI KE 3 DI RUANG E II RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA.</p>

Lampiran 6 Lembar Bimbingan

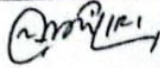

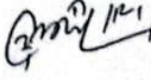
LEMBAR BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR
MAHASISWA PRODI PROFESI NERS STIKES HANG TUAH
SURABAYA
TAHUN 2022/2023

Nama : Indah Nur Triwijayanti
 NIM : 2230053
 Nama Pembimbing : Cristina Yuliasuti, S.Kep., Ns., M.Kep

No	Hari/ Tanggal	Konsul/ Bimbingan	Nama Pembimbing	Tanda tangan
1.	Selasa 30 Desember 2022	Konsul bab 3 / aspek.	Christina Yuliasuti, S.kep., Ns., M.kep	
2.	Jum'at 13 Januari 2023.	Bimbingan Bab-1, Bab 2 Bab 3	Christina Yuliasuti S.kep., Ns., M.kep	
3.	Selasa 17 Januari 2023	Bimbingan revisi Bab 1, Bab 2, Bab 3	Christina Yuliasuti, S.kep., Ns., M.kep.	
4	Rabu 18 Januari 2023	Bimbingan Bab 4, Bab 5	Christina Yuliasuti S.kep., Ns., M.kep	
5.	Kamis 19 Januari 2023	Acc Bimbingan Bab 1, Bab 2, Bab 3, Bab 4 dan Bab 5 lampiran Acc Ujian Sidang.	Christina Yuliasuti, S.kep., Ns., M.kep.	 

LEMBAR BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR
MAHASISWA PRODI PROFESI NERS STIKES HANG TUAH
SURABAYA
TAHUN 2022/2023

Nama : Indah Nur Triwijayanti
 NIM : 2230053
 Nama Pembimbing : Novi Indriyatie R, S.Kep., Ns.,

No	Hari/ Tanggal	Konsul/ Bimbingan	Nama Pembimbing	Tanda tangan
1.	Jum'at 30-12-2022	Bimbingan Bab 1 dan Bab 2	Novi Indriyatie R, S.kep., Ns.	
2.	Jum'at 13-01-2023	Bimbingan revisi Bab 1, Bab 2 dan Bab 3	Novi Indriyatie R, S.kep., Ns	
3.	Senin 16-01-2023	Bimbingan Bab 1, Bab 2, Bab 3 dan Bab 4. Bab 5 dan lampiran	Novi Indriyatie R, S.kep., Ns	
4.	Kamis 19-01-2023	Acc Upian KIA	Novi Indriyatie R, S.kep., Ns.	