

KARYA TULIS ILMIAH

**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**



**Oleh :
DEGGY ASWAL FATHIUS MULAYOGA
NIM. 1920049**

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

KARYA TULIS ILMIAH

**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**

**Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh
gelar Ahli Madya Keperawatan**



**Oleh :
DEGGY ASWAL FATHIUS MULAYOGA
NIM. 1920049**

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

SURAT PERNYATAAN

Saya bertandatangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 29 Januari 2022



DEGGY ASWAL FATHIUS MULAYOGA
NIM. 1920049

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Deggy Aswal Fathius Mulayoga

NIM : 1920049

Program Studi : D3 Keperawatan

Judul : 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

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

AHLI MADYA KEPERAWATAN (AMd.Kep)

Surabaya, 29 Januari 2022

Pembimbing

Dedi Irawandi, S.Kep., Ns, M. Kep.
NIP. 03050

Ditetapkan di : Surabaya

Tanggal : Februari 2022

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : Deggy Aswal Fathius Mulayoga

NIM : 1920049

Program Studi : D-III Keperawatan

Judul KTI : 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.

Telah dipertahankan dihadapan dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah Stikes Hang

Tuah Surabaya, pada :

Hari, tanggal : Februari 2022

Bertempat di : Surabaya

Dan dinyatakan Lulus dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar AHLI MADYA KEPERAWATAN pada Prodi D-III Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya.

Penguji I : Dedi Irawandi, S. Kep., Ns., M.Kep.

Penguji II : Dul Majid, S. Kep., Ns., M. Tr. Kep.

Penguji III : Faridah, SST., M. Kes.

Mengetahui,
Stikes Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi D-III Keperawatan

Dya Sustrami, S.Kep.,Ns, M.Kes.

NIP. 03.007

Kata Pengantar

Puji syukur kehadiran 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 tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Ahli Madya Keperawatan.

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

1. Laksamana Pertama TNI Dr. Radito Soesanto, Sp.THT-KL,Sp.KL,selaku Kepala RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Dr. AV. Sri Suhardiningsih, S.Kp.,M.Kes., selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk praktik di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu Dya Sustrami, Skep.,Ns., M.Kes., selaku Kepala Program Studi D-III Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Ibu Faridah, SST., M. Kes, selaku penguji ketua, yang dengan telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam

memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

5. Bapak Dedi Irawandi, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku penguji dan pembimbing, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
6. Bapak Dul Majid S. Kep., Ns., M. Tr. Kep, selaku penguji dan pembimbing, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
7. Ibu Nur Muji Astuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku walikelas terimakasih atas bimbingan dan masukan serta dorongan semangat yang diberikan kepada penulis, selama penulis menjalani pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
8. 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 tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
9. Sahabat-sahabat seperjuangan tersayang dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.
10. Istri penulis Ny. Yanuar Devi Ardyanti Anggraini, S. Pd., yang selalu memberikan doa dan semangat bagi penulis dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.

11. Mahasiswa Militer Sertu Bima, Sertu Dimas, Serda Casrodi, Serda Fitri yang menjadi tempat bertukar pikiran dan inspirasi selama mengikuti pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
12. Kumara Angkatan 25 terimakasih untuk semangat yang saling diberikan di sela-sela kesibukan dan kepusingan tugas yang ada kalian selalu saling memberikan semangat satu sama lain.
13. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu, terima kasih atas bantuannya, Penulis hanya bisa berdo'a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 29 Januari 2022

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	2
SURAT PERNYATAAN.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
Kata Pengantar	iv
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
2.1 Latar Belakang	1
2.2 Rumusan Masalah	5
2.3 Tujuan Penelitian.....	5
2.4 Manfaat.....	6
2.5 Metode Penulisan	7
2.6 Sistematika Penulisan.....	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	10
2.1 Konsep Penyakit.....	10
2.1.1 Pengertian.....	10
2.1.2 Etiologi.....	16
2.1.3 Manifestasi Klinik.....	18
2.1.4 Tanda dan Gejala.....	19
2.1.5 Patofisiologi	21
2.1.6 Diagnosa Banding	22
2.1.7 Komplikasi	23
2.1.8 Pemeriksaan Penunjang	24
2.1.9 Pencegahan.....	26
2.1.10 Penatalaksanaan	26

2.1.11	Dampak Masalah.....	28
2.2	Konsep Asuhan Keperawatan	31
2.2.1	Pengkajian	31
2.2.2	Diagnosa Keperawatan.....	36
2.2.3	Rencana Keperawatan	36
2.2.4	Implementasi	42
2.2.5	Evaluasi	43
2.3	Kerangka Masalah	44
BAB 3	TINJAUAN KASUS.....	45
3.1	PENGAJIAN	45
3.2	ANALISA DATA (DIAGNOSA KEPERAWATAN)	54
3.3	PRIORITAS MASALAH.....	56
3.4	INTERVENSI KEPERAWATAN	57
3.5	IMPLEMENTASI KEPERAWATAN.....	64
BAB 4	PEMBAHASAN	87
4.1	PENGAJIAN	87
4.2	DIAGNOSA KEPERAWATAN.....	94
4.3	INTERVENSI KEPERAWATAN	95
4.4	IMPLEMENTASI KEPERAWATAN	96
4.5	EVALUASI	97
BAB 5	PENUTUP	99
2.1	KESIMPULAN	99
2.2	SARAN	100
DAFTAR PUSTAKA	102

DAFTAR TABEL

Tabel 3. 1 Laboratorium Tn. D	51
Tabel 3. 2 Terapi Obat	53
Tabel 3. 3 Analisa Data.....	54
Tabel 3. 4 Diagnosa Keperawatan	55
Tabel 3. 5 Masalah Keperawatan	56
Tabel 3. 6 Intervensi Keperawatan.....	57
Tabel 3. 7 Implementasi Keperawatan.....	64

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Fraktur intrakapsular ekstrakapsular (Lois Solomon, 1995).....	13
Gambar 2. 2 Klasifikasi menurut Garden	15
Gambar 2. 3 Klasifikasi menurut Pauwell	16
Gambar 2. 4 Osteitis Pubis (Dr. Graciella, alomedika).....	22
Gambar 2. 5 Slipped capital femoral epiphysis (Dr. Graciella : alomedika).....	23
Gambar 2. 6 Perbedaan hemiarthroplasty dengan total hip arthroplasty	28
Gambar 3. 1 Hasil Rontgen Pre Ops	52
Gambar 3. 2 Hasil Rontgen Post Ops	53

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 SOP Perawatan Luka Post Operasi.....	104
---	-----

BAB 1

PENDAHULUAN

2.1 Latar Belakang

Fraktur adalah gangguan paling sering dialami dan menjadi salah satu masalah terbanyak yang dijumpai di tempat fasilitas kesehatan di seluruh dunia. Fraktur diartikan sebagai suatu diskontinuitas susunan jaringan pada tulang yang disebabkan karena adanya trauma atau keadaan patologis. Trauma fraktur pada susunan tulang biasanya dikarenakan tekanan yang tidak bisa ditahan oleh tulang, selain dari faktor traumatik fraktur juga pada tulang lemah akibat trauma minimal disebut dengan fraktur patologis (Handiyani, 1998a).

Menurut *World Health Organization* (WHO) mendata pada bulan Mei 2015 akibat kecelakaan lalu lintas ada kira-kira $\pm 1,25$ juta orang meninggal dunia setiap tahunnya dan puluhan juta orang terluka, sebanyak 48% dari kematian lalu lintas jalan global usia antara usia 15 sampai 44 tahun. Salah satu dari penyebab kematian adalah patah tulang atau fraktur dan tidak sedikit sebagian menimbulkan cacat sebagai akibat dari cedera mereka. Dari hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) mencatat prevalensi kejadian di Indonesia yang mengalami cedera fraktur sebanyak 8,2 %. Pada tahun 2013 di provinsi Jawa Timur prevalensi cedera fraktur adalah 9,3% (Taradita, Rahmadian and Sahputra, 2018).

Fraktur akibat kecelakaan yang mempunyai prevalensi terbanyak diantara fraktur-fraktur lainnya adalah fraktur pada sekitar ekstremitas bawah sebesar 46,2%. Berdasarkan jumlah 45.987 kasus fraktur ekstremitas bawah akibat kecelakaan, dari 19.629 kasus adalah fraktur tulang panggul atau femur (Ulfah Azhar, 2019). Di Surabaya khususnya di Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya pada tahun 2020-2021 mencatat pada pasien yang mengalami fraktur ekstermitas bawah mencapai 2,9 % diakibatkan karena jatuh dan kecelakaan lalu lintas. Berdasarkan data yang didapat di ruangan, pasien yang mengalami fraktur di Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya 75% diantaranya dirawat di ruangan EII.

Fraktur ekstremitas bawah disebabkan suatu kondisi terputusnya kontinuitas susunan tulang pada sekitar kedua bagian alat gerak bawah. Fraktur *collum femoris* merupakan suatu kondisi terputusnya kontinuitas tulang yang biasa disebut panggul yaitu antara *regio interthrocanter* dan ujung permukaan artikuler *caput femur*. Fraktur ini meningkat seiring dengan bertambahnya usia yaitu banyak terjadi pada usia lanjut sekitar usia 70-80 tahun. Cara penanganan operasi dalam mengelola fraktur *collum femoris* yang sering dipertimbangkan adalah *hemiarthroplasty* atau *total hiparthroplasty*, reduksi dan fiksasi internal.

Hal yang tidak diinginkan ketika mendapatkan penanganan yang kurang baik maka akan muncul beberapa komplikasi akibat fraktur femur antara lain perdarahan, cedera organ dalam, infeksi luka, emboli lemak, sindroma pernafasan dan kemungkinan terburuk adalah

morbiditas jangka lama serta kecacatan (Desiartama and Aryana, 2017).

Pada klien post pembedahan fraktur masalah keperawatan yang sering terjadi akan timbul edema, nyeri serta imobilisasi atau keterbatasan gerak sendi, penurunan kemampuan untuk ambulasi dan berjalan serta penurunan kekuatan otot disebabkan adanya luka bekas trauma dan luka bekas pembedahan. Nyeri setelah operasi atau pembedahan adalah suatu hal yang biasa dialami pasien. Sumber nyeri utama mungkin terdapat di area insisi. Regangan otot akibat posisi ketika pasien bergerak serta balutan atau gips menyebabkan klien merasa tidak nyaman (Igiany, 2018).

Nyeri pada luka post operasi fraktur menjadi salah satu alasan utama bagi pasien post operasi fraktur *hemiarthroplasty* enggan bergerak. Namun hal tersebut tidak dianjurkan dalam proses penyembuhan pasien post operasi *hemiarthroplasty*, karena bila individu tidak mampu melakukan latihan atau ambulasi dini upaya menggerakkan sendi melalui rentang gerak penuh dapat terjadi pemendekan otot dan tendon. Pada pelaksanaan ambulasi dini sangat dibutuhkan pendampingan perawat terhadap pasien (Igiany, 2018).

Kehilangan fungsi dan kemandirian di antara korban selamat sangat besar dengan 40% tidak dapat berjalan secara mandiri dan 60% membutuhkan bantuan setahun kemudian. Karena kehilangan fungsi dan kemandirian ini, 33% sepenuhnya bergantung pada orang lain. Maka tindakan ambulasi dini merupakan salah satu faktor penting terhadap peningkatan aktivitas berpindah bagi pasien yang dilakukan perawatan

Upaya sebagai pencegahan komplikasi mungkin terjadi dan menghindari gangguan fungsi bahkan gerak yaitu dilakukan terapi latihan kepada pasien sehingga dapat meningkatkan kemampuan aktivitas mandiri agar kembali seperti sedia kala. Terapi latihan dilakukan yaitu dengan latihan aktif dan pasif, dapat juga berupa berpindah, memposisikan dan ambulasi (Sagaran, Manjas and Rasyid, 2018).

Berdasarkan penjelasan dari data yang sudah dikemukakan, dapat diambil kesimpulan bahwa asuhan keperawatan adalah suatu hal yang berpengaruh terhadap kemampuan aktivitas berpindah pasien maka perawat dapat memberikan latihan ambulasi dini kepada pasien dengan post operasi fraktur. Dengan adanya kondisi tersebut, maka perawat sebagai salah satu pemberi asuhan keperawatan yang mencakup pemenuhan kebutuhan dasar manusia serta memandang kebutuhan manusia dari segi bio-psiko-sosial-spiritual, dituntut untuk terus menerus dalam mengembangkan kemampuan dan keterampilannya agar mampu berperan dalam menangani kasus ini sesuai dengan ilmu yang telah dimiliki guna menurunkan angka mortalitas dan morbiditas. Asuhan terutama ditujukan untuk memenuhi kebutuhan dasar klien yang terganggu dan mencegah mengurangi komplikasi terutama terhadap immobilisasi. Pendidikan kesehatan juga dapat diberikan untuk mencegah cedera lebih lanjut sehingga klien secara bertahap dapat mengoptimalkan fungsi bio-psiko-sosio-spiritualnya. Dengan diadakannya studi kasus terhadap pasien post operasi fraktur,

diharapkan dapat membantu pasien sehingga dapat menurunkan cacatan bahkan kematian pada pasien fraktur.(Igiary, 2018)

2.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan dari data pada latar belakang yang penulis sudah kemukakan rumusan masalah dalam karya tulis ilmiah ini adalah Bagaimanakah asuhan keperawatan pada pasien post operasi *closed fraktur collum femur sinistra* di ruang EII Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya?

2.3 Tujuan Penelitian

1.1.1 Tujuan Umum

Mengidentifikasi asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis post operasi *closed fraktur collum femur sinistra* di ruang EII Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya.

1.1.2 Tujuan Khusus

1. Mengkaji pasien dengan diagnosis medis post operasi *closed fraktur collum femur sinistra* di ruang EII Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya..
2. Merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis post operasi *closed fraktur collum femur sinistra* di ruang EII Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya.

3. Merencanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis post operasi *closed fraktur collum femur sinistra* di ruang EII Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis post operasi *closed fraktur collum femur sinistra* di ruang EII Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya.
5. Mengevaluasi pasien dengan diagnosis medis post operasi *closed fraktur collum femur sinistra* di ruang EII Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis post operasi *closed fraktur collum femur sinistra* di ruang EII Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya.

2.4 Manfaat

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini diharapkan dapat memberi manfaat:

1. Dari segi akademis merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis post operasi *closed fraktur collum femur sinistra*.
2. Dari segi praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi:
 - a. Bagi Pelayanan di Rumah Sakit Hasil karya tulis ilmiah ini menjadi masukan bagi pelayanan di Rumah Sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan bagi pasien dengan diagnosis medis post operasi *closed fraktur collum femur*

sinistra di ruang EII Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya.

- b. Untuk Peneliti Hasil karya tulis ilmiah ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi Peneliti berikutnya, yang akan melakukan studi kasus dengan pasien dengan diagnosis medis post operasi *closed fraktur collum femur sinistra*.
- c. Untuk Profesi Kesehatan Hasil karya tulis ilmiah ini sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis post operasi *closed fraktur collum femur sinistra*.

2.5 Metode Penulisan

1. Metode Deskriptif

Penulisan karya tulis ilmiah ini, penulis menggunakan metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan dan membahas data dengan menggunakan studi pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari beberapa tahapan yaitu tahap pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

2. Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara

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

b. Observasi

Data diperoleh melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan, reaksi, sikap serta perilaku klien saat berada dalam masa perawatan.

c. Pemeriksaan

Data diperoleh dari hasil pemeriksaan fisik dan hasil laboratorium atau rontgen yang dapat menunjang untuk menegakan suatu diagnosa dan penanganan selanjutnya.

3. Sumber Data

a. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari pasien.

b. Data Sekunder

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

4. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan adalah proses mempelajari buku-buku sumber sebagai referensi yang berhubungan dengan judul karya tulis ilmiah dan masalah yang dibahas.

2.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari karya tulis ilmiah ini, maka secara keseluruhan karya tulis ilmiah ini dibagi menjadi tiga bagian antara lain:

1. Bagian awal, terdiri dari halaman judul, halaman persetujuan dari komisi pembimbing, surat pernyataan penulis, halaman pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi, daftar gambar dan daftar tabel.
2. Bagian inti terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab sebagai berikut:

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

BAB 2: Tinjauan pustaka yang berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis post operasi *closed fraktur collum femur sinistra* serta kerangka masalah.

BAB 3: Tinjauan kasus yang berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

BAB 4: Pembahasan yang membahas mengenai konsep teori dengan kenyataan yang ada dilapangan.

BAB 5: Penutup yang berisi tentang simpulan dan saran.
3. Bagian akhir terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosis medis post operasi *closed fraktur collum femur sinistra*. Konsep penyakit akan diuraikan definisi, anatomi fisiologi, etiologi dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah–masalah yang muncul pada klien dengan diagnosis medis post operasi *closed fraktur collum femur sinistra* dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Pengertian

Fraktur adalah terputusnya kontinuitas dari tulang. Fraktur dibagi menjadi dua, yaitu fraktur tertutup dan terbuka. Fraktur tertutup (*closed*) yaitu bila kulit yang tersisa di atasnya masih intak (tidak terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar), sedangkan fraktur terbuka (*open*) yaitu bila kulit yang melapisinya tidak intak dimana sebagian besar fraktur jenis ini sangat rentan terhadap kontaminasi dan infeksi. Fraktur adalah putusnya hubungan normal suatu tulang atau tulang rawan yang disebabkan oleh kekerasan (E. Oerswari, 1989:144).

Fraktur femur adalah rusaknya kontinuitas tulang pangkal paha yang dapat disebabkan oleh trauma langsung, kelelahan otot, kondisi-kondisi tertentu seperti degenerasi tulang/osteoporosis (Handiyani, 1998).

Sedangkan fraktur kolum femur merupakan fraktur intrakapsular yang terjadi pada bagian proksimal femur, yang termasuk kolum femur adalah mulai dari bagian distal permukaan kaput femoris sampai dengan bagian proksimal dari intertrokanter (FKUI-RSCM, 2008). Fraktur leher femur, disebut juga sebagai fraktur collum femoris, merupakan salah satu klasifikasi dalam kategori *hip fracture* atau fraktur panggul. Penyebab utama fraktur leher femur adalah trauma, namun mekanisme trauma dapat dibedakan pada kategori populasi lanjut usia dan muda. (Handiyani, 1998)

KLASIFIKASI FRAKTUR COLLUM FEMUR

Berdasarkan lokasi anatomisnya fraktur collum femoris dapat dibedakan menjadi:

1. Fraktur Intrakapsular

Fraktur intrakapsular atau fraktur *femur* proksimal merupakan suatu keadaan dimana pembuluh darah pada bagian proksimal *femur* terganggu sehingga menyebabkan penyatuan kembali atau *union* pada fraktur terhambat. Fraktur intrakapsular sendiri dapat dibagi berdasarkan daerah *collum femur* yang dilalui oleh garis fraktur menjadi:

a. Fraktur Subkapital

Fraktur subkapital terjadi apabila garis fraktur yang melewati *collum femur* berada tepat di bawah *caput femur*.

b. Fraktur Transervikal

Fraktur Transervikal terjadi apabila garis fraktur melewati setengah atau pertengahan *collum femur*. Fraktur subkapital dan transervikal biasanya

dapat mengakibatkan terganggunya aliran darah pada *caput femur* sehingga biasanya tatalaksana pada fraktur ini adalah penggantian *caput femur*.

c. Fraktur Basiliar atau Basiservikal

Fraktur Basiliar terjadi apabila garis fraktur melewati bagian basis *collum femur*. Fraktur pada daerah ini tidak mengganggu vaskularisasi *caput femur* sehingga biasanya tidak perlu dilakukan penggantian *caput femur*.

2. Fraktur Ekstrakapsular

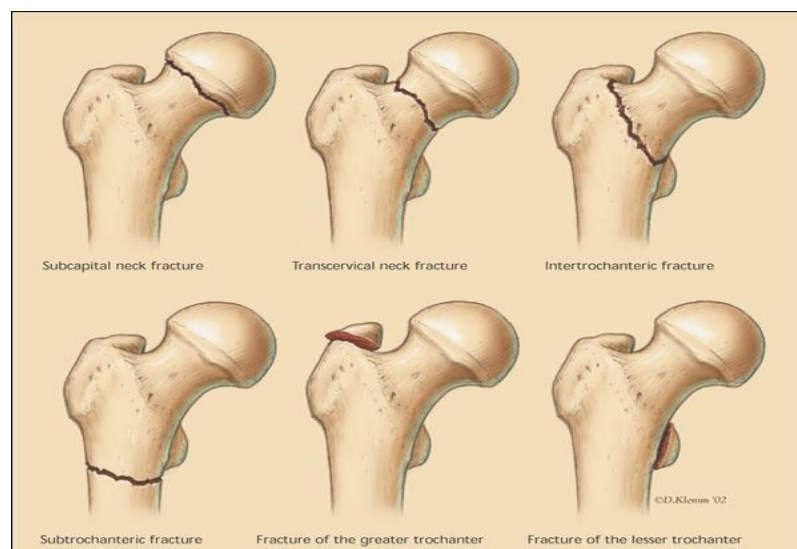
Fraktur ekstrakapsular meliputi fraktur yang terjadi pada daerah intertrochanter dan daerah subtrochanter.

a. Fraktur Intertrochanter

Fraktur Intertrochanter terjadi apabila garis fraktur melintang dari trochanter mayor ke trochanter minor. Kemungkinan penyatuan pada fraktur ini lebih besar dibandingkan dengan fraktur jenis intrakapsular dan kemungkinan komplikasinya juga lebih kecil.

b. Fraktur Subtrochanter

Fraktur Subtrochanter terjadi apabila fraktur terjadi di sebelah bawah dari trochanter. Perdarahan yang mungkin terjadi pada fraktur ini cenderung lebih hebat dibandingkan dengan fraktur collum femur lainnya karena banyaknya anastomosis cabang arteri femoral medial dan lateral di area subtrochanter



Gambar 1. 1 Fraktur intrakapsular ektrakapsular Sumber: (Lois Solomon, 1995)

Menurut Garden pada tahun 1961 mengklasifikasikan fraktur *collum femoris* berdasarkan stadium dari derajat *displacement* yang terlihat pada foto *x-ray*. Klasifikasi ini memberikan informasi tentang derajat kerusakan korteks posterior dan inferior dan juga menentukan apakah retinakulum posterior yang merupakan struktur dimana pembuluh darah utama menuju *caput femur* masih menempel atau tidak, selain itu juga berperan dalam membantu menentukan prognosis dari stadium fraktur yang terjadi (Esmi and Lestari, 2017). Stadium fraktur collum femur dibagi menjadi:

a. Stadium I

Pada stadium ini terdapat fraktur *incomplete* pada *collum* atau fraktur impaksi valgus tanpa displasia tulang, selain itu terdapat pula eksternal rotasi dari fragmen distal dan trabekula tulang medial dari *caput* membuat sudut lebih dari 180° dengan korteks medial dari femur.

b. Stadium II

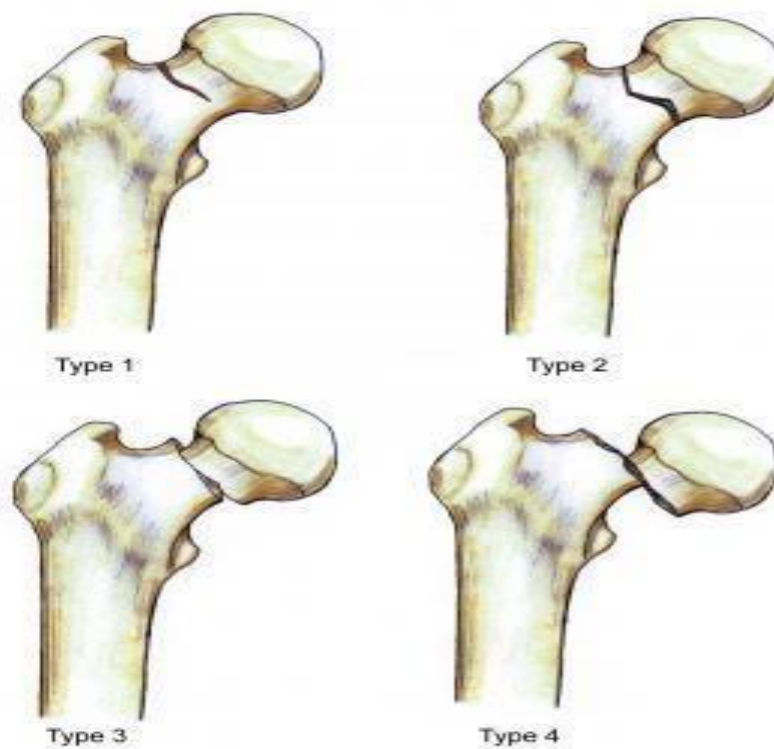
Pada stadium ini terdapat fraktur *complete* pada *collum* tanpa disertai *displaced* tulang. Fragmen distal pada posisi yang normal dengan fragmen proksimal dan trabekula medial pada *caput* membentuk sudut sekitar 160° dengan korteks femur medial.

c. Stadium III

Pada stadium ini terdapat fraktur *complete* dengan *displaced* sebagian dari fragmen tulang yang mengalami fraktur. Fragmen distal berotasi kearah lateral dan fragmen proksimal miring ke varus dan berotasi kearah medial, selain itu trabekula medial dari caput tidak pada tempatnya pada pelvis.

d. Stadium IV

Pada stadium ini terdapat fraktur *complete* dengan *displaced* total atau seluruh fragmen tulang yang mengalami fraktur. Fragmen *capital* terpisah sempurna dari fragmen distal dan kembali ke posisi normalnya pada asetabulum dimana fragmen distal berotasi lateral dan bergeser ke atas dan ke anterior ke fragmen proksimal.

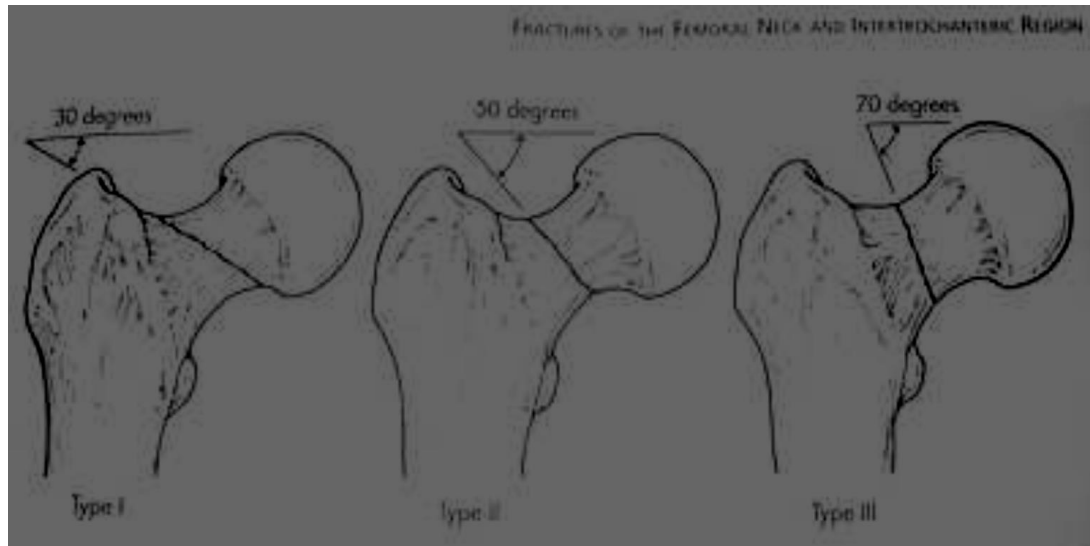


Gambar 1. 2 Klasifikasi menurut Garden

Berdasarkan arah sudut garis patah dibagi menurut Pauwel. Klasifikasi ini berdasarkan atas sudut yang dibentuk oleh garis fraktur dan bidang horizontal pada posisi tegak (Esmi and Lestari, 2017), yaitu dibagi menjadi:

- a. Tipe I : garis fraktur membentuk sudut 30° dengan bidang horizontal pada posisi tegak

- b. Tipe II : garis fraktur membentuk sudut 30-50° dengan bidang horizontal pada posisi tegak
- c. Tipe III: garis fraktur membentuk sudut >50° dengan bidang horizontal



Gambar 1. 3 Klasifikasi menurut Pauwell

2.1.2 Etiologi

Fraktur collum femur sering terjadi pada usia di atas 60 tahun dan lebih sering pada wanita yang disebabkan oleh kerapuhan tulang akibat kombinasi proses penuaan dan osteoporosis pasca menopause. Fraktur collum femur dapat disebabkan oleh trauma langsung, yaitu misalnya penderita jatuh dengan posisi miring dimana daerah *trochanter mayor* langsung terbentur dengan benda keras (jalanan) ataupun disebabkan oleh trauma tidak langsung, yaitu karena gerakan exorotasi yang mendadak dari tungkai bawah (Helmi;Z. Noor, 2012).

Penyebab fraktur secara umum dapat dibagi menjadi tiga yaitu:

1. Cedera traumatik

Sebagian besar fraktur disebabkan oleh kekuatan yang tiba – tiba dan berlebihan, yang dapat berupa benturan, pemukulan, penghancuran, penekukan atau terjatuh dengan posisi miring, pemuntiran, atau penarikan.

Cedera traumatik pada tulang dapat dibedakan dalam hal berikut, yakni:

- a. Cedera langsung, berarti pukulan langsung terhadap tulang sehingga tulang patah secara spontan. Pemukulan biasanya menyebabkan fraktur melintang dan kerusakan pada kulit di atasnya.
- b. Cedera tidak langsung, berarti pukulan langsung berada jauh dari lokasi benturan.

2. Fraktur Patologik

Dalam hal ini, kerusakan tulang terjadi akibat proses penyakit akibat berbagai keadaan berikut, yakni:

- a. Tumor tulang (jinak atau ganas), dimana berupa pertumbuhan jaringan baru yang tidak terkendali dan progresif.
- b. Infeksi, misalnya osteomielitis, yang dapat terjadi sebagai akibat infeksi akut atau dapat timbul sebagai salah satu proses yang progresif,
- c. Rakhitis, merupakan suatu penyakit tulang yang disebabkan oleh defisiensi vitamin D yang mempengaruhi semua jaringan skelet, biasanya disebabkan oleh defisiensi diet, tetapi kadang-kadang dapat disebabkan

kegagalan absorpsi vitamin D atau oleh karena asupan kalsium atau fosfat yang rendah.

3. Secara spontan,

Yaitu dimana disebabkan oleh stress atau tegangan atau tekanan pada tulang yang terus menerus misalnya pada penyakit polio dan orang yang bertugas di bidang kemiliteran (Greenspan, 2000).

2.1.3 Manifestasi Klinik

Tanda dan gejala yang terdapat pada pasien dengan fraktur femur (Muttaqin; 2009), yakni:

1. Deformitas

Daya tarik kekuatan otot menyebabkan fragmen tulang berpindah dari tempatnya. Perubahan keseimbangan dan kontur terjadi, seperti:

- a. rotasi pemendekan tulang;
- b. penekanan tulang.

2. Bengkak (edema)

Bengkak muncul secara cepat dari lokasi dan ekstrasvasasi darah dalam jaringan yang berdekatan dengan fraktur.

3. Ekimosis dari perdarahan subcutaneous

4. Spasme otot (spasme involunters dekat fraktur)
5. Tenderness
6. Nyeri

Nyeri mungkin disebabkan oleh spasme otot, perpindahan tulang dari tempatnya dan kerusakan struktur di daerah yang berdekatan.

7. Kehilangan sensasi
8. Pergerakan abnormal
9. Syok hipovolemik
10. Krepitasi (Black, 1993:199).

Pada penderita muda ditemukan riwayat mengalami kecelakaan berat namun pada penderita usia tua biasanya hanya dengan trauma ringan sudah dapat menyebabkan fraktur collum femur. Penderita tidak dapat berdiri karena rasa sakit sekali pada panggul. Posisi panggul dalam keadaan fleksi dan eksorotasi. Didapatkan juga adanya pemendekkan dari tungkai yang cedera. Tungkai dalam posisi abduksi dan fleksi serta eksorotasi. Pada palpasi sering ditemukan adanya hematom di panggul. Pada tipe impacted, biasanya penderita masih dapat berjalan disertai rasa sakit yang tidak begitu hebat. Posisi tungkai tetap dalam keadaan posisi netral (Muttaqin, 2009).

Pada pemeriksaan fisik, fraktur kolum femur dengan pergeseran akan menyebabkan deformitas yaitu terjadi pemendekan serta rotasi eksternal sedangkan pada fraktur tanpa pergeseran deformitas tidak jelas terlihat. Tanpa memperhatikan jumlah pergeseran fraktur yang terjadi, kebanyakan pasien akan mengeluhkan nyeri bila mendapat pembebanan, nyeri tekan di inguinal dan nyeri bila pinggul digerakkan (Muttaqin; 2009).

2.1.4 Tanda dan Gejala

1. Tampak pembengkakan di femur

Pembengkakan dan perubahan warna lokal pada kulit terjadi akibat trauma dan perdarahan yang mengikuti fraktur. Tanda ini baru terjadi setelah beberapa jam atau beberapa hari setelah cedera.

2. Nyeri tekan dan sakit ketika digerakkan

Nyeri terus menerus dan bertambah beratnya sampai fragmen tulang diimobilisasi. Spasme otot yang menyertai fraktur merupakan bentuk bidai alamiah yang dirancang untuk meminimalkan gerakan antar fragmen tulang.

3. Deformitas

Deformitas dapat disebabkan pergeseran fragmen pada eksremitas. Deformitas dapat di ketahui dengan membandingkan dengan ekstremitas normal. Ekstremitas tidak dapat berfungsi dengan baik karena fungsi normal otot bergantung pada integritas tulang tempat melekatnya otot.

4. Krepitasi

Krepitasi yaitu pada saat ekstremitas diperiksa dengan tangan, teraba adanya derik tulang. Krepitasi yang teraba akibat gesekan antar fragmen satu dengan lainnya.

5. Fungsileosa (gangguan fungsi)

6. Spasme otot

Tanda dan gejala lain:

1) Kehilangan sensori

- 2) Mobilitas yang abnormal
- 3) Hypovolemik shock

2.1.5 Patofisiologi

Trauma merupakan penyebab mayoritas dari fraktur baik karena kecelakaan bermotor ataupun jatuh dari ketinggian menyebabkan rusak atau putusnya kontinuitas jaringan tulang. Selain itu keadaan patologik tulang seperti Osteoporosis yang menyebabkan densitas tulang menurun, tulang rapuh akibat ketidakseimbangan homeostasis jaringan tulang yang dapat merusak periosteum dimana pada dinding kompartemen tulang tersebut terdapat saraf-saraf sehingga dapat timbul rasa nyeri yang bertambah bila digerakan. Fraktur terbagi 3 grade menurut kerusakan jaringan tulang. Grade I menyebabkan kerusakan kulit. Grade II fraktur terbuka yang disertai dengan kontusio kulit dan otot terjadi edema pada jaringan. Grade III kerusakan pada kulit, otot, jaringan saraf dan pembuluh darah (Muttaqin;Arif, 2008).

Ketika sebuah tekanan mengenai tulang dan kekuatan tersebut tidak dapat diabsorpsi oleh tulang, tendon dan otot maka terjadi fraktur. Pada saat tulang fraktur periosteum dan pembuluh darah di korteks, sumsum tulang dan jaringan lunak sekitar menjadi rusak. Perdarahan terjadi dari ujung yang rusak dan dari jaringan lunak sekitar (otot). Kemudian hematoma terbentuk dalam medullary canal, antara ujung daerah fraktur dan dibawah periosteum. Jaringan tulang dengan segera mendekati kepada daerah tulang yang mati. Jaringan nekrotik ini menstimulasi respon inflamasi ditandai dengan vasodilatasi, eksudasi plasma, leukositosis dan infiltrasi dari sel darah putih kemudian mengakibatkan penekanan saraf dan otot yang dapat menimbulkan

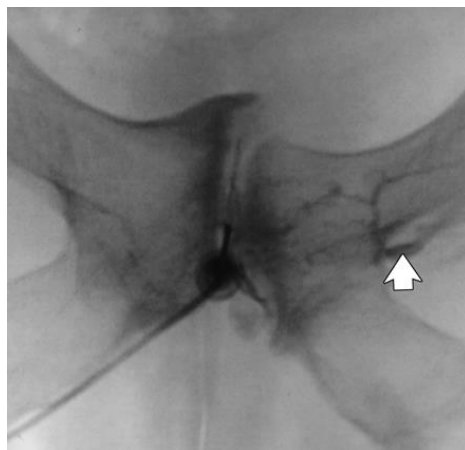
gangguan rasa nyaman, nyeri pada seseorang dan juga terjadinya spasme otot yang dapat menimbulkan kontraktur sehingga akan menimbulkan nyeri, gangguan mobilitas fisik dan gangguan integritas pada kulit (Noor, Helmi; 2012).

2.1.6 Diagnosa Banding

Diagnosis banding yang paling sering ditemukan pada fraktur leher femur pada kejadian trauma adalah dislokasi panggul dan fraktur pelvis. Sedangkan pada fraktur leher femur pada populasi muda terutama jenis *stress fracture* adalah osteitis pubis, *slipped capital femoral epiphysis* dan *snapping hip syndrome*.(Graciella, Dr. ; 2021)

1. Osteitis Pubis

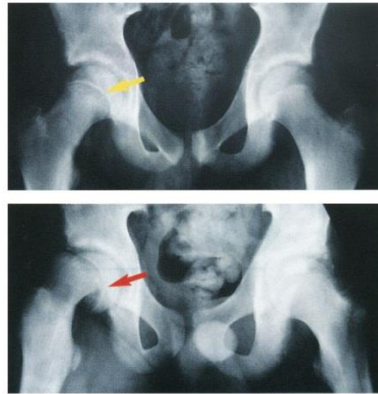
Peradangan dari simfisis pubis - sendi dari dua tulang panggul besar di bagian depan panggul.



Gambar 1. 4 Osteitis Pubis (Dr. Graciella, alomedika)

2. Slipped Capital Femoral Epiphysis

Patah tulang yang melewati fisis (plat tembat tumbuh pada tulang), yang menyebabkan selipan terjadi diatas epifisis.



Gambar 1. 5 Slipped capital femoral epiphysis (Dr. Graciella : alomedika)

3. Snapping Hip SynDrome

Kondisi medis yang ditandai oleh sensasi gertakan terasa saat pinggul yang tertekuk dan diperpanjang. Hal ini dapat disertai oleh gertakan terdengar atau muncul kebisingan dan rasa sakit atau ketidaknyamanan. Dinamakan demikian karena suara retak yang berbeda yang berasal dari seluruh daerah pinggul ketika sendi melewati dari yang tertekuk untuk menjadi diperpanjang. Secara medis dikenal sebagai iliopsoas tendinitis, mereka sering terkena adalah atlet, seperti angkat besi, pesenam, pelari dan penari balet, yang secara rutin menerapkan kekuatan yang berlebihan atau melakukan gerakan sulit yang melibatkan sendi panggul.

2.1.7 Komplikasi

Pasien yang berusia tua sangat rentan untuk menderita komplikasi umum seperti thrombosis vena dalam, emboli paru, pneumonia dan ulkus dekubitus.(Dr.Cokorda Gde, 2018)

1. Nekrosis avascular

Nekrosis iskemik dari *caput femoris* terjadi pada sekitar 30 kasus dengan fraktur pergeseran dan 10 persen pada fraktur tanpa pergeseran. Hampir tidak mungkin untuk mendiagnosisnya pada saat fraktur baru terjadi. Perubahan pada sinar-x mungkin tidak nampak hingga beberapa bulan bahkan tahun. Baik terjadi penyatuan tulang maupun tidak, kolaps dari *caput femoris* akan menyebabkan nyeri dan kehilangan fungsi yang progresif. (Dr.Cokorda Gde, 2018)

2. *Non-union*

Lebih dari 30 persen kasus fraktur collum femur gagal menyatu, terutama pada fraktur dengan pergeseran. Penyebabnya ada banyak: asupan darah yang buruk, reduksi yang tidak sempurna, fiksasi tidak sempurna, dan penyembuhan yang lama. (Dr.Cokorda Gde, 2018)

3. Osteoarthritis

Nekrosis avaskular atau kolaps kaput femur akan berujung pada osteoarthritis pangung. Jika terdapat kehilangan pergerakan sendi serta kerusakan yang meluas, maka diperlukan *total joint replacement*.(Dr.Cokorda Gde, 2018)

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk membantu menegakkan diagnosis fraktur collum femur adalah :

1. Pemeriksaan radiologis (rontgen), pada daerah yang dicurigai fraktur, harus mengikuti aturan *role of two*, yang terdiri dari :
 - Mencakup dua gambaran yaitu anteroposterior (AP) dan lateral.
 - Memuat dua sendi antara fraktur yaitu bagian proximal dan distal.

- Memuat dua extremitas (terutama pada anak-anak) baik yang cedera maupun yang tidak terkena cedera (untuk membandingkan dengan yang normal)
- Dilakukan dua kali, yaitu sebelum tindakan dan sesudah tindakan.

2. Bone scanning

Bone scanning dapat membantu menentukan adanya fraktur, tumor, atau infeksi. Bone scan adalah indikator yang paling sensitif dari trauma tulang, tetapi mereka memiliki kekhususan yang sedikit. Shin dkk. melaporkan bahwa bone scanning memiliki prediksi nilai positif 68%. Bone scanning dibatasi oleh resolusi spasial relatif dari anatomi pinggul. Di masa lalu, bone scanning dianggap dapat diandalkan sebelum 48-72 jam setelah patah tulang, tetapi sebuah penelitian yang dilakukan oleh Hold dkk menemukan sensitivitas 93%, terlepas dari saat cedera.

3. Magnetic Resonance Imaging (MRI)

MRI telah terbukti akurat dalam penilaian fraktur dan andal dilakukan dalam waktu 24 jam dari cedera, namun pemeriksaan ini mahal. Dengan MRI, fraktur biasanya muncul sebagai garis fraktur di korteks dikelilingi oleh zona edema intens dalam rongga meduler. Dalam sebuah studi oleh Quinn dan McCarthy, temuan pada MRI 100% sensitif pada pasien dengan hasil foto rontgen yang kurang terlihat. MRI dapat menunjukkan hasil yang 100% sensitif, spesifik dan akurat dalam mengidentifikasi fraktur collum femur.

4. Pemeriksaan laboratorium, meliputi:

- Darah rutin,
- Faktor pembekuan darah,

- Golongan darah (terutama jika akan dilakukan tindakan operasi),
- Urinalisa,
- Kreatinin (trauma otot dapat meningkatkan beban kreatinin untuk kliren ginjal).

5. Pemeriksaan Arteriografi

Dilakukan jika dicurigai telah terjadi kerusakan vaskuler akibat fraktur tersebut.

2.1.9 Pencegahan

Fraktur collum femur dapat dicegah dengan menerapkan pola hidup sehat dan menghindari faktor-faktor resiko seperti berikut ini :

1. Mencegah jatuh
2. Mendapatkan cukup kalsium dan vitamin D setiap hari.
3. Berjalan, naik tangga, angkat beban, atau olahraga setiap hari.
4. Konsultasi dengan dokter Anda tentang memiliki kepadatan mineral tulang (BMD) tes (mendeteksi osteoporosis secara dini)
5. Memakai pelindung dan menerapkan protokol keselamatan ketika berpartisipasi dalam olahraga ekstrim seperti bersepeda downhill atau bermain ski.

2.1.10 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan fraktur *collum femoris* harus dimulai secepat mungkin setelah terjadinya trauma terutama pencegahan pergerakan tungkai atau imobilisasi. Karena apabila tidak tepat saat mengubah posisi pasien dapat menyebabkan fraktur yang semula sederhana menjadi kompleks.

Penatalaksanaan untuk pasien berusia 60 tahun kebawah yang mengalami fraktur adalah fiksasi internal dan reduksi tertutup. Untuk pasien berusia 60 keatas disarankan dilakukan *hip arthroplasty*. Tujuan dari pengklasifikasian adalah pada pasien berusia 60 tahun kebawah mobilitasnya masih cukup tinggi dibandingkan dengan usia 60 tahun keatas, untuk menurunkan resiko terjadinya komplikasi dan pembentukan tulang kembali pada usia dewasa muda masih mungkin terjadi. (Dr.Cokorda Gde, 2018)

JENIS-JENIS OPERASI:

1. Pemasangan Pin

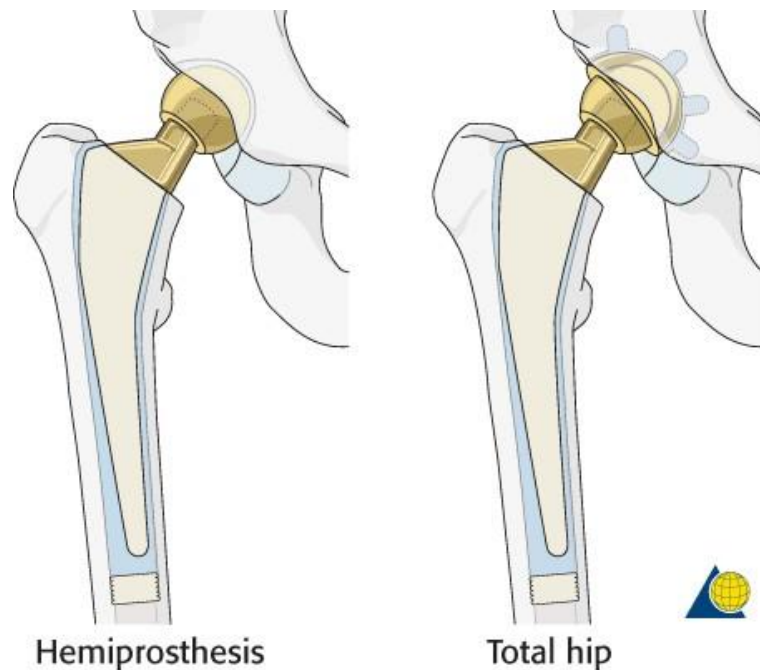
Pemasangan pin haruslah dengan akurasi yang baik karena pemasangan pin yang tidak akurat (percobaan pemasangan pin secara multiple atau di bawah trokanter) telah diasosiasasi dengan fraktur femoral subtrokanter.

2. Pemasangan *Plate* dan *Screw*

Fraktur leher femur sering dipasang dengan konfigurasi *apex distal screw* atau *apex proximal screw*. Pemasangan screw secara distal sering gagal berbanding dengan distal fiksasi dengan cannulated screw hanya bisa dilakukan jika reduksi yang baik telah dilakukan. Setelah fraktur direduksi, fraktur ditahan dengan menggunakan *screw* atau *sliding screw* dan *side plate* yang menempel pada *shaft* femoralis.*Sliding hip screw (fixed-angle device)* ditambah *derotation screw* diindikasikan untuk fraktur cervical basal dan patah tulang berorientasi vertikal.(Dr.Cokorda Gde, 2018)

3. Hip Arthroplasty

Hip Arthroplasty merupakan suatu tindakan penggantian sendi pinggul dengan prostesis yang bertujuan untuk mengurangi rasa sakit dan mengembalikan fungsi sendi panggul seperti semula. Nyeri setelah tindakan *hip arthroplasty* dirasakan membaik selama minimal 3 bulan, sedangkan setidaknya butuh 1 tahun untuk kembali ke fungsi normal tubuh. *Hip Arthroplasty* terbagi menjadi dua jenis, yaitu *Total Hip Arthroplasty* dan *Hemiarthroplasty*.



Gambar 1. 6 Perbedaan hemiarthroplasty dengan total hip arthroplasty
(Dr. Cokorda Gde;2018)

2.1.11 Dampak Masalah

Ditinjau dari anatomi dan patofisiologi diatas, masalah klien yang mungkin timbul merupakan respon klien terhadap penyakitnya. Akibat fraktur

terutama pada fraktur collum femur akan menimbulkan dampak baik terhadap klien sendiri maupun keluarganya.

Dampak masalah yang perlu diperhatikan dari fraktur bagi klien yaitu dapat mengalami perubahan pada bagian tubuh yang terkena cedera, merasakan cemas akibat rasa sakit dan rasa nyeri yang dirasakannya, resiko terjadinya infeksi, resiko perdarahan, gangguan integritas kulit serta berbagai masalah yang mengganggu kebutuhan dasar lainnya, selain itu fraktur juga dapat menyebabkan kematian. Kegawatan fraktur diharuskan segera dilakukan tindakan untuk menyelamatkan klien dari kecacatan fisik. Kecacatan fisik dapat dipulihkan secara bertahap melalui mobilisasi persendian yaitu dengan latihan range of motion (ROM). Range of motion adalah latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnan kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa otot dan tonus otot (Potter and Perry; 2005)

1. Pada Pasien

a. Biologis

Pada klien fraktur ini terjadi perubahan pada bagian tubuhnya yang terkena trauma, peningkatan metabolisme karena digunakan untuk penyembuhan tulang, terjadi perubahan asupan nutrisi melebihi kebutuhan biasanya terutama kalsium dan zat besi.

b. Psikologis

Klien akan merasakan cemas yang diakibatkan oleh rasa nyeri dari fraktur, perubahan gaya hidup, kehilangan peran baik dalam keluarga maupun dalam masyarakat, dampak dari hospitalisasi rawat inap dan harus

beradaptasi dengan lingkungan yang baru serta takutnya terjadi kecacatan pada dirinya.

c. Sosial

Klien akan kehilangan perannya dalam keluarga dan dalam masyarakat karena harus menjalani perawatan yang waktunya tidak akan sebentar dan juga perasaan akan ketidakmampuan dalam melakukan kegiatan seperti kebutuhannya sendiri seperti biasanya.

d. Spiritual

Klien akan mengalami gangguan kebutuhan spiritual sesuai dengan keyakinannya baik dalam jumlah ataupun dalam beribadah yang diakibatkan karena rasa nyeri dan ketidakmampuannya.

2. Terhadap Keluarga

Dampak masalah yang mungkin timbul bagi keluarga klien diantaranya yaitu perasaan takut akan kehilangan anggota keluarganya, timbulnya kecemasan akan keadaan klien, apakah nanti akan timbul kecacatan atau akan sembuh total. Koping yang tidak efektif bisa ditempuh keluarga untuk itu peran perawat disini sangat vital dalam memberikan penjelasan terhadap keluarga. Selain itu, keluarga harus bisa menanggung semua biaya rumah sakit, perawatan dan operasi klien. Hal ini tentunya menambahkan beban bagi keluarga. Masalah – masalah diatas timbul saat klien masuk rumah sakit, sedang masalah juga bisa timbul saat klien pulang dan tentunya keluarga harus bisa merawat, memenuhi kebutuhan klien. Hal ini tentunya menambah beban bagi keluarga dan bisa menimbulkan konflik dalam keluarga. (Helmi, 2012).

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan adalah suatu sistem dalam merencanakan pelayanan asuhan keperawatan yang terdiri dari lima tahapan yaitu pengkajian, perencanaan, pelaksanaan tindakan dan evaluasi. Proses keperawatan ini merupakan suatu proses pemecahan masalah yang sistematis dalam memberikan pelayanan keperawatan serta dapat menghasilkan rencana keperawatan yang menerangkan kebutuhan setiap klien yang dipandang dari segi kebutuhan bio-psiko-sosial-spiritual. (Muttaqin; Arif, 2008)

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengidentifikasi dan mengevaluasi status kesehatan klien (E. Doenges; 2000). Data yang dikumpulkan dalam pengkajian ini meliputi unsur bio-psiko-sosial-spiritual. Dalam proses pengkajian ada 2 tahap yang perlu dilalui yaitu pengumpulan data dan analisa data.

a) Pengumpulan data

Pada tahap ini merupakan kegiatan dalam menghimpun informasi (data-data) dari klien yang meliputi unsur bio-psiko-sosial-spiritual yang komprehensif secara lengkap dan relevan untuk mengenal klien agar dapat memberi arah kepada tindakan keperawatan.

1) Identitas

Meliputi nama klien, nama panggilan, tempat tanggal lahir, usia, jenis kelamin, alamat, jumlah saudara, bahasa yang digunakan, nomor register, tanggal dan jam masuk rumah sakit (MRS) dan diagnosa medis. Faktor

usia tidak menentu terkadang yang menderita fraktur itu usia remaja, dewasa dan tua. Usia tua dikarenakan osteoporosis, sedangkan pada usia remaja dan dewasa itu biasanya dikarenakan mengalami kecelakaan.

2) **Keluhan Utama**

Pada umumnya keluhan utama pada kasus fraktur adalah terasa nyeri. Nyeri tersebut bisa akut dan kronis tergantung lamanya serangan. Dalam mengkaji adanya nyeri, maka digunakan teknik PQRST.

P= *Provoking incident*: Karena adanya luka post ops fraktur collum femur

Q= *Quality of pain*: seperti apa nyeri yang dirasakan atau digambarkan klien. Apakah seperti terbakar, berdenyut, atau menusuk.

R= *Regio*: Lokasi nyeri berada di tempat post ops fraktur collum femur.

S= *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*: berapa lama nyeri berlangsung, kapan, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari.

3) **Riwayat penyakit sekarang**

Pengumpulan data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari fraktur yang nantinya membantu dalam rencana tindakan terhadap klien. Ini bisa berupa kronologi terjadinya penyakit tersebut sehingga nantinya bisa di tentukan kekuatan yang terjadi dan bagian tubuh mana yang terkena. Selain itu dengan mengetahui mekanisme terjadinya penyebab fraktur bisa di ketahui luka yang diakibatkan dari kecelakaan yang lain.

4) Riwayat penyakit dahulu

Pada klien fraktur / patah tulang dapat disebabkan oleh trauma / kecelakaan, degeneratif dan patologi. Pernah mengalami kejadian patah tulang atau tidak sebelumnya dan ada atau tidaknya klien mengalami pembedahan perbaikan dan pernah menderita osteoporosis sebelumnya.

5) Riwayat penyakit keluarga

Pada keluarga klien ada / tidak yang menderita osteoporosis, *arthritis* dan tuberkolosis atau penyakit lain yang sifatnya menurun dan menular. Diabetes dan Hipertensi karena dengan tekanan darah yang tinggi serta gula darah juga tinggi yang mempersulit proses penyembuhan.

6) Pemeriksaan fisik

Berdasarkan B1 – B6

a) Sistem pernafasan (B1/Breathing)

- Inspeksi : Tidak ada perubahan yang menonjol seperti bentuk dada ada tidaknya sesak nafas, pernafasan cuping hidung, dan pengembangan paru antara kanan dan kiri simetris.
- Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, gerakan vokal fremitus antara kanan dan kiri sama.
- Perkusi : Bunyi paru resonan
- Auskultasi : Suara nafas vesikuler tidak ada suara tambahan seperti wheezing atau ronchi

b) Sistem Kardiovaskuler (B2/Blood)

- Inspeksi : Kulit dan membran mukosa pucat.

- Palpasi : Tidak ada peningkatan frekuensi dan irama denyut nadi, tidak ada peningkatan JVP, CRT menurun >3detik pada ekstremitas yang mengalami luka
 - Perkusi : Bunyi jantung teratur
 - Auskultasi :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
- c) Sistem Persyarafan (B3/Brain)
- Inspeksi : Mengkaji kesadaran dengan nilai GCS, hasil Eye: 4 Verbal: 5 Motorik: 6 Total : 15 tidak ada kejang, tidak ada kelainan nervus cranialis
 - Palpasi : Tidak ada nyeri kepala, refleks normal
- d) Sistem Perkemihan (B4/Bladder)
- Inspeksi : Warna urin kuning
 - Palpasi : Tidak ada distensi atau nyeri tekan pada kandung kemih
- e) Sistem Pencernaan (B5/Bowel)
- Inspeksi : Keadaan mulut bersih, mukosa kering lembab, keadaan abdomen normal tidak asites.
 - Palpasi : Tidak ada nyeri tekan atau massa pada abdomen.
 - Perkusi : Normal suara tympani
 - Auskultasi : Normal
- f) Sistem Muskuluskeletal dan Integumen (B6/Bone)
- Inspeksi : Aktivitas dan latihan mengalami perubahan / gangguan dari sehingga memerlukan bantuan dalam memenuhi kebutuhan perlu

dibantu baik oleh perawat atau keluarga. Pada area luka beresiko tinggi terhadap infeksi, sehingga tampak diperban / dibalut kasa steril. Tidak ada perubahan yang menonjol pada sistem integumen seperti warna kulit, adanya jaringan parut / lesi, adanya perdarahan, adanya sedikit pembengkakan, tekstur kulit kasar dan suhu kulit hangat pada area sekitar luka. Adanya nyeri pada area fraktur, kekuatan otot pada area fraktur mengalami perubahan akibat kerusakan rangka neuromuscular, kekuatan otot pada ekstremitas bawah mengalami penurunan akibat efek dari pasca operasi, ROM menurun yaitu mengkaji dengan skala ROM :

- (1) Skala 0 : Paralisis total
- (2) Skala 1 : Tidak ada gerakan, teraba / terlihat adanya kontraksi otot.
- (3) Skala 2 : Gerakan otot penuh menentang gravitasi dengan sokongan.
- (4) Skala 3 : Gerakan normal menentang gravitasi
- (5) Skala 4 : Gerakan normal menentang gravitasi dengan sedikit tahanan.
- (6) Skala 5 : gerakan normal penuh menentang gravitasi dengan tahanan penuh.

➤ Palpasi : Kulit teraba hangat

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi).
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri post operasi, kerusakan rangka neuromuskular
- c. Resiko cedera berhubungan dengan kelemahan fisik pasca operasi, kerusakan rangka neuromuskular
- d. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan luka *post operative fracture*.
- e. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan suplay darah ke jaringan menurun

(Nurarif dan Kusuma, 2015)

2.2.3 Rencana Keperawatan

- a. Diagnosa Keperawatan 1

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi).

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan nyeri akut teratasi.

Kriteria hasil :

- ✓ Mampu mengontrol keluhan nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)
- ✓ Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri.

Intervensi :

- 1) Kaji tingkat nyeri klien (lokasi, karakteristik dan durasi) serta respon verbal dan non verbal pada klien yang mengisyaratkan nyeri.

Rasional : Mengevaluasi tingkat nyeri klien dapat mendeteksi gejala dini yang timbul sehingga perawat dapat memilih tindakan keperawatan selanjutnya serta mengkaji respon verbal dan non verbal klien dapat diketahui intervensi kita berhasil atau tidak.

- 2) Beri penjelasan pada klien dan keluarga tentang penyebab nyeri.

Rasional : Dengan memberikan penjelasan diharapkan klien tidak merasa cemas dan dapat melakukan sesuatu yang dapat mengurangi nyeri.

- 3) Ajarkan pada klien cara mengurangi nyeri dengan teknik relaksasi dan distraksi.

Rasional : Teknik nafas dalam dan mengalihkan nyeri mampu menstimulus otak terhadap nyeri sehingga mengurangi nyeri.

- 4) Pertahankan immobilisasi / *beDrest* karena adanya trauma / patah tulang / pemasangan traksi.

Rasional : Immobilisasi / *beDrest* dapat meringankan nyeri dan mencegah *displacement* tulang / eksistensi jaringan luka.

- 5) Observasi tanda-tanda vital.

Rasional : Observasi tanda-tanda vital dapat diketahui keadaan umum klien.

- 6) Lakukan kolaborasi dalam pemberian obat sesuai dengan yang di indikasikan yaitu analgesik dan pelemas otot.

Rasional : Obat analgesik diharapkan dapat mengurangi nyeri dan obat pelemas otot diharapkan dapat melemaskan otot.

b. Diagnosa Keperawatan 2

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri post operasi, kerusakan rangka neuromuskular.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan mobilitas fisik meningkat.

Kriteria hasil :

- ✓ Klien meningkat aktivitas fisik (kelemahan fisik menurun (pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan meningkat)
- ✓ Mampu melakukan mobilisasi terbatas (tahu akan keluhan nyeri/fisik, mampu melakukan gerakan terbatas dengan alat bantu ataupun dibantu keluarga)

Intervensi :

- 1) Observasi keterbatasan gerak klien dan catat respon klien terhadap immobilisasi.

Rasional : Dengan observasi dapat diketahui seberapa jauh tingkat perubahan fisik klien (keterbatasan gerak) dan bagaimana respon / persepsi klien tentang gambaran dirinya.

- 2) Anjurkan klien untuk berpartisipasi dalam aktivitas dan pertahankan stimulasi lingkungan antara lain TV, Radio dan surat kabar.

Rasional : Dapat memberi kesempatan pasien untuk mengeluarkan energi, memfokuskan perhatian, meningkatkan rangsangan kontrol diri pasien dan membantu dalam menurunkan isolasi sosial.

3) Ajarkan pada klien untuk berlatih secara aktif / pasif dari latihan ROM.

Rasional : Dapat menambah aliran darah ke otot dan tulang melakukan gerakan sendi dapat mencegah kontraktur.

4) Monitor tekanan darah dan catat masalah sakit kepala.

Rasional : Hipertensi postural adalah masalah umum yang mengurangi *bedrest* lama dan memerlukan tindakan khusus

5) Konsultasikan dengan ahli terapi fisik / spesialis, rehabilitasi.

Rasional : Konsultasi dengan ahli terapi / spesialis rehabilitasi dapat menciptakan program aktivitas dan latihan individu.

c. Diagnosa Keperawatan 3

Resiko cedera berhubungan dengan kelemahan fisik pasca operasi, kerusakan rangka neuromuskular

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam keparahan dan cedera yang diamati atau dilaporkan menurun

Kriteria hasil :

- ✓ Klien terhindar dari kejadian cedera
- ✓ Klien dan keluarga mampu waspada dan mengutamakan keselamatan

Intervensi :

a. Observasi lingkungan sekitar klien yang berpotensi menyebabkan cedera.

Rasional : Dengan observasi dapat diketahui keselamatan lingkungan, tingkat keselamatan klien dan tingkat potensi cedera klien.

b. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan risiko.

Rasional : Menghilangkan bahaya yang dapat menimbulkan cedera pada klien

c. Menyediakan alat bantu keamanan untuk klien

Rasional : Membantu klien menggunakan alat bantu keselamatan (misalnya pegangan tangan, reling bed)

d. Diagnosa Keperawatan 4

Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan luka *post operative fracture*.

Tujuan : Setelah di lakukan tindakan keperawatan 3x24 jam di harapkan kerusakan integritas kulit masalah teratasi.

Kriteria Hasil :

- ✓ Integritas kulit yang baik bisa di pertahankan (sensasi, elastisitas, temperatur, hidrasi, pigmentasi) tidak ada luka /lesi pada kulit
- ✓ Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera berulang.
- ✓ Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan kulit

Intervensi :

1) Anjurkan klien untuk menggunakan pakaian yang longgar.

Rasional : Nyaman saat di gerakkan dan luka tidak tertekan

2) Hindari kerutan pada tempat tidur, ganti seprei setiap hari.

Rasional : Memberikan posisi yang nyaman.

3) Jaga kebersihan kulit yang luka agar tetap bersih dan kering.

Rasional : Menghindari adanya infeksi untuk menjaga kebersihan kulit.

4) Monitor aktivitas dan mobilisasi.

Rasional : Mengetahui tingkat mobilisasi klien.

5) Monitor kulit akan adanya oedem dan kemerahan.

Rasional : Menghindari adanya infeksi dan perubahan perfusi jaringan.

6) Anjurkan klien untuk melakukan gerak aktif sedikit demi sedikit.

Rasional : Mempertahankan kekuatan otot serta meningkatkan sirkulasi

e. Diagnosa Keperawatan 5

Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan suplay darah ke jaringan menurun.

Tujuan : Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer di harapkan masalah teratasi.

Kriteria Hasil :

- ✓ Tekanan *systole* dan *distole* dalam rentang yang diharapkan.
- ✓ Tidak ortostatik hipertensi ortostatik.
- ✓ Tidak ada tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial (tidak lebih dari 15 mmHg).

Intervensi :

1) Kaji secara komprehensi sirkulasi perifer.

Rasional : Sirkulasi perifer dapat menunjukkan tingkat keparahan penyakit

- 2) Evaluasi nadi perifer dan edema.

Rasional : Pulsasi yang lemah menimbulkan kardiak output menurun.

- 3) Evaluasi anggota badan atau lebih.

Rasional : Untuk meningkatkan *venous return*.

- 4) Ubah posisi pasien setiap 2 jam sekali.

Rasional : Mencegah komplikasi dekubitus.

- 5) Dorong latihan ROM sebelum *beDrest*.

Rasional : Mencegah komplikasi decubitus

- 6) Kolaborasi dengan tim medis dengan pemberian anti platelet atau anti perdarahan.

Rasional : Meminimalkan adanya bekuan dalam darah.

2.2.4 Implementasi

Implementasi adalah suatu tindakan pelaksana dari rencana yang sudah dibuat untuk proses penyembuhan klien selama klien di rawat di rumah sakit. Setiap tindakan yang di berikan dari rencana tindakan harus di beri tanggal, waktu dan paraf (Doenges, 2000).

Pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, prosedur operasi, selama 3 x 24 jam dilakukan tindakan keperawatan berupa melakukan bina hubungan saling percaya kepada pasien dan keluarga, mengobservasi tanda-tanda vital pasien, mengkaji tingkat intensitas dan frekuensi nyeri, menjelaskan kepada klien tentang penyebab nyeri, melakukan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgesik.

Pada diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri post operasi, kerusakan *neuro musculoskeletal*, fraktur, selama 3 x 24 jam dilakukan tindakan keperawatan berupa mengkaji derajat imobilitas yang dihasilkan oleh cedera / pengobatan dan perhatikan persepsi pasien terhadap imobilisasi, mengajarkan dan memberi dukungan pada pasien dalam latihan ROM aktif dan pasif, melakukan pemantauan pada pasien dalam hal penggunaan alat bantu, memberikan / membantu pasien dalam mobilisasi dengan kursi roda, tongkat sesegera mungkin, melakukan kolaborasi dengan ahli terapi fisik / okupasi dan / spesialis rehabilitasi.

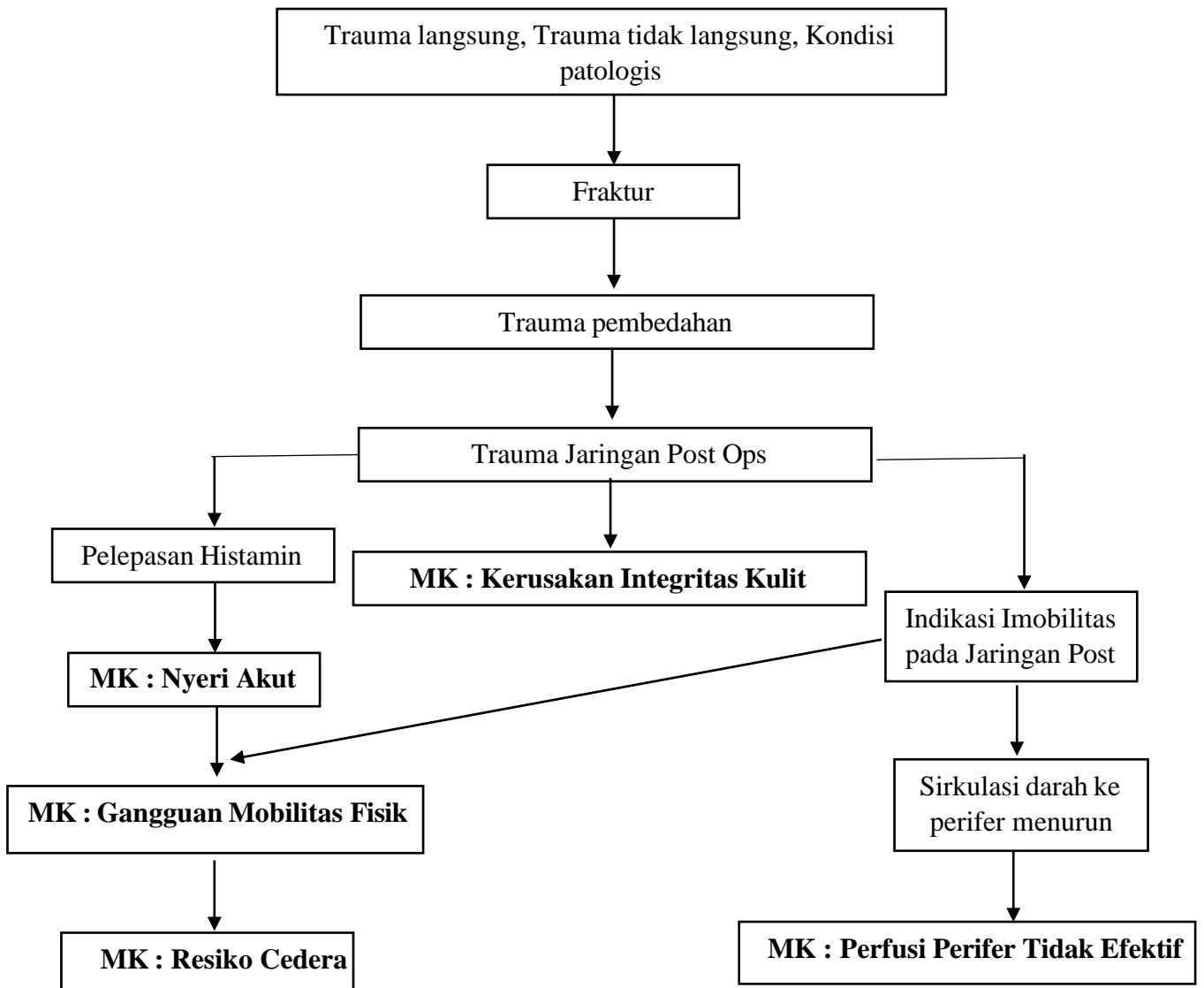
Pada diagnosa risiko cedera berhubungan dengan kelemahan fisik, selama 3 x 24 jam dilakukan tindakan keperawatan berupa mengkaji derajat risiko agen pencedera baik lingkungan, pengobatan, klien sendiri, dan risiko pencedera dari luar. Memodifikasi lingkungan / menghilangkan bahaya yang berpotensi menyebabkan cedera, menyediakan alat bantu dan alat keselamatan untuk klien, mengedukasi klien dan keluarga tentang keselamatan dan pencegahan jatuh.

2.2.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan suatu hasil akhir dari perkembangan klien dari setiap tindakan yang sudah di rencanakan. Dan klien sudah mengalami perubahan terhadap diri yang di rasakan (Doenges, 2000).

Pada diagnosa nyeri akut yang di harapkan yaitu nyeri berkurang sampai dengan hilang. Pada diagnosa gangguan mobilitas fisik yang di harapkan yaitu dapat melakukan mobilitas secara mandiri. Pada diagnosa risiko cedera yang di harapkan yaitu keselamatan klien terhindar dari cedera.

2.3 Kerangka Masalah



BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan dengan diagnosa *Post Operative Closed Fracture Collum Femur Sinistra*, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 17 Januari 2022 sampai dengan 19 Januari 2022 dengan data pengkajian pada tanggal 17 Januari 2022 jam 09.00 WIB. Anamnesa diperoleh dari klien dan keluarga klien serta file rekam medis No. Register 685XXX sebagai berikut.

3.1 PENGKAJIAN

3.1.1 Identitas

Klien adalah seorang laki-laki bernama Tn. D berusia 75 tahun, beragama Islam, sudah menikah, pekerjaan pensiunan PNS, bertempat tinggal di Baratajaya 2-A No. 61-A Kota Surabaya, suku Jawa, bahasa yang digunakan sehari-hari adalah bahasa Jawa dan Indonesia. Klien dirawat dengan diagnosa medis *post operative closed fracture collum femur sinistra*

3.1.2 Keluhan Utama

Klien mengatakan nyeri pada paha sebelah kiri.

3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien mengatakan pada tanggal 11 Januari 2022 sekitar jam 11.00 WIB Px terjatuh dari sepeda saat gowes. Setelah sampai dirumah Px duduk di kursi sekira jam 13.00 WIB Px terjatuh kembali dari kursi. Kemudian

pada Jam 14.00 px. langsung dibawa ke RS. Manyar Surabaya dari hasil rontgen didapati pangkal leher paha kiri px patah. Kemudian sekira jam 23.06 Px dirujuk ke IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya untuk mendapatkan penanganan lebih lanjut , setelah sampai di IGD dokter memeriksa TTV dan pemeriksaan lab PCR didapatkan hasil : TD : 140/80 N : 80x/menit RR : 20x/menit S : 36,6 °C Sat: 98% hasil Lab PCR negatif dan dokter mendiagnosa Closed Fraktur Collum Femure Sinistra dan px dianjurkan untuk menjalani Operasi kemudian Px menjalani rawat inap di Ruang E II RSPAL Dr. Ramelan Surabaya untuk dilakukan perawatan dan edukasi Pre Operasi. Selama rawat inap di ruang E II, Px dipasang skin traksi 5kg. Persiapan operasi, konsul jantung Acc resiko ringan, konsul anastesi Acc Operasi, premedikasi score II, kemudian Px dijadwalkan operasi pemasangan *hyppipolar* tanggal 14 Januari 2022. Setelah selesai operasi Px kembali ke ruang E II RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Pada saat pengkajian pada tanggal 17 Januari 2022 jam 09.00 masih didapatkan adanya masalah keperawatan nyeri, gangguan mobilitas fisik dan berisiko cedera. Kemudian Px mendapatkan terapi dari dokter dan juga fisioterapi.

3.1.4 Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit apapun.

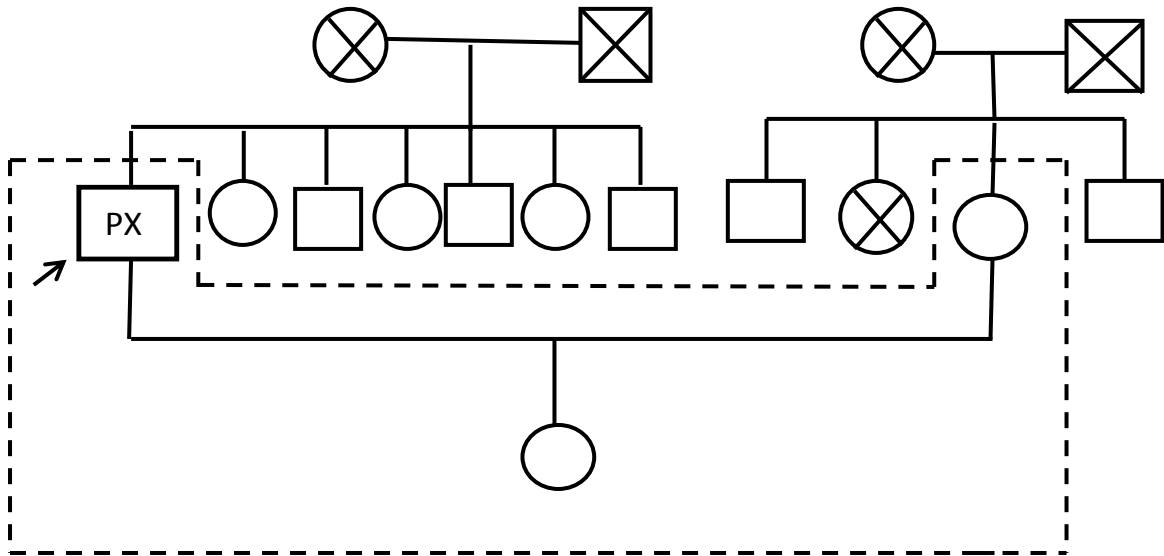
Operasi : Pasien baru pertama kali menjalani operasi

Alergi : Pasien tidak mempunyai riwayat alergi terhadap makanan maupun obat-obatan

3.1.5 Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit dalam keluarga.

Genogram :



Keterangan :

○ = Perempuan

□ = Laki – laki

↗ = Pasien

----- = serumah

✕ = Meninggal

Gambar Genogram keluarga Tn. D dengan diagnosa medis *post operative closed fracture collum femur sinistra* di Ruang E II RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

3.1.6 Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum sedang, kesadaran composmentis, klien terbaring di tempat tidur, terpasang infus di tangan kanan, tekanan darah : 140/80mmHg, suhu : 36°C (lokasi pengukuran : temporalis), nadi : 80x/menit (lokasi perhitungan : radialis), respirasi: 20x/menit, saturasi oksigen : 98%, tinggi badan pasien 160cm berat badan SMRS : 60kg setelah MRS : 59kg.

3.1.7 Sistem Pernafasan B1 (Breath)

Pada inspeksi ditemukan bentuk dada normal chest, susunan ruas tulang belakang normal, pola nafas teratur, tidak ada retraksi otot bantu nafas tambahan, tidak ada alat bantu nafas, tidak ada nyeri dada saat bernapas, tidak ada batuk maupun sputum, sianosis tidak ada. Pada palpasi ditemukan vokal premitus sama antara kanan dan kiri. Pada perkusi ditemukan suara perkusi thorax resonan. Pada auskultasi tidak ditemukan suara nafas tambahan seperti ronchi, wheezing.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.8 Sistem Kardiovaskuler B2 (Blood)

Tidak terdapat nyeri dada, irama jantung teratur dengan pulsasi kuat posisi midclavícula sinistra ics v ukuran 1cm, ictus cordis teraba, bunyi jantung : S1 dan S2 tunggal, tidak terdapat bunyi jantung tambahan, tidak ada sianosis, tidak ada clubbing finger, tidak ada oedema, tidak ada hepatomegali, akral hangat, JVP normal.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.9 Sistem Persarafan B3 (Brain)

Kesadaran composmentis, GCS : Eye : 4, Verbal : 5, Motorik : 6, orientasi baik, klien kooperatif, tidak ada kejang, tidak ada kaku kuduk, tidak ada brudzinky, tidak ada nyeri kepala, tidak ada pusing, istirahat/tidur : siang \pm 3-4 jam/hr, malam \pm 6-8 jam/hr, tidak ada kelainan nervous cranialis, pupil isokor, reflek cahaya : +/+ (normal)

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.10 Sistem Perkemihan B4 (Bladder)

Bentuk alat kelamin normal, kebersihan cukup bersih, tidak ada distensi kandung kemih, tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih, pola eliminasi normal warna urine kuning bau khas, tidak ada gangguan dalam berkemih, pasien memakai alat bantu pampers.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.11 Sistem Pencernaan B5 (Bowel)

Mulut cukup bersih, mukosa bibir kering, bentuk bibir normal, gigi c u k u p bersih, terdapat karang gigi dan gigi berlubang, kebiasaan gosok gigi 2x/hari, faring tidak ada radang, tidak ada diet khusus, tidak ada nyeri abdomen, peristaltik 20x/menit, rectum anus normal tidak ada hemoroid, kebiasaan pasien bab pada pagi hari.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.12 Sistem Muskuluskeletal & Integumen B6 (Bone)

Kemampuan pergerakan sendi dan tungkai ROM terbatas, kekuatan otot tangan kanan 5, tangan kiri 5, kaki kanan 5, kaki kiri 3, tidak ada dislokasi, terdapat luka post operative fracture collum femure sinistra, akral hangat, turgor elastis, CRT \leq 2 detik, ada oedema pada paha sebelah kiri, deformitas tulang paha kiri, P : Nyeri hilang timbul, Q : Cekot-cekot, R : Nyeri di pangkal paha kiri atas, S : Skala nyeri 5, T : setiap saat (nyeri berkurang jika tidur dan minum obat, ADL dibantu oleh keluarga : Makan dan minum, memakai baju, mandi diseka dibantu oleh keluarga

Lain – lain : Klien mengatakan nyeri pada paha kiri karena operasi sehingga klien mengalami kesulitan pergerakan seperti duduk dan berpindah posisi.

Masalah keperawatan : Nyeri Akut dan Gangguan Mobilitas Fisik

3.1.13 Sistem Endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening / tyroid, tidak ada hiperglikemi, tidak ada hipoglikemi, tidak ada riwayat diabetes

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.14 Sistem Seksual Reproduksi

Tidak ada masalah seksual yang berhubungan dengan penyakit dan reproduksi.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.15 Kemampuan Perawatan Diri

Aktivitas	SMRS	MRS
Mandi	1	3
Berpakaian/ dandan	1	3
Toileting/ eliminasi	1	3
Mobilitas di tempat tidur	1	3
Alat bantu berupa	1	3
Berjalan	1	3
Niak Tangga	1	3
Berbelanja	1	3
Memasak	1	3
Pemeliharaan rumah	1	3
Berpindah	1	3

Keterangan

- Skor 1: Mandiri
 2: Alat bantu
 3: Dibantu orang lain dan alat
 4: Tergantung/ tdk mampu

Masalah Keperawatan: Gangguan Mobilitas Fisik, Resiko Cedera

3.1.16 Pemeriksaan Penunjang

1. Laboratorium

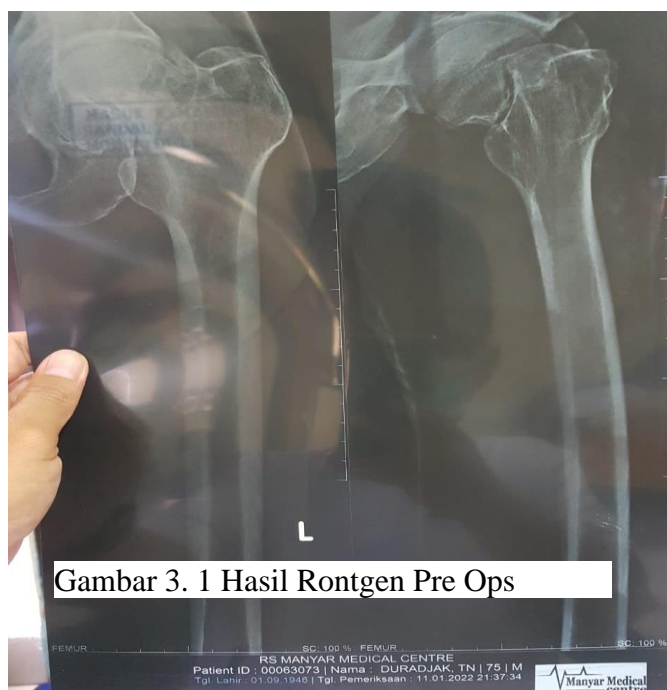
Tanggal Pemeriksaan 12 Januari 2022

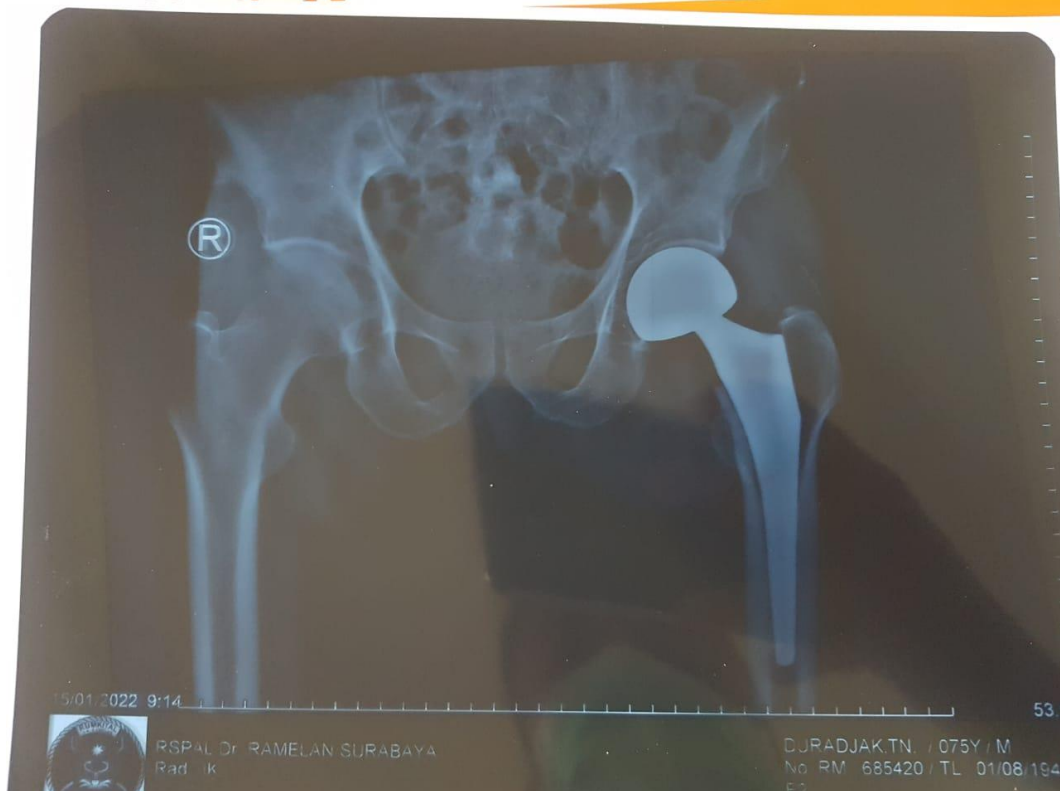
Tabel 3. 1 Laboratorium Tn. D

No.	Jenis Pemeriksaan	Hasil (satuan)	Nilai Normal (satuan)
1	Darah Lengkap		
	Leukosit	10,32 μ L	(4,00 – 10,00/ μ L)
	Jenis Leukosit :		
	• Eosinofil	0,72 μ L	(0,02 – 0,50/ μ L)
	• Basofil	0,02 μ L	(0,00 – 0,10/ μ L)
	• Neutrofil	8,23 μ L	(2,00 – 7,00/ μ L)
• Limfosit	0,88 μ L	(0,80 – 4,00/ μ L)	
• Monosit	0,47 μ L	(0,12 – 1,20/ μ L)	
2	Hemoglobin	10,00 g/dl	(13 – 17 g/dl)
3	Eritrosit	3,25 μ L	(4,00 – 5,50/ μ L)
4	Trombosit	223,00 μ L	(150 – 450/ μ L)
	Indeks Trombosit :		
	• MPV	7,7 fL	(6,5 – 12,00 fL)
	• PDW	15,4 %	(15 – 17 %)
	• PCT	0,173 μ L	(1,08 – 2,82 μ L)
P-LCC	24,00 μ L	(30 – 90/ μ L)	
		10,8 %	(11,00 – 45,00 %)

	P-LCR		
1	Faal Hemostasis		
	Protrombine Time (PT) Pasien PT Kontrol PT	13,8 Detik 14,0 Detik	11 – 15 Detik 11 – 15 Detik
2	APTT Pasien APTT Kontrol APTT INR	35,3 Detik 36,2 Detik 0,97 Detik	26,0 – 40,0 Detik 26,0 – 40,0 Detik 1,00 – 2,00 Detik
	1	Kimia Klinik	
	Fungsi Hati SGOT SGPT	24 U/L 14 U/L	0 – 50 U/L 0 – 50 U/L
2	Diabetes Glukosa Darah Sewaktu	98 mg/dL	74 – 106 mg/dL
3	Fungsi Ginjal Kreatinin BUN	1,25 mg/Dl 22 mg/Dl	0,6 – 1,5 mg/Dl 10 – 24 mg/Dl
	4	Elektrolit & <i>Blood Gas</i> Natrium (Na) Kalium (K) Clorida (Cl)	140,2 mEq/L 4,44 mmol/L 104,1 mEq/L
1	Imunologi		
	Antigen SARS-CoV-2	Negatif	Negatif
2	Hepatitis Anti HCV HbsAg	Negatif < 0,05 UI/ml	Negatif < 0,05 : Non Reaktif > 0,05 : Reaktif
	3	Anti HIV	Non Reaktif

2. Rontgen :






Gambar 3. 2 Hasil Rontgen Post Ops

3. Terapi

Tabel 3. 2 Terapi Obat

No	Nama Obat	Dosis	Rute	Indikasi
1.	Cinam Sanbe Injeksi	4x1,5gr	IV	Mengobati infeksi kulit dan struktur kulit, infeksi dalam perut, infeksi ginekologi
2.	Ketorolac 30mg	3x1	IV	Meredakan nyeri dan peradangan
3.	Ranitidine	2x30mg	IV	Mengobati menurunkan asam lambung
4.	Gentamerck	2x80mg	IV	Membantu mengatasi nyeri akut dan kronik berat

Surabaya, Januari 2022
Mahasiswa Perawat


Deggy Aswal F.M.
NIM 1920049

3.	<p>14. Px mengeluh sendi kaku semua</p> <p>15. Px terlihat cemas saat bergerak</p> <p>16.</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">5555</td> <td style="padding: 2px 5px;">5555</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; padding: 2px 5px;">5555</td> <td style="border-top: 1px solid black; padding: 2px 5px;">3333</td> </tr> </table> <p>DS : px. mengatakan aktivitas sehari-hari dibantu oleh keluarga</p> <p>DO :</p> <p>17. Px terlihat lemas dan terbatas gerakannya</p> <p>18. Px terlihat cemas saat bergerak</p> <p>19. Px menggunakan alat bantu kruk</p> <p>20. TD : 140/80 mmHg</p> <p>21. N : 8x/menit</p> <p>22. S : 36 °C</p> <p>23. RR : 20x/menit</p> <p>24.</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">5555</td> <td style="padding: 2px 5px;">5555</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; padding: 2px 5px;">5555</td> <td style="border-top: 1px solid black; padding: 2px 5px;">3333</td> </tr> </table>	5555	5555	5555	3333	5555	5555	5555	3333	Kelemahan	Resiko Cedera (SDKI, D.0136)
5555	5555										
5555	3333										
5555	5555										
5555	3333										


Diagnosa Keperawatan

Tabel 3. 4 Diagnosa Keperawatan

No. Dx	Diagnosa Keperawatan
1	Nyeri Akut (SDKI, D.0077)
2	Gangguan Mobilitas Fisik (SDKI, D.0054)
3	Resiko Cedera (SDKI, D.0136)

3.3 PRIORITAS MASALAH

Tabel 3. 5 Masalah Keperawatan

No	Masalah Keperawatan	Tanggal		Paraf
		ditemukan	teratasi	
1.	Nyeri Akut (SDKI D.0077)	17-12-2021	Belum teratasi	
2.	Gangguan Mobilitas Fisik (SDKI D.0054)	17-12-2021	Belum teratasi	
3.	Resiko Cedera (SDKI D.0136)	17-12-2021	Belum teratasi	

3.4 INTERVENSI KEPERAWATAN

Tabel 3. 6 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Nyeri Akut b.d Agen Pencedera fisik (Prosedur Operasi) (SDKI,D.0077)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, maka nyeri pasien berkurang. Dengan Kriteria Hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Kesulitan tidur menurun 4. Tekanan darah menurun (normalnya 120/80 mmHg)	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. identifikasi lokasi nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi, Kualitas, intensitas nyeri 2. identifikasi skala nyeri 3. identifikasi factor yg memperberat dan memperingan nyeri 4. monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi tarik nafas	Observasi 1. untuk mengetahui lokasi nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. untuk mengetahui skala nyeri 3. untuk mengetahui faktor yg memperberat dan memperingan nyeri 4. untuk mengetahui dan memantau efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 1. teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi tarik nafas dalam) 2. agar pasien dapat beristirahat Edukasi 1. agar pasien mengetahui penyebab nyeri 2. agar pasien mengetahui strategi meredakan nyeri

			<p>dalam)</p> <p>2. fasilitasi istirahat tidur</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan penyebab nyeri</p> <p>2. jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>3. anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>4. ajarkan tekknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>5. Kolaborasi pemberian analgetik.</p>	<p>3. agar tidak menimbulkan komplikasi yg tidak diharapkan</p> <p>4. teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. untuk mengurangi rasa nyeri</p>
--	--	--	---	---

2.	Gangguan Mobilitas Fisik b/d Nyeri Post Ops (SDKI D.0054)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Nyeri menurun 4. Kaku sendi menurun 5. Gerakan terbatas menurun. 6. Kelemahan fisik menurun. 	<p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 2. Fasilitasi melakukan pergerakan jika perlu 3. Libatkan keluarga untuk membantu Px dalam meningkatkan pergerakan 	<p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Untuk mengetahui toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Untuk memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Untuk mengetahui dan memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk melatih aktivitas mobilisasi Px dengan alat bantu 2. Untuk melatih Px melakukan pergerakan seperlunya 3. Libatkan keluarga untuk membantu Px dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agar Px mengetahui tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Agar Px mengetahui sebab dan akibat melakukan
----	---	--	--	---

			Edukasi: 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (Mis. duduk di tempat tidur)	mobilisasi dini 3. Untuk mengajarkan Px mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (Mis. duduk di tempat tidur)
--	--	--	--	---

3.	Risiko Cedera b/d Kelemahan (SDKI D.0136)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam keparahan dan cedera yang diamati atau dilaporkan menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kejadian cedera menurun 2. Luka / lecet menurun 3. Pendarahan menurun 4. Fraktur menurun 	<p>Manajemen Keselamatan Lingkungan Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebutuhan keselamatan 2. Monitor perubahan status keselamatan lingkungan <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Hilangkan bahaya keselamatan, Jika memungkinkan 4. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan risiko 5. Sediakan alat bantu keamanan lingkungan (mis. Pegangan tangan) 6. Gunakan perangkat pelindung (mis. Rel samping, pintu 	<p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui kebutuhan keselamatan 2. Untuk mengetahui dan memonitor perubahan status keselamatan lingkungan <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Untuk menghilangkan bahaya keselamatan, Jika memungkinkan 4. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan risiko cedera Px 5. Untuk membantu Px dengan alat bantu keamanan lingkungan (mis. Pegangan tangan) 6. Membantu Px menggunakan perangkat pelindung (mis. Rel samping, pintu terkunci, pagar) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Agar Px, keluarga dan kelompok mengetahui risiko
----	---	--	--	---



			<p>terkunci, pagar)</p> <p>Edukasi 7. Ajarkan individu, keluarga dan kelompok risiko tinggi bahaya lingkungan</p> <p>Pencegahan Cidera Observasi: 1. Identifikasi obat yang berpotensi menyebabkan cidera</p> <p>2. Identifikasi kesesuaian alas kaki atau stoking elastis pada ekstremitas bawah</p> <p>Terapeutik: 3. Sediakan pencahayaan yang memadai</p> <p>4. Sosialisasikan pasien dan keluarga dengan lingkungan rawat</p>	<p>tinggi bahaya lingkungan</p> <p>Pencegahan Cidera Observasi: 1. Untuk mengetahui obat yang berpotensi menyebabkan cidera</p> <p>2. Untuk mengetahui kesesuaian alas kaki atau stoking elastis pada ekstremitas bawah</p> <p>Terapeutik: 3. Menyediakan pencahayaan yang memadai pada Px</p> <p>4. Melatih Px Sosialisasikan pasien dan keluarga dengan lingkungan rawat inap</p> <p>5. Sediakan alas kaki antislip</p> <p>6. Sediakan urinal atau urinaluntk eliminasi di dekat tempat tidur, Jika perlu</p> <p>7. Pastikan barang-barang pribadi mudah dijangkau</p> <p>8. Tingkatkan frekuensi</p>
--	--	--	--	--






			<p>inap</p> <p>5. Sediakan alas kaki antislip</p> <p>6. Sediakan urinal atau urinal untuk eliminasi di dekat tempat tidur, Jika perlu</p> <p>7. Pastikan barang-barang pribadi mudah dijangkau</p> <p>8. Tingkatkan frekuensi observasi dan pengawasan pasien, sesuai kebutuhan</p> <p>Edukasi</p> <p>9. Jelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien dan keluarga</p> <p>10. Anjurkan berganti posisi secara perlahan dan duduk beberapa menit</p>	<p>observasi dan pengawasan pasien, sesuai kebutuhan</p> <p>Edukasi</p> <p>9. Jelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien dan keluarga</p> <p>Anjurkan berganti posisi secara perlahan dan duduk beberapa menit sebelum berdiri</p>
--	--	--	---	--







			sebelum berdiri	
--	--	--	-----------------	--










3.5 IMPLEMENTASI KEPERAWATAN









Tabel 3. 7 Implementasi Keperawatan





No Dx	Waktu (Tgl & jam)	Tindakan	TTD	Waktu (Tgl & jam)	Catatan Perkembangan (SOAP)	TTD
1	17-01-2022 08.00	Mengobservasi 1. mengidentifikasi lokasi nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi, Kualitas, intensitas nyeri		17-01-2022 13.00	S : Pasien mengatakan nyerinya sudah mulai berkurang saat diberikan teknik relaksasi nafas dalam dan meminum obat anti	





		<p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - lokasi di paha kaki kiri bagian luar dekat dengan pelvis - luka kemerahan, mulai kering, terdapat jahitan post ops. - nyeri hilang timbul 				
	08.05	2. mengidentifikasi skala nyeri Hasil : skala nyeri 5 (sedang)				
	08.07	3. mengidentifikasi faktor yg memperberat dan memperingan nyeri Hasil : memperberat nyeri ketika dibuat berjalan, duduk dan memperingan nyeri setelah minum obat anti nyeri.				
	08.10	4. memonitor efek samping penggunaan analgetik Hasil : pasien tidak mengalami efek samping penggunaan analgetik				
	08.15	<p>Terapeutik</p> <p>5. memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi tarik nafas dalam) Hasil : setelah diajarkan teknik tarik nafas dalam, rasa nyeri yg dialami pasien berkurang dan pasien terlihat lebih rileks.</p>				
					<p>nyeri</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat lebih rileks setelah diberikan teknik nafas dalam - pasien terlihat tidur dengan tenang dan nyaman - tidak ada efek samping dari penggunaan analgetik - terpasang infus NS 14 tpm <p>A : Masalah sudah teratasi</p> <p>P : intervensi 1 – 11 tetap dilanjutkan hingga pasien benar-benar pulih.</p>	







	<p>08.26</p>	<p>6. memfasilitasi istirahat tidur Hasil : pasien bisa tidur dengan tenang menedukasi</p>				
	<p>09.00</p>	<p>7. menjelaskan penyebab nyeri Hasil : pasien terlihat antusias dalam mendengarkan penjelasan dari perawat terkait penyebab nyerinya</p>				
	<p>09.05</p>	<p>8. menjelaskan strategi meredakan nyeri Hasil : pasien mengerti terkait tentang strategi meredakan nyeri yg diajarkan oleh perawat</p>				
	<p>09.10</p>	<p>9. menganjurkan menggunakan analgetik secara tepat Hasil : pasien mengatakan iya dan selalu menggunakan analgetik secara tepat</p>				
	<p>09.20</p>	<p>10. mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Hasil : mengajarkan teknik napas dalam dan pasien mau mengikuti Kolaborasi</p>				
	<p>10.00</p>	<p>11. mengkolaborasikan pemberian analgetik. Hasil : pasien meminum obat anti nyeri sesuai resep dokter.</p>				








2	<p>10.30</p> <p>10.35</p> <p>10.45</p> <p>10.50</p> <p>11.00</p> <p>11.10</p> <p>11.15</p>	<p>Mengobservasi:</p> <p>1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>Hasil: Nyeri pada paha kiri bagian luar dekat pelvis, ROM px terbatas</p> <p>3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</p> <p>4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>Hasil: TD: 140/80 N : 80 KU : composmentis</p> <p>Terapeutik:</p> <p>5. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu</p> <p>6. Memfasilitasi melakukan pergerakan</p> <p>7. Melibatkan keluarga untuk membantu Px dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>Hasil: Px dan keluarga antusias untuk melatih mobilisasi terbatas dengan alat bantu dan atau tanpa alat bantu</p>	      	<p>S : pasien mengeluh lukanya nyeri</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - luka tertutup perban - pasien terbaring di kasur - pasien terlihat tenang dan lemah - tidak ada rembesan cairan <p>Pada perban</p> <ul style="list-style-type: none"> - terpasang infus NS 14 tpm - px masih belum bisa melakukan ROM <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi 1-10 dilanjutkan hingga pasien benar-benar pulih.</p>	 
---	---	---	--	--	--










	<p>11.20 Edukasi: 8. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>11.25 9. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>11.30 10. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (Mis.duduk di tempat tidur) Hasil : Px sangat antusias mendengarkan dan mempraktekan penjelasan perawat tentang pentingnya melatih ROM pasca operasi</p>	  			
3	<p>Manajemen Keselamatan Lingkungan Observasi:</p> <p>12.35 1. Mengidentifikasi kebutuhan keselamatan</p> <p>12.40 2. Monitor perubahan status keselamatan lingkungan</p> <p>Hasil: Lingkungan tempat rawat inap px aman dan telah sesuai standart</p> <p>Terapeutik:</p> <p>12.45 3. Memodifikasi lingkungan untuk</p>	  		<p>S : pasien mengatakan telah beradaptasi dengan lingkungan rawat inap</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien terbaring di bed terpasang reling - Ku pasien terlihat tenang - pasien berusaha melatih ROM ditempat - pasien dan keluarga telah mengerti penjelasan perawat <p>A : Masalah sudah teratasi</p> <p>P : Intervensi 1-11 tetap</p>	 







		meminimalkan risiko			
	12.50	4. Menyediakan alat bantu keamanan lingkungan (mis. Pegangan tangan) Hasil: Pada bed px telah terpasang relling untuk mencegah resiko px jatuh dari bed			dilanjutkan hingga pasien benar-benar pulih.
	12.55	Edukasi 5. Mengajarkan individu, keluarga dan kelompok risiko tinggi bahaya lingkungan Hasil: Px dan keluarga telah mengerti resiko yang mungkin terjadi terhadap lingkungan sekitar rawat inap			
	13.00	Pencegahan Cidera Observasi:			
	13.05	6. Mengidentifikasi obat yang berpotensi menyebabkan cidera 7. Mengidentifikasi kesesuaian alas kaki atau stoking elastis pada ekstremitas bawah Hasil: Obat sudah tepat, alas kaki px tidak memakai alas kaki dan olah			








		<p>gerak px dibantu dengan alat dan keluarganya sehingga rawan untuk jatuh terpeleset</p> <p>13.10</p> <p>Terapeutik:</p> <p>13.15 8. Mensosialisasikan pasien dan keluarga dengan lingkungan rawat inap</p> <p>9. Meningkatkan frekuensi observasi dan pengawasan pasien, sesuai kebutuhan</p> <p>Hasil: Px sangat kooperatif dan sudah paham dengan lingkungan rawat inap, px selalu diawasi oleh keluarga px</p> <p>13.20 Edukasi</p> <p>13.25 10. Menjelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien dan keluarga</p> <p>11. Menganjurkan berganti posisi secara perlahan dan duduk beberapa menit sebelum berdiri</p> <p>Hasil: Px dan keluarga px sangat antusias mendengar penjelasan perawat</p>	   			
--	--	---	--	--	--	--









1,2,3	<p>14.00</p> <p>15.00</p> <p>17.00</p> <p>19.00</p>	<p>1. melakukan timbang terima dinas pagi</p> <p>2. mengobservasi kondisi umum dan keluhan pasien Hasil : KU pasien sedang, pasien mengeluh nyeri pada paha kaki kirinya</p> <p>3. memvalidasi ke pasien secara langsung serta memastikan pemberian infus tepat Hasil : pemberian infus diberikan dengan tepat menggunakan NS 14 tpm</p> <p>4. membantu pemenuhan kebutuhan ADL pasien</p> <p>5. mengobservasi TTV dan keluhan pasien Hasil : TTV : TD : 140/79 mmHg N : 80x/menit S : 36,2°C RR : 20x/menit - pasien mengeluh paha kaki kirinya nyeri (skala sedang : 5)</p> <p>6. memberikan terapi injeksi ketorolac dan cinam IV</p>	   		<p>S : -</p> <p>O : TTV TD : 140/79 N : 80x/menit Suhu : 36,2°C RR : 20 x/menit - terpasang infus NS 14 tpm - pasien tampak sedang beristirahat</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi tetap dilanjutkan sampai pasien benar-benar pulih</p>	 





		<p>Hasil : pasien kooperatif dengan dilakukannya terapi injeksi</p> <p>7. memberi terapi oral paracetamol 500 mg</p> <p>8. mengobservasi reaksi pemberian terapi</p> <p>Hasil : tidak ada reaksi alergi obat</p> <p>9. membantu mobilisasi pasien</p> <p>10. memberikan posisi dan lingkungan yg nyaman</p> <p>11. mengobservasi keluhan pasien</p> <p>Hasil : pasien tidak ada keluhan</p> <p>12. memastikan pengaman tempat tidur terpasang dengan aman.</p> <p>13. memberi posisi dan lingkungan yang nyaman</p> <p>14. memastikan infus jalan lancar</p> <p>15. mengobservasi istirahat pasien</p>				
	21.00					
	22.00					
	24.00					
1,2,3	18-01-2022	<p>1. mengobservasi istirahat pasien</p> <p>2. mengobservasi kondisi umum dan keluhan pasien</p> <p>Hasil : KU pasien sedang, pasien tidak ada keluhan</p> <p>3. memotivasi pasien untuk beribadah dan berdoa</p> <p>4. mengobservasi TTV dan Keluhan</p>	  		<p>S : -</p> <p>O : TTV</p> <p>TD : 126/79</p> <p>N : 90x/menit</p> <p>Suhu : 36,5° C</p> <p>RR : 20 x/menit</p> <p>- terpasang infus NS 14 tpm</p> <p>- pasien tampak sedang beristirahat</p>	





		<p>pasien TTV : TD : 126/79 mmHg N : 90x/menit S : 36,5 °C RR : 20x/menit - pasien mengeluh nyeri pada paha kirinya berkurang</p> <p>05.30 5. membantu personal hygiene pasien</p> <p>06.00 6. mengedukasi teknik distraksi dan relaksasi</p> <p>06.30 7. mengedukasi pasien tentang teknik ROM</p> <p>07.00 8. timbang terima dengan dinas pagi</p>	   		<p>A : Masalah belum teratasi P : intervensi tetap dilanjutkan sampai pasien benar-benar pulih</p>	
1	<p>18-01-2022 08.00</p> <p>Mengobservasi 1. mengidentifikasi lokasi nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi, Kualitas, intensitas nyeri Hasil : - lokasi di paha kaki kiri bagian luar dekat dengan pelvis - luka kemerahan, mulai kering, terdapat jahitan post ops. - nyeri hilang timbul</p> <p>08.05 2. mengidentifikasi skala nyeri</p>	 		<p>S : Pasien mengatakan nyerinya sudah mulai berkurang saat diberikan teknik relaksasi nafas dalam dan meminum obat anti nyeri O : - Pasien terlihat lebih rileks setelah diberikan teknik nafas dalam - Pasien terlihat antusias dengan melatih gerakan ROM sendiri - pasien terlihat tidur dengan</p>	 	

	<p>08.07</p>	<p>Hasil : skala nyeri 5 (sedang) 3. mengidentifikasi faktor yg memperberat dan memperingan nyeri Hasil : memperberat nyeri ketika dibuat berjalan, duduk dan memperingan nyeri setelah minum obat anti nyeri yaitu paracetamol secara oral.</p>			<p>tenang dan nyaman - tidak ada efek samping dari penggunaan analgetik - terpasang infus NS 14 tpm A : Masalah sudah teratasi P : intervensi 1 – 11 tetap dilanjutkan hingga pasien benar-benar pulih.</p>	
	<p>08.10</p>	<p>4. memonitor efek samping penggunaan analgetik Hasil : pasien tidak mengalami efek samping penggunaan analgetik</p>				
	<p>08.15</p>	<p>Terapeutik 5. memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi tarik nafas dalam) Hasil : setelah diajarkan teknik tarik nafas dalam, rasa nyeri yg dialami pasien berkurang dan pasien terlihat lebih rileks.</p>				
	<p>08.26</p>	<p>6. memfasilitasi istirahat tidur Hasil : pasien bisa tidur dengan tenang mendidikasi</p>				
	<p>09.00</p>	<p>7. menjelaskan penyebab nyeri Hasil : pasien terlihat antusias dalam</p>				





	<p>09.05 mendengarkan penjelasan dari perawat terkait penyebab nyerinya</p> <p>8. menjelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>Hasil : pasien mengerti terkait tentang strategi meredakan nyeri yg diajarkan oleh perawat</p> <p>09.10 9. menganjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>Hasil : pasien mengatakan iya dan selalu menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>09.20 10. mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Hasil : mengajarkan teknik napas dalam dan pasien mau mengikuti Kolaborasi</p> <p>10.00 11. mengkolaborasikan pemberian analgetik.</p> <p>Hasil : pasien meminum obat anti nyeri sesuai resep dokter.</p>	   			
2	<p>10.30 Mengobservasi:</p> <p>1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>10.35 2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>Hasil: Nyeri pada paha kiri bagian</p>	 		<p>S : pasien mengeluh lukanya nyeri</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - luka tertutup perban - pasien terbaring di kasur - pasien terlihat lebih tenang dan semangat 	









	<p>10.45</p> <p>10.50</p> <p>11.00</p> <p>11.10</p> <p>11.15</p> <p>11.20</p> <p>11.25</p>	<p>luar dekat pelvis, ROM px terbatas</p> <p>3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</p> <p>4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>Hasil: TD: 140/80 N : 80 KU : composmentis</p> <p>Terapeutik:</p> <p>5. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu</p> <p>6. Memfasilitasi melakukan pergerakan</p> <p>7. Melibatkan keluarga untuk membantu Px dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>Hasil: Px dan keluarga antusias untuk melatih mobilisasi terbatas dengan alat bantu dan atau tanpa alat bantu</p> <p>Edukasi:</p> <p>8. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>9. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini</p>	      	<p>- tidak ada rembesan cairan</p> <p>Pada perban</p> <p>- terpasang infus NS 14 tpm</p> <p>- px masih sudah bisa melakukan ROM terbatas</p> <p>A : Masalah sudah teratasi</p> <p>P : Intervensi 1-10 dilanjutkan hingga pasien benar-benar pulih.</p>	
--	---	---	---	--	---

	11.30	10. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (Mis. duduk di tempat tidur) Hasil : Px sangat antusias mendengarkan dan mempraktekan penjelasan perawat tentang pentingnya melatih ROM pasca operasi				
3	12.35	Manajemen Keselamatan Lingkungan Observasi: 1. Mengidentifikasi kebutuhan keselamatan				S : pasien mengatakan telah beradaptasi dengan lingkungan rawat inap
	12.40	2. Monitor perubahan status keselamatan lingkungan Hasil: Lingkungan tempat rawat inap px aman dan telah sesuai standart				O : - pasien terbaring di bed terpasang reling - Ku pasien terlihat tenang - pasien berusaha melatih ROM ditempat
	12.45	Terapeutik: 3. Memodifikasi lingkungan untuk meminimalkan risiko				- pasien dan keluarga telah mengerti penjelasan perawat A : Masalah sudah teratasi
	12.50	4. Menyediakan alat bantu keamanan lingkungan (mis. Pegangan tangan) Hasil: Pada bed px telah terpasang reling untuk mencegah resiko px				P : Intervensi 1-11 tetap dilanjutkan hingga pasien benar-benar pulih.








		jatuh dari bed			
	12.55	Edukasi 5. Mengajarkan individu, keluarga dan kelompok risiko tinggi bahaya lingkungan			
		Hasil: Px dan keluarga telah mengerti resiko yang mungkin terjadi terhadap lingkungan sekitar rawat inap			
	13.00	Pencegahan Cidera Observasi: 6. Mengidentifikasi obat yang berpotensi menyebabkan cidera			
	13.05	7. Mengidentifikasi kesesuaian alas kaki atau stoking elastis pada ekstremitas bawah			
		Hasil: Obat sudah tepat, alas kaki px tidak memakai alas kaki dan olah gerak px dibantu dengan alat dan keluarganya sehingga rawan untuk jatuh terpeleset			
	13.10	Terapeutik: 8. Mensosialisasikan pasien dan keluarga dengan lingkungan rawat			









	<p>13.15</p> <p>inap</p> <p>9. Meningkatkan frekuensi observasi dan pengawasan pasien, sesuai kebutuhan</p> <p>Hasil: Px sangat kooperatif dan sudah paham dengan lingkungan rawat inap, px selalu diawasi oleh keluarga px</p> <p>13.20</p> <p>Edukasi</p> <p>10. Menjelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien dan keluarga</p> <p>13.25</p> <p>11. Menganjurkan berganti posisi secara perlahan dan duduk beberapa menit sebelum berdiri</p> <p>Hasil: Px dan keluarga px sangat antusias mendengar penjelasan perawat</p>	 			
1,2,3	<p>14.00</p> <p>1. melakukan timbang terima dinas pagi</p> <p>2. mengobservasi kondisi umum dan keluhan pasien</p> <p>Hasil : KU pasien baik, pasien mengeluh nyeri pada paha kaki kirinya</p>			<p>S : -</p> <p>O : TTV</p> <p>TD : 129/92</p> <p>N : 92x/menit</p> <p>Suhu : 36,2 °C</p> <p>RR : 20 x/menit</p> <p>- terpasang infus NS 14 tpm</p>	

	<p>21.00</p> <p>22.00</p> <p>24.00</p>	<p>lingkungan yg nyaman</p> <p>11. mengobservasi keluhan pasien</p> <p>Hasil : pasien tidak ada keluhan</p> <p>12. memastikan pengaman tempat tidur terpasang dengan aman.</p> <p>13. memberi posisi dan lingkungan yang nyaman</p> <p>14. memastikan infus jalan lancar</p> <p>15. mengobservasi istirahat pasien</p>	  			
1,2,3	<p>19-01-2022</p> <p>02.00</p> <p>04.30</p> <p>05.00</p> <p>05.30</p>	<p>1. mengobservasi istirahat pasien</p> <p>2. mengobservasi kondisi umum dan keluhan pasien</p> <p>Hasil : KU pasien baik, pasien tidak ada keluhan</p> <p>3. memotivasi pasien untuk beribadah dan berdoa</p> <p>4. mengobservasi TTV dan Keluhan pasien</p> <p>TTV :</p> <p>TD : 120/79 mmHg</p> <p>N : 80x/menit</p> <p>S : 36,5 °C</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>- pasien mengeluh nyeri pada paha kirinya berkurang</p> <p>5. membantu personal hygiene</p>	  		<p>S : -</p> <p>O : TTV</p> <p>TD : 120/79</p> <p>N : 90x/menit</p> <p>Suhu : 36,5 °C</p> <p>RR : 20 x/menit</p> <p>- terpasang infus NS 14 tpm</p> <p>- KU pasien baik</p> <p>- pasien tampak sedang beristirahat</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi tetap dilanjutkan sampai pasien benar-benar pulih</p>	 



	<p>06.00</p> <p>06.30</p> <p>07.00</p>	<p>pasien</p> <p>6. mengedukasi teknik distraksi dan relaksasi</p> <p>7. mengedukasi pasien tentang teknik ROM</p> <p>8. timbang terima dengan dinas pagi</p>	 			
1	<p>18-01-2022</p> <p>08.00</p> <p>08.05</p> <p>08.07</p>	<p>Mengobservasi</p> <p>1. mengidentifikasi lokasi nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi, Kualitas, intensitas nyeri</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - lokasi di paha kaki kiri bagian luar dekat dengan pelvis - luka kemerahan, mulai kering, terdapat jahitan post ops. - nyeri hilang timbul <p>2. mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>Hasil : skala nyeri 5 (sedang)</p> <p>3. mengidentifikasi faktor yg memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>Hasil : memperberat nyeri ketika dibuat berjalan, duduk dan memperingan nyeri setelah minum obat anti nyeri yaitu paracetamol secara oral.</p> <p>4. memonitor efek samping</p>	  		<p>S : Pasien mengatakan nyerinya sudah mulai berkurang saat diberikan teknik relaksasi nafas dalam dan meminum obat anti nyeri</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat lebih rileks setelah diberikan teknik nafas dalam - Pasien terlihat antusias dengan melatih gerakan ROM sendiri - pasien terlihat tidur dengan tenang dan nyaman - tidak ada efek samping dari penggunaan analgetik - terpasang infus NS 14 tpm <p>A : Masalah sudah teratasi</p> <p>P : intervensi 1 – 11 tetap dilanjutkan hingga pasien benar-benar pulih.</p>	 

	<p>08.10</p>	<p>penggunaan analgetik Hasil : pasien tidak mengalami efek samping penggunaan analgetik</p>				
	<p>08.15</p>	<p>Terapeutik 5. memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi tarik nafas dalam) Hasil : setelah diajarkan teknik tarik nafas dalam, rasa nyeri yg dialami pasien berkurang dan pasien terlihat lebih rileks.</p>				
	<p>08.26</p>	<p>6. memfasilitasi istirahat tidur Hasil : pasien bisa tidur dengan tenang menedukasi</p>				
	<p>09.00</p>	<p>7. menjelaskan penyebab nyeri Hasil : pasien terlihat antusias dalam mendengarkan penjelasan dari perawat terkait penyebab nyerinya</p>				
	<p>09.05</p>	<p>8. menjelaskan strategi meredakan nyeri Hasil : pasien mengerti terkait tentang strategi meredakan nyeri yg diajarkan oleh perawat 9. menganjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p>				

	<p>09.10</p> <p>09.20</p> <p>10.00</p>	<p>Hasil : pasien mengatakan iya dan selalu menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>10. mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Hasil : mengajarkan teknik napas dalam dan pasien mau mengikuti Kolaborasi</p> <p>11. mengkolaborasikan pemberian analgetik.</p> <p>Hasil : pasien meminum obat anti nyeri sesuai resep dokter.</p> <p>12. Rawat luka post ops pasien</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - lokasi di paha kaki kiri bagian luar dekat dengan pelvis - luka bagus sudah mulai kering, masih terdapat jahitan post ops. - nyeri hilang timbul 	 			

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan mencoba menguraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien Tn.D dengan diagnosa medis *Post Operative Closed Fracture Collum Femure Sinistra* di ruang E II RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 17 Januari 2022 sampai 19 Januari 2022. Melalui pendekatan studi kasus untuk mendapatkan kesenjangan antara teori dan praktek dilapangan. Pembahasan terhadap proses asuhan keperawatan ini dimulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

4.1 PENGKAJIAN

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

4.1.1 Identitas

Klien adalah seorang laki-laki bernama Tn. D berusia 75 tahun, beragama Islam, sudah menikah, pekerjaan pensiunan PNS, bertempat tinggal di Baratajaya 2-A No. 61-A Kota Surabaya, suku Jawa, bahasa yang digunakan sehari-hari adalah bahasa Jawa dan Indonesia. Klien dirawat dengan diagnosa medis *post operative closed fracture collum femur sinistra*. Faktor usia tidak menentu terkadang yang menderita fraktur itu usia remaja, dewasa dan tua. Usia tua

dikarenakan osteoporosis, sedangkan pada usia remaja dan dewasa itu biasanya dikarenakan mengalami kecelakaan. Jenis kelamin belum dapat diketahui secara pasti yang mendominasi pasien fraktur karena fraktur itu sendiri dikarenakan mengalami kecelakaan yang tidak sengaja, rendahnya pendidikan berpengaruh juga karena kurangnya pengetahuan tentang rambu-rambu lalu lintas sehingga pengguna bermotor dapat membahayakan diri sendiri dan orang lain yang mengakibatkan fraktur, tetapi ini semua dianggap sudah resiko jika menggunakan kendaraan bermotor. Perkerjaan yang keras yang mengakibatkan stress, kurangnya istirahat, mengkonsumsi alkohol, mengkonsumsi stamina juga dapat mengakibatkan kecelakaan yang tidak disengaja sehingga terjadinya fraktur (Muttaqin;Arif, 2008).

4.1.2 Riwayat Kesehatan

A. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada riwayat kesehatan sekarang klien tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Klien datang dengan keluhan nyeri. Menurut (Muttaqin;Arif, 2008) Nyeri diakibatkan karena adanya fraktur atau patah tulang dapat disebabkan oleh trauma atau kecelakaan, degeneratif dan patalogis yang didahului dengan pendarahan, dan kerusakan jaringan sekitar.

B. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pada riwayat kesehatan dahulu tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Klien mengatakan baru kali ini mengalami patah tulang dan dilakukan tindakan pembedahan. Menurut (Muttaqin;Arif, 2008) Pada klien fraktur perlu dikaji apakah klien pernah

mengalami kejadian patah tulang atau tidak sebelumnya dan ada / tidaknya klien mengalami pembedahan perbaikan dan pernah menderita osteoporosis sebelumnya.

C. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pada riwayat kesehatan keluarga tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Klien mengatakan keluarga tidak pernah mempunyai penyakit seperti DM, Jantung, Hipertensi, TB Paru. Menurut (Muttaqin;Arif, 2008) Perlu dikaji pada keluarga klien ada / tidak yang mengalami osteoporosis, *arthrilis* dan tuberkolosis atau penyakit lain yang sifatnya menurun dan menular.

4.1.3 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik didapatkan beberapa masalah yang bisa dipergunakan sebagai data dalam menegakkan diagnosa keperawatan yang aktual maupun resiko (Muttaqin;Arif, 2008). Adapun pemeriksaan dilakukan berdasarkan persistem yaitu :

A. Sistem Pernafasan B1 (*Breath*)

Pada tinjauan pustaka didapatkan bentuk dada simetris antara kanan dan kiri, tidak ada pernafasan cuping hidung, vocal fremitus seimbang kanan dan kiri, suara paru resonan, tidak ditemukan suara tambahan (Muttaqin;Arif, 2008).

Pada tinjauan kasus didapatkan bentuk dada normal chest, susunan ruas tulang belakang normal, pola nafas teratur, tidak ada retraksi otot bantu nafas, tidak ada alat bantu nafas, tidak ada nyeri dada saat bernapas,

tidak ada batuk maupun sputum, vokal premitus sama antara kanan dan kiri, suara perkusi thorax resonan, tidak ditemukan suara nafas tambahan seperti ronchi, wheezing.

Pada sistem pernafasan tidak ditemukan kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus karena klien tidak mempunyai riwayat kelainan pada sistem pernafasan semuanya normal pada saat pengkajian keadaan klien stabil dan kooperatif saat dikaji. Pada klien post op fraktur tidak ada masalah pada pernafasan apabila klien tidak memiliki komplikasi pada sistem pernafasan karena paru – paru masih berkerja secara normal dan dapat menampung udara dengan baik

B. Sistem Kardiovaskuler B2 (*Blood*)

Pada tinjauan pustaka didapatkan tekanan darah normal atau hipertensi (kadang terlihat sebagai respon nyeri), hipotensi (respon terhadap kehilangan darah), tidak ada peningkatan frekuensi dan irama denyut nadi, tidak ada peningkatan JVP, CRT menurun >3detik pada ekstremitas yang mengalami luka, kulit dan membran mukosa pucat, bunyi jantung pekak, bunyi jantung I dan II terdengar lupdup tidak ada suara tambahan seperti mur mur atau gallop (Mutaqqin, 2009).

Pada tinjauan kasus didapatkan, tidak terdapat nyeri dada, irama jantung teratur dengan pulsasi kuat posisi midclavicula sinistra ics v ukuran 1cm, bunyi jantung : S1 dan S2 tunggal, tidak terdapat bunyi jantung tambahan, tidak ada sianosis, tidak ada clubbing finger, JVP normal tekanan darah pada klien 140/80mmHg, nadi 80x/menit, CRT \leq 2 detik.

Pada sistem kardiovaskuler tidak ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Pada tinjauan kasu sistem kardiovaskuler klien masih dalam batas normal dikarenakan klien suka berolahraga sepeda, tekanan darah klien sedikit diatas normal dikarenakan faktor usia klien.

C. Sistem Persyarafan B3 (*Brain*)

Pada tinjauan pustaka kesadaran dengan nilai GCS, tidak ada kejang, tidak ada kelainan nervus cranialis, tidak ada nyeri kepala (Mutaqqin, 2009).

Pada tinjauan kasus didapatkan kesadaran composmentis, GCS 4,5,6, orientasi baik, klien kooperatif, tidak ada kejang, tidak ada kaku kuduk, tidak ada brudzinky, tidak ada nyeri kepala, tidak ada pusing, istirahat/tidur : siang \pm 3-4 jam/hr, malam \pm 6-8 jam/hr, tidak ada kelainan nervus cranialis, pupil isokor, reflek cahaya : +/+ (normal).

Pada sistem persyarafan tidak ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus. Pada tinjauan kasus ditemukan klien tidak mengalami penurunan kesadaran, dikarenakan efek anastesi sudah tidak ada dan kesadaran klien sudah kembali stabil serta membaik karena sudah 3 hari setelah operasi.

D. Sistem Perkemihan B4 (*Bladder*)

Pada tinjauan pustaka didapatkan warna urine orange gelap karena obat, terpasang kateter (Mutaqqin, 2009).

Pada tinjauan kasus didapatkan bentuk alat kelamin normal, kebersihan cukup bersih, tidak ada distensi kandung kemih, tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih, pola eliminasi normal warna urine kuning bau

kelas, tidak ada gangguan dalam berkemih, pasien memakai alat bantu pampers.

Pada sistem perkemihan terjadi kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus pada tinjauan kasus ditemukan warna urine jernih, dikarenakan klien tidak ada masalah pada perkemihan dan tidak menerima obat yang dapat mempengaruhi warna urine. Pada tinjauan kasus penulis juga kesulitan untuk menghitung produksi urine dikarenakan pasien memakai pampers tidak memakai kateter.

E. Sistem Pencernaan B5 (Bowel)

Pada tinjauan pustaka didapatkan keadaan mulut bersih, mukosa lembab, keadaan abdomen normal tidak asites, tidak ada nyeri tekan atau massa pada abdomen, suara abdomen tympani, peristaltik menurun akibat anestesi (Mutaqqin, 2009).

Pada tinjauan kasus didapati mulut cukup bersih, mukosa bibir kering, bentuk bibir normal, gigi cukup bersih, terdapat karang gigi dan gigi berlubang, kebiasaan gosok gigi 2x/hari, faring tidak ada radang, tidak ada diet khusus, tidak ada nyeri abdomen, peristaltik 20x/menit, rectum anus normal tidak ada hemoroid, kebiasaan pasien bab pada pagi hari.

Pada sistem pencernaan terjadi kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, pada tinjauan kasus klien tidak mengalami penurunan peristaltik bising usus 20x/menit, dikarenakan klien sudah 3 hari yang lalu operasi sehingga efek anestesi sudah tidak ada.

F. Sistem Muskuluskeletal & Integumen B6 (*Bone*)

Pada tinjauan kasus didapatkan tidak ada perubahan yang menonjol pada sistem integumen seperti warna kulit, adanya perdarahan, adanya pembengkakan, tekstur kulit kasar, suhu kulit hangat pada area sekitar luka, kekuatan otot pada area fraktur mengalami perubahan akibat kerusakan rangka neuromuscular, kekuatan otot pada ekstremitas atas dan bawah mengalami penurunan akibat efek dari anastesi (Mutaqqin, 2009)

Pada tinjauan kasus didapatkan klien kemampuan pergerakan sendi dan tungkai ROM terbatas, kekuatan otot tangan kanan 5, tangan kiri 5, kaki kanan 5, kaki kiri 3, tidak ada dislokasi, terdapat luka post operative fracture collum femure sinistra, akral hangat, turgor elastis, CRT \leq 2 detik, ada oedema pada paha sebelah kiri, deformitas tulang paha kiri, P : Nyeri hilang timbul, Q : Cekot-cekot, R : Nyeri di pangkal paha kiri atas, S : Skala nyeri 5, T : setiap saat (nyeri berkurang jika tidur dan minum obat, ADL dibantu oleh keluarga : Makan dan minum, memakai baju, mandi diseka dibantu oleh keluarga. Klien mengatakan nyeri pada paha kiri karena operasi sehingga klien mengalami kesulitan pergerakan seperti duduk dan berpindah posisi.

Pada sistem integumen terjadi kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Pada tinjauan kasus turgor elastis dikarenakan kebutuhan cairan pada pasien terpenuhi.

G. Endokrin

Pada tinjauan pustaka didapatkan tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada pembesaran kelenjar parotis (Mutaqqin, 2009). Pada tinjauan kasus tidak ada pembesaran kelenjar getah bening / tyroid, tidak ada hiperglikemi, tidak ada hipoglikemi, tidak ada riwayat diabetes.

Pada sistem endokrin tidak ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus. Pada tinjauan kasus ditemukan tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada pembesaran kelenjar parotis, tidak ada luka gangren, hal ini disebabkan karena pasien tidak ada riwayat penyakit penyerta seperti Diabetes Melitus atau Hipertiroid sehingga tidak ada masalah pada sistem endokrin.

4.2 DIAGNOSA KEPERAWATAN

Menurut buku (SDKI, 2017), pada tinjauan pustaka ditemukan lima diagnosa keperawatan :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi).
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri post operasi, kerusakan rangka neuromuskular
3. Resiko cedera berhubungan dengan kelemahan fisik pasca operasi, kerusakan rangka neuromuskular
4. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan luka *post operative fracture*.
5. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan suplay darah ke jaringan menurun

Pada tinjauan kasus hanya ditemukan tiga diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi), dikarenakan klien mengalami nyeri akibat adanya insisi pembedahan atau diskontinuitas jaringan kulit dan tulang. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan rangka neuromuscular, nyeri post ops, terapi restriktif (imobilisasi), dikarenakan klien dengan post ops fraktur akan mengalami hambatan mobilitas fisik karena adanya luka bekas operasi dan penurunan kekuatan otot sementara waktu. Resiko cedera berhubungan dengan kelemahan fisik pasca operasi, kerusakan rangka neuromuskular, dikarenakan klien dengan adanya luka post ops dengan gangguan mobilitas dan kelemahan fisik beresiko untuk jatuh dan cedera.

Pada diagnosa keperawatan ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Pada tinjauan kasus tidak dimunculkan diagnosa keperawatan perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan suplay darah ke jaringan menurun, dikarenakan suplay darah tercukupi, tidak muncul diagnosa gangguan integritas kulit berhubungan dengan luka *post operative fracture*, dikarenakan luka masih dibalut kassa steril dan dibebat tidak boleh dibuka kurang dari 3 hari jadi sangat kecil kemungkinan terjadi kerusakan integritas kulit yang parah.

4.3 INTERVENSI KEPERAWATAN

Pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan, *post operative fracture*, tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, hal ini dikarenakan apa yang tertera pada tinjauan pustaka, penulis juga merencanakan tindakan keperawatan pada tinjauan kasus sama

seperti yang ada pada tinjauan pustaka tidak ada perbedaan yang berarti.

Pada diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan rangka neuromuscular, nyeri, terapi restriktif (imobilisasi), terjadi kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Pada tinjauan kasus ditambahkan rencana tindakan jelaskan tentang pentingnya mobilisasi yang berguna agar klien mengerti tentang pentingnya mobilisasi secara bertahap setelah dilakukan tindakan post operasi. Peran perawat disini sangat penting dalam memberikan edukasi mobilisasi dini post operasi dikarenakan agar klien termotivasi untuk latihan mobilisasi, dan mengajarkan cara mobilisasi dini secara benar agar tidak klien mengerti cara mobilisasi yang benar, dan mendorong kemauan klien untuk tetap mobilisasi secara bertahap.

4.4 IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Pelaksanaan adalah perwujudan dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan pada tinjauan pustaka belum dapat diwujudkan karena hanya membahas teori asuhan keperawatan. Sedangkan pada tinjauan kasus pelaksanaan telah disusun dan diwujudkan pada pasien dan ada pendokumentasian serta intervensi keperawatan.

Pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan, *post operative fracture* semua perencanaan tindakan keperawatan telah dilakukan seperti menjelaskan tentang penyebab nyeri (karena adanya pembedahan dan kerusakan jaringan sekitar pada area luka), mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam (Ambil nafas dalam dalam 5 detik kemudian ulangi hingga 3 kali lalu hembuskan melalui mulut dengan gerakan bibir seperti meniup lilin) dan distraksi

/ peralihan seperti (membaca koran, bermain gadget), mengobservasi karakteristik nyeri (skala, frekuensi, durasi), mengobservasi TTV (mengukur tekanan darah, suhu, nadi, pernafasan), mengkolaborasi pemberian analgesik (memberi injeksi Ketorolac 30ml, injeksi cefamandole 1,5gr sebagai antibiotik).

4.5 EVALUASI

Pada tinjauan pustaka evaluasi belum dapat dilaksanakan karena merupakan kasus semu sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilaksanakan karena dapat diketahui keadaan pasien dan masalahnya secara langsung.

Pada akhir evaluasi diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan, *post operative fracture*, disimpulkan bahwa masalah keperawatan klien teratasi karena sudah sesuai dengan tujuan yang sudah ditetapkan oleh perawat yaitu nyeri berkurang sampai hilang. Hal ini sesuai dengan teori menurut Nur Arif dan Kusuma (2015), bahwa tujuan keperawatan dari diagnosa nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan, *post operative fracture* yaitu nyeri berkurang sampai hilang.

Pada akhir evaluasi diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan rangka neuromuscular, nyeri, terapi restriktif (imobilisasi), teratasi sebagian karena mobilisasi tidak dapat langsung normal melainkan harus bertahap. Hal ini sesuai dengan teori menurut Nur Arif dan Kusuma (2015), bahwa tujuan keperawatan dari diagnosa hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan rangka neuromuscular, nyeri, terapi restriktif (imobilisasi), yaitu klien mampu mobilisasi secara bertahap.

Pada akhir evaluasi diagnosa keperawatan resiko cedera berhubungan dengan kelemahan fisik pasca operasi, kerusakan rangka neuromuskular, disimpulkan bahwa masalah keperawatan klien teratasi karena sudah sesuai dengan tujuan yang sudah ditetapkan oleh perawat yaitu keparahan dan cedera yang diamati atau dilaporkan menurun. Hal ini sesuai dengan teori menurut Nur Arif dan Kusuma (2015), bahwa tujuan keperawatan dari diagnosa resiko cedera berhubungan dengan kelemahan fisik pasca operasi, kerusakan rangka neuromuskular yaitu tingkat keselamatan klien meningkat dan terhindar dari cedera.

Hasil evaluasi pada Tn. D masih ada yang belum sesuai dengan harapan karena ada satu masalah yang teratasi sebagian tetapi kondisi Tn. D sudah cukup baik dari sebelumnya sehingga Tn. D dianjurkan untuk KRS. Pada saat persiapan pemulangan pasien, perawat memberikan edukasi meliputi:

1. Menganjurkan pasien untuk rutin control
2. Menganjurkan klien untuk diet tinggi kalori tinggi protein dan tinggi kalsium..
3. Menganjurkan klien untuk hati – hati dalam bersepeda dan berkendara.
4. Menganjurkan klien untuk tetap mobilisasi dirumah
5. Menganjurkan klien dan keluarga untuk memodifikasi lingkungan rumah sesuai kebutuhan klien.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan penelitian dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan diagnosa medis *Post Operative Closed Fracture Collum Femure Sinistra* diruang E II RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan kepada klien *Post Operative Closed Fracture Collum Femure Sinistra*.

2.1 KESIMPULAN

Dari hasil yang telah dilakukan asuhan keperawatan pada Tn. D dengan diagnosa medis *Post Operative Closed Fracture Collum Femure Sinistra* diruang E II RSPAL Dr. Ramelan Surabaya maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Fokus pengkajian pada Tn. D yaitu pada keluhan utama nyeri dengan data sebagai berikut nyeri luka setelah operasi, nyeri seperti ditusuk – tusuk, nyeri pada paha bagian kiri, skala nyeri 5, nyeri sering saat menggerakkan kaki bawah. Klien tampak menyeringai menahan nyeri. Dan sistem integumen klien *Post Operative Closed Fracture Collum Femure Sinistra*, mengalami perubahan fisik diantaranya adanya luka bekas operasi dan keterbatasan gerak.
2. Diagnosa keperawatan prioritas pada pasien meliputi Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, *post operative fracture*, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan rangka neuromuscular, nyeri post

operasi, terapi restriktif (imobilisasi), resiko cedera berhubungan dengan kelemahan pasca operasi.

3. Intervensi diagnosa keperawatan yang ditampilkan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terjadi kesamaan dan kesenjangan namun masing – masing intervensi tetap mengacu pada sasaran, kriteria hasil.

4. Implementasi keperawatan dilakukan kepada klien sesuai dengan catatan yang telah direncanakan dan ditetapkan oleh perawat.

5. Dari ketiga diagnosa prioritas yang terjadi pada Tn. D didapatkan dua masalah teratasi, satu masalah teratasi sebagian dan satu masalah teratasi. Kondisi Tn. D sudah cukup baik dari sebelumnya sehingga Tn. D dianjurkan untuk KRS dan memberikan *healt education* meliputi : menganjurkan pasien untuk rutin kontrol, menganjurkan klien untuk diet tinggi kalori tinggi protein tinggi kalsium, menganjurkan klien untuk hati – hati dalam bersepeda ataupun berkendara, menganjurkan klien untuk tetap mobilisasi dirumah, menganjurkan klien dan keluarga untuk memodifikasi lingkungan ruma sesuai dengan kebutuhan klien.

2.2 SARAN

Berdasarkan kesimpulan di atas, penulis memberikan saran sebagai berikut :

5.2.1. Akademis, hasil studi kasus ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada klien *post operatif closed fracture collum femure sinistra*.

5.2.2 Pelayanan keperawatan di rumah sakit hasil studi kasus ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di RS agar melakukan asuhan keperawatan klien *post operatif closed fracture collum femure sinistra* dengan baik.

- 5.2.3 Bagi peneliti, hasil penelitian ini dapat dijadikan salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan pada Tn. K dengan *post operatif closed fracture collum femure sinistra*.
- 5.2.4 Bagi profesi kesehatan, sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada Tn. K dengan *post operatif closed fracture collum femure sinistra*.

DAFTAR PUSTAKA

- Desiartama, A. and Aryana (2017) 'GAMBARAN KARAKTERISTIK PASIEN FRAKTUR FEMUR AKIBAT KECELAKAAN LALU LINTAS PADA ORANG DEWASA DI RUMAH SAKIT UMUM PUSAT SANGLAH DENPASAR TAHUN 2013', *E-Jurnal Medika Udayana*, 6(5), pp. 2303–1395. Available at: <https://ojs.unud.ac.id/index.php/eum/article/view/30486> (Accessed: 16 February 2022).
- Doenges (2000) *Rencana Asuhan Keperawatan : Pedoman untuk perencanaan dan pendokumentasian perawatan pasien Edisi 3*. EGC.
- Dr.Cokorda Gde, ;2018 (2018) 'FRAKTUR NECK FEMUR Oleh Dr. Cokorda Gde Oka Dharmayuda, Sp.OT (K)'
- Esmi, Y. and Lestari, D. (2017) 'Pengaruh Rom Exercise Dini Pada Pasien Post Operasi Fraktur Ekstremitas Bawah (Fraktur Femur Dan Fraktur Cruris) Terhadap Lama Hari Rawat Di Ruang Bedah Rsud Gambiran Kota Kediri', *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 3(1), pp. 34–40. doi: 10.32831/JIK.V3I1.43.
- Graciella, D. (no date) *Diagnosis Fraktur Leher Femur - Alomedika*. Available at: <https://www.alomedika.com/penyakit/ortopedi/fraktur-leher-femur/diagnosis> (Accessed: 15 February 2022).
- Handiyani, H. (1998a) 'Asuhan Keperawatan Klien dengan Fraktur', *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 1(4), p. 137. doi: 10.7454/JKI.V1I4.87.
- Igianny, P. D. (2018) 'FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PASIEN POST OP FRAKTUR UNTUK MELAKUKAN RANGE OF MOTION

- (ROM)', *Jurnal Manajemen Informasi dan Administrasi Kesehatan*, 1(2). doi: 10.32585/JMIAK.V1I02.160.
- Muttaqin;Arif (2008) 'Buku Ajar: Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Sistem Muskuloskeletal'.
- Noor, H. (2012) 'BUKU AJAR GANGGUAN MUSKULOSKELETAL'.
- Potter and Perry;2005 (no date) *Lokasi: Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik*. Available at: <https://onsearch.id/Record/IOS7039.ai:slims-4283> (Accessed: 15 February 2022).
- Sagaran, V. C., Manjas, M. and Rasyid, R. (2018) 'Distribusi Fraktur Femur Yang Dirawat Di Rumah Sakit Dr.M.Djamil, Padang (2010-2012)', *Jurnal Kesehatan Andalas*, 6(3), pp. 586–589. doi: 10.25077/JKA.V6I3.742.
- SDKI, T. pokja (2017) *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia*. Dewa pengurus pusat persatuan perawat nasional indonesia.
- Taradita, W., Rahmadian, R. and Sahputra, R. E. (2018) 'Hubungan Tingkat Osteoporosis Berdasarkan Indeks Singh dan Fraktur leher Femur Akibat Low Energy Trauma di Beberapa Rumah Sakit di Padang Tahun 2016-2018', *Jurnal Kesehatan Andalas*, 7(2), pp. 226–232. doi: 10.25077/JKA.V7I2.806.
- Ulfah Azhar, M. *et al.* (2019) 'TERAPI NON FARMAKOLOGI DALAM PENANGANAN DIAGNOSIS NYERI PADA FRAKTUR :SYSTEMATIC REVIEW', *Journal of Islamic Nursing*, 4(2), pp. 77–86. doi: 10.24252/JOIN.V4I2.10708.

Lampiran 1

SOP PERAWATAN LUKA POST OPERASI

- Kompetensi : Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman
- Sub kompetensi : Perawatan Luka
- Pengertian : Membersihkan luka, mengobati luka, dan menutup kembali luka dengan tehnik steril
- Tujuan :
- a. Untuk membersihkan luka
 - b. Mencegah masuknya kuman dan kotoran kedalam luka
 - c. Memberikan pengobatan pada luka
 - d. Memberikan rasa aman dan nyaman pada pasien
 - e. Mengevaluasi tingkat kesembuhan luka
- Indikasi : luka baru maupun luka lama, luka post operasi, luka bersih, luka kotor

Prosedur

A. Mengganti Balutan Kering

1. Tahap pre interaksi
 - a. Membaca catatan perawat untuk rencana perawatan luka
 - b. Mencuci tangan
 - c. Menyiapkan alat :
 - 1) Seperangkat set perawatan luka steri
 - 2) Sarung tangan steri
 - 3) Pinset 3 (2 anatomis, 1 sirurgis)
 - 4) Gunting (menyesuaikan kondisi luka)
 - 5) Balutan kassa dan kassa steri
 - 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 steri
 - 18) Alcohol 70%
 - 19) Troli / meja dorong

2. Tahap orientasi
 - a. Memberikan salam, memanggil klien dengan namanya
 - b. Menjelaskan tujuan, prosedur, dan lamanya tindakan pada klien / keluarga

3. Tahap kerja
 - a. Memberikan kesempatan pada klien untuk bertanya sebelum kegiatan dimulai
 - b. Susun semua peralatan yang diperlukan di troly dekat pasien (jangan membuka peralatan steril dulu)
 - c. Letakkan bengkak di dekat pasien
 - d. Jaga privacy pasien, dengan menutup tirai yang ada di sekitark 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 pernak 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 alcohol
 - 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 bengkak
 - n. Lepas sarung tangan dan buang pada bengkak
 - 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 diresepan 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 dipesanan / diresepan, 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

cc. Bantu klien pada posisi yang nyaman

4. Tahap Terminasi
 - 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
5. Dokumentasi
 - a. Mencatat tanggal dan jam perawatan luka
 - b. Mencatat Kondisi luka